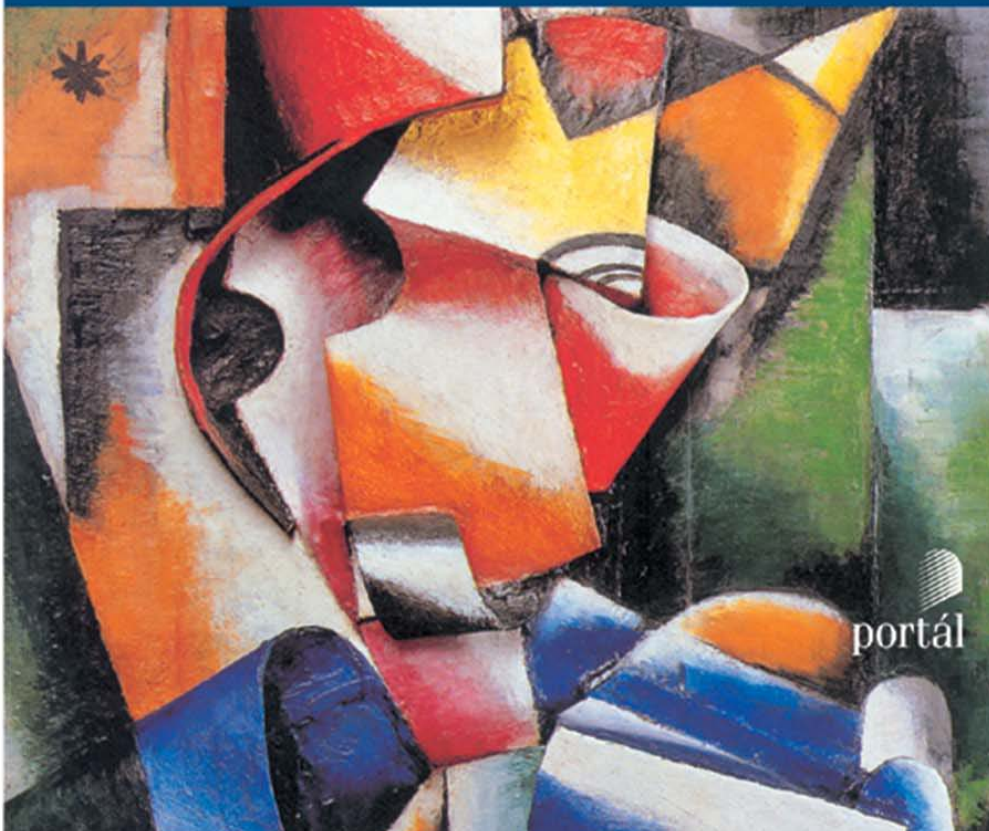


Psychopatologie pro pomáhající profese

Marie Vágnerová

Rozšířené a přepracované vydání



Psychopatologie pro pomáhající profese

Marie Vágnerová

Rozšířené a přepracované vydání

Vágnerová, Marie

Psychopatologie pro pomáhající profese / Marie Vágnerová.

– Vyd. 3., rozš. a přeprac. – Praha : Portál, 2004. – 872 s.

ISBN 80-7178-802-3

159.97 * 616.89-008 * 616.89-008.447

- psychopatologie
- duševní poruchy
- poruchy chování
- učebnice

616 – Patologie. Stomatologie. Pediatrie

37.016 – Učební osnovy. Vyučovací předměty. Učebnice

Obsah

Předmluva ke druhému vydání	15
ČÁST I	
Základní okruhy obecné psychopatologie	17
1 Úvod	19
2 Vymezení normy	21
Shrnutí	27
3 Mechanismus vývoje psychických odchylek	29
3.1 Dědičnost	30
3.1.1 <i>Vývoj centrálního nervového systému (CNS) jako základu psychických funkcí</i>	32
3.1.2 <i>Dědičnost psychických chorob a poruch</i>	36
3.2 Vlivy prostředí	42
3.2.1 <i>Vlivy prostředí v prenatálním a postnatálním období</i>	44
3.2.2 <i>Specifičnost působení různých sociálních faktorů</i>	45
3.3 Charakteristika jednotlivých zátěžových situací a jejich působení	48
3.3.1 <i>Frustrace</i>	48
3.3.2 <i>Konflikt</i>	49
3.3.3 <i>Stres</i>	50
3.3.4 <i>Trauma</i>	52
3.3.5 <i>Krize</i>	53
3.3.6 <i>Deprivace</i>	53
3.4 Protektivní faktory a mechanismy zvládnání zátěžových situací .	54
3.4.1 <i>Obranné reakce</i>	56
Shrnutí	60

4	Stručný přehled poruch jednotlivých psychických funkcí	61
4.1	Poruchy vědomí a pozornosti	61
4.1.1	<i>Kvantitativní poruchy vědomí</i>	61
4.1.2	<i>Kvalitativní poruchy vědomí</i>	62
4.1.3	<i>Poruchy pozornosti</i>	62
4.2	Poruchy vnímání	63
4.3	Poruchy myšlení	64
4.3.1	<i>Kvantitativní poruchy myšlení</i>	64
4.3.2	<i>Kvalitativní poruchy myšlení</i>	64
4.4	Poruchy paměti	65
4.5	Poruchy řeči	66
4.6	Poruchy emocí	67
4.6.1	<i>Poruchy afektů</i>	67
4.6.2	<i>Poruchy nálady</i>	67
4.7	Poruchy jednání, motivace a vůle	68
4.7.1	<i>Kvantitativní poruchy jednání</i>	68
4.7.2	<i>Kvalitativní poruchy jednání</i>	68
4.7.3	<i>Poruchy pudů</i>	69
4.7.4	<i>Poruchy vůle</i>	70
4.8	Poruchy osobnosti	70
4.8.1	<i>Vrozené poruchy osobnosti</i>	70
4.8.2	<i>Poruchy osobnosti vzniklé v průběhu života</i>	71
	Shrnutí	72

ČÁST II

	Psychologická problematika nemocných a zdravotně postižených	73
5	Somatická nemoc jako psychologický problém	75
5.1	Úvod	75
5.2	Subjektivní obraz nemoci	76
5.2.1	<i>Somatické symptomy a jejich subjektivní význam</i>	76
5.2.2	<i>Psychické reakce na somatickou chorobu</i>	78
5.2.3	<i>Prožívání nemoci v čase</i>	86
5.2.4	<i>Zhoršení kvality života jako důsledek nemoci</i>	88
5.3	Sociální význam nemoci	89
5.3.1	<i>Postoje společnosti k nemocným</i>	89
5.3.2	<i>Role a postavení nemocného</i>	90
5.3.3	<i>Rodina nemocného</i>	92

5.4	Psychické problémy spojené se somatickým onemocněním v dětském věku	94
5.4.1	<i>Subjektivní obraz somatické nemoci v dětském věku</i>	94
5.4.2	<i>Reakce rodičů na onemocnění dítěte</i>	101
5.4.3	<i>Sociální postavení nemocných dětí</i>	104
5.5	Psychosomatické a somatopsychické vztahy	106
5.5.1	<i>Příčiny vzniku psychosomatických potíží</i>	107
5.5.2	<i>Psychosomatické poruchy dětského věku</i>	111
5.5.3	<i>Münchhausenův syndrom</i>	113
5.6	Terapeutická práce se somaticky nemocnými	114
	Shrnutí	115
6	Poruchy a onemocnění centrálního nervového systému (CNS)	117
6.1	Organické postižení CNS	117
6.1.1	<i>Specifičnost organického postižení CNS v dětském věku</i>	118
6.2	Klinické projevy organického postižení CNS	119
6.3	Průběh a prognóza poruch a onemocnění CNS	123
6.4	Typy postižení a onemocnění CNS	123
6.4.1	<i>Infekce CNS</i>	123
6.4.2	<i>Nádory mozku</i>	125
6.4.3	<i>Úrazy hlavy</i>	127
6.4.4	<i>Epilepsie</i>	134
6.4.5	<i>Dětská mozková obrna (DMO) jako příklad neurovývojové poruchy</i>	144
6.4.6	<i>Roztroušená skleróza (RS) jako příklad progredujícího onemocnění CNS</i>	151
6.5	Sociální důsledky neurologických onemocnění a postižení	155
6.6	Možnosti léčby a další péče o neurologicky nemocné	157
	Shrnutí	158
7	Psychologická problematika zdravotně postižených	161
7.1	Výskyt a příčiny vzniku zdravotního postižení	162
7.2	Psychické změny vyplývající z vrozeného postižení	163
7.2.1	<i>Rodina postiženého dítěte</i>	164
7.2.2	<i>Vývoj dítěte s vrozeným postižením</i>	171
7.3	Psychická adaptace na získané postižení	179
7.4	Dospělost postiženého člověka	183
7.5	Sociální význam zdravotního postižení	189
	Shrnutí	193
8	Zrakové postižení jako handicap v oblasti orientace	195
8.1	Výskyt a typy zrakového postižení	195
8.2	Psychologická charakteristika zrakově postižených	199
8.3	Vývoj zrakově postiženého dítěte	202

8.4	Sociální význam zrakového postižení	207
8.5	Léčba a péče o zrakově postižené	207
	Shrnutí	209
9	Postižení sluchu a řeči jako komunikační handicap	211
9.1	Sluchové postižení	211
9.1.1	<i>Výskyt a typy sluchového postižení</i>	211
9.1.2	<i>Psychologická charakteristika sluchově postižených</i>	214
9.1.3	<i>Vývoj sluchově postiženého dítěte</i>	223
9.1.4	<i>Sociální význam sluchového postižení</i>	228
9.1.5	<i>Léčba a péče o sluchově postižené</i>	229
9.2	Postižení řeči a jazyka	230
9.2.1	<i>Typy postižení řeči a jazyka</i>	233
9.2.2	<i>Psychologická charakteristika řečově, resp. jazykově postižených</i>	244
9.2.3	<i>Vývoj dítěte s poruchou řeči a jazyka</i>	246
9.2.4	<i>Sociální význam postižení řeči a jazyka</i>	247
9.2.5	<i>Léčba a péče o osoby s postižením jazyka a řeči</i>	248
	Shrnutí	249
10	Tělesné postižení jako funkční i estetický handicap	251
10.1	Pohybové postižení	251
10.2	Psychologická charakteristika pohybově postižených	253
10.3	Psychologická charakteristika tělesné deformace	253
10.4	Vývoj pohybově postiženého dítěte	255
10.5	Sociální význam tělesného postižení	258
10.6	Léčba a péče o tělesně postižené	261
	Shrnutí	262

ČÁST III

	Vybrané duševní a behaviorální poruchy	263
11	Demence	265
11.1	Výskyt a příčiny vzniku	266
11.2	Klinické projevy demence	267
	11.2.1 <i>Typy demencí</i>	272
	11.2.2 <i>Průběh demence</i>	282
11.3	Sociální význam demence	284
11.4	Průběh demence v dětském věku	285
11.5	Možnosti terapie demence	287
	Shrnutí	288

12 Mentální retardace	289
12.1 Výskyt a příčiny vzniku	290
12.2 Psychologická charakteristika mentální retardace	292
12.2.1 <i>Kvantitativní hodnocení – stupeň mentální retardace</i>	301
12.2.2 <i>Kvalitativní hodnocení mentální retardace</i>	303
12.3 Sociální význam mentální retardace a socializace mentálně postížených	306
12.4 Léčba a péče o mentálně postižené	315
Shrnutí	315
13 Pervazivní vývojové poruchy	317
13.1 Dětský autismus	317
13.1.1 <i>Výskyt a příčiny vzniku autismu</i>	317
13.1.2 <i>Klinický obraz autismu</i>	319
13.1.3 <i>Vývoj autistických dětí a jejich další prognóza</i>	327
13.1.4 <i>Sociální význam autistické poruchy</i>	328
13.1.5 <i>Léčba autistické poruchy</i>	329
13.2 Další pervazivní vývojové poruchy	330
Shrnutí	332
14 Schizofrenie	333
14.1 Výskyt a příčiny vzniku schizofrenie	334
14.2 Klinické projevy schizofrenie	336
14.2.1 <i>Akutní epizoda</i>	337
14.2.2 <i>Chronický průběh</i>	344
14.2.3 <i>Typy schizofrenie</i>	345
14.3 Vznik onemocnění, jeho průběh a prognóza	349
14.4 Sociální význam schizofrenie	354
14.5 Schizofrenie v dětském věku	361
14.6 Léčba a resocializace	365
14.7 Schizoafektivní porucha	367
Shrnutí	368
15 Afektivní poruchy	369
15.1 Výskyt a příčiny vzniku	370
15.2 Klinické projevy afektivních poruch	374
15.2.1 <i>Depresivní syndrom</i>	374
15.2.2 <i>Manický syndrom</i>	383
15.3 Vznik onemocnění, jeho průběh a prognóza	386
15.4 Deprese v dětském věku	389
15.5 Sociální význam afektivních poruch	392
15.6 Léčba a resocializace	395
Shrnutí	397

16 Neurotické a úzkostné poruchy	399
16.1 Úzkostné poruchy	399
16.1.1 <i>Výskyt a příčiny vzniku</i>	401
16.1.2 <i>Klinické projevy úzkostných poruch</i>	404
16.2 Obsedantně-kompulzivní porucha	410
16.3 Vznik úzkostných a obsedantně-kompulzivních poruch, průběh a prognóza	413
16.4 Sociální význam úzkostných a obsedantně-kompulzivních poruch	415
16.5 Úzkostné a obsedantně-kompulzivní poruchy v dětském věku .	416
16.5.1 <i>Generalizovaná úzkostná porucha</i>	417
16.5.2 <i>Fobická úzkostná porucha</i>	419
16.5.3 <i>Obsedantně-kompulzivní porucha</i>	422
16.6 Léčba a resocializace	422
Shrnutí	423
17 Posttraumatické poruchy	425
17.1 Výskyt a příčiny vzniku	426
17.2 Klinické projevy posttraumatických poruch	429
17.2.1 <i>Akutní reakce na stres</i>	429
17.2.2 <i>Posttraumatická stresová porucha (PTSD)</i>	431
17.3 Vznik poruchy, její průběh a prognóza	437
17.4 Sociální význam posttraumatických poruch	438
17.5 Posttraumatická porucha u dětí	439
17.6 Léčba a resocializace	443
Shrnutí	444
18 Disociativní (konverzní) poruchy	445
18.1 Výskyt a příčiny vzniku	446
18.2 Klinické projevy disociativní poruchy	447
18.3 Vznik poruchy, její průběh a prognóza	450
18.4 Sociální význam disociativních poruch	451
18.5 Disociativní (konverzní) porucha u dětí	451
18.6 Léčba a resocializace	452
Shrnutí	452
19 Somatoformní poruchy	453
19.1 Výskyt a příčiny vzniku	455
19.2 Klinické projevy somatoformní poruchy	456
19.3 Vznik poruchy, její průběh a prognóza	458
19.4 Sociální význam somatoformních poruch	459
19.5 Somatoformní poruchy v dětství	460
19.6 Léčba a resocializace	461
Shrnutí	461

20 Psychické poruchy spojené se somatickými problémy	463
20.1 Poruchy příjmu potravy	463
20.1.1 <i>Výskyt a příčiny vzniku</i>	467
20.1.2 <i>Klinické projevy</i>	470
20.1.3 <i>Průběh onemocnění a jeho prognóza</i>	475
20.1.4 <i>Sociální význam poruch příjmu potravy</i>	477
20.1.5 <i>Léčba poruch příjmu potravy</i>	478
20.2 Poruchy regulace vyměšování	479
20.2.1 <i>Výskyt a příčiny vzniku</i>	479
20.2.2 <i>Psychické projevy dětí s poruchou regulace vyměšování</i>	481
20.2.3 <i>Sociální význam poruch regulace vyměšování</i>	483
20.2.4 <i>Léčba poruch regulace vyměšování</i>	484
Shrnutí	485
21 Suicidální syndrom jako projev autoagrese	487
21.1 Výskyt a příčiny sebevražděného jednání	490
21.2 Psychologická charakteristika sebevražděného jednání	496
21.2.1 <i>Psychické předpoklady k sebevražděnému jednání</i>	497
21.3 Vývoj tendence k sebevražděnému jednání	501
21.3.1 <i>Sebevražda z hlediska jednotlivých vývojových fází</i>	503
21.4 Sociální význam sebevražděného jednání	506
21.5 Možnosti pomoci a prevence	508
Shrnutí	508
22 Poruchy osobnosti a chování	511
22.1 Výskyt a příčiny vzniku	513
22.2 Klinické projevy poruch osobnosti	516
22.2.1 <i>Typy poruch osobnosti</i>	518
22.2.2 <i>Získané změny osobnosti</i>	537
22.3 Proměny poruch osobnosti v průběhu života a jejich prognóza	540
22.4 Sociální význam poruch osobnosti	541
22.5 Léčba a resocializace	542
Shrnutí	543

ČÁST IV

Psychologická problematika odlišného životního stylu a sociální patologie	545
--	-----

23 Problémy spojené s odlišným životním stylem	547
23.1 Zneužívání a závislost na psychoaktivních látkách	547
23.1.1 <i>Výskyt a příčiny vzniku závislosti</i>	549
23.1.2 <i>Vývoj vzniku závislosti na psychoaktivních látkách</i>	554
23.1.3 <i>Sociální důsledky závislosti na psychoaktivních látkách</i>	569
23.1.4 <i>Léčba závislosti na psychoaktivních látkách</i>	575

23.2	Návykové a impulzivní poruchy	577
23.2.1	<i>Výskyt a příčiny vzniku</i>	578
23.2.2	<i>Klinické projevy návykových a impulzivních poruch</i>	579
23.2.3	<i>Sociální důsledky návykových a impulzivních poruch</i>	585
23.2.4	<i>Léčba návykových a impulzivních poruch</i>	587
	Shrnutí	587
24	Problémy spojené s nevhodným působením rodiny	589
24.1	Syndrom CAN – syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte	593
24.1.1	<i>Výskyt a příčiny vzniku</i>	593
24.1.2	<i>Syndrom deprivovaného dítěte</i>	597
24.1.3	<i>Syndrom týraného dítěte</i>	611
24.1.4	<i>Syndrom sexuálně zneužívaného dítěte</i>	618
24.1.5	<i>Postoj společnosti k zanedbávání, týrání a zneužívání dětí</i>	630
24.1.6	<i>Léčba zanedbávaných, týraných a zneužívaných dětí a další formy pomoci</i>	631
24.2	Domácí násilí – syndrom týrané a zneužívané ženy	632
24.2.1	<i>Výskyt a příčiny vzniku</i>	634
24.2.2	<i>Charakteristika pachatele domácího násilí</i>	637
24.2.3	<i>Syndrom týrané ženy</i>	638
24.2.4	<i>Rozvoj domácího násilí</i>	641
24.2.5	<i>Vliv domácího násilí na děti</i>	644
24.2.6	<i>Postoj společnosti k týrání žen</i>	645
24.2.7	<i>Možnosti pomoci týraným ženám</i>	647
	Shrnutí	648
25	Problémy vyvolané negativním působením společnosti	649
25.1	Sociokulturní handicap	650
25.1.1	<i>Postoje společnosti k sociokulturně, etnicky či rasově odlišným lidem</i>	652
25.1.2	<i>Hlavní problémy sociokulturní odlišnosti</i>	653
25.2	Psychologická problematika adaptace imigrantů	659
25.2.1	<i>Výskyt a příčiny emigrace</i>	660
25.2.2	<i>Psychické změny, které jsou reakcí na situaci uprchlíka</i>	660
25.2.3	<i>Fáze migrace a jejich zvládnutí</i>	664
25.2.4	<i>Psychické potíže a poruchy vyvolané zátěží emigrace</i>	668
25.2.5	<i>Psychické problémy dětí emigrantů</i>	669
25.2.6	<i>Možnosti pomoci emigrantům</i>	673

25.3	Sociálněpsychologická problematika romského etnika	674
25.3.1	<i>Charakteristika romské minority a její vývoj</i>	674
25.3.2	<i>Psychické vlastnosti, které jsou typické pro příslušníky romského etnika</i>	681
25.3.3	<i>Výchova a vztah ke vzdělání v romském etniku</i>	684
25.3.4	<i>Postoj příslušníků romského etnika k majoritní společnosti</i>	688
25.3.5	<i>Možnosti pomoci a podpory romského etnika</i>	689
	Shrnutí	690
26	Závislost na ideologii	691
26.1	Výskyt a příčiny vzniku	694
26.2	Specifičnost náboženství	695
26.3	Psychosociální charakteristika náboženských skupin	696
26.4	Příčiny vstupu do náboženské skupiny	702
26.5	Působení extrémního religiózního učení na psychiku	707
26.6	Vznik závislosti na náboženské skupině a dynamika jejího rozvoje	713
26.7	Sociální hodnocení a postoj k náboženským skupinám	724
26.8	Vliv náboženských skupin na děti	725
26.9	Pomoc lidem závislým na náboženských skupinách a jejich resocializace	728
	Shrnutí	729
27	Pracovní a ekonomické problémy	731
27.1	Nezaměstnanost	731
27.1.1	<i>Výskyt a příčiny nezaměstnanosti</i>	732
27.1.2	<i>Fáze reakce na nezaměstnanost</i>	734
27.1.3	<i>Změny psychiky jako reakce na ztrátu zaměstnání</i>	735
27.1.4	<i>Vliv nezaměstnanosti na zdravotní stav</i>	743
27.1.5	<i>Sociální význam nezaměstnanosti</i>	744
27.1.6	<i>Možnosti pomoci nezaměstnaným</i>	747
27.2	Bezdomovectví	748
27.2.1	<i>Výskyt a příčiny bezdomovectví</i>	748
27.2.2	<i>Osobnost bezdomovce a její typické znaky</i>	750
27.2.3	<i>Zdravotní rizika bezdomovectví</i>	754
27.2.4	<i>Postoj společnosti k bezdomovcům</i>	755
27.2.5	<i>Možnosti pomoci bezdomovcům</i>	755
	Shrnutí	756
28	Agresivní syndrom	757
28.1	Výskyt a příčiny vzniku agresivity	758
28.2	Teorie agrese	762
28.3	Psychologická charakteristika agresivního chování	764
28.3.1	<i>Varianty agresivního chování</i>	771

28.4 Sociální význam agresivního chování	776
28.5 Prevence a terapie nadměrné agresivity	777
Shrnutí	778
29 Poruchy chování v dětském věku a dospívání	779
29.1 Výskyt a příčiny vzniku	780
29.2 Psychologická charakteristika poruchového chování	784
29.2.1 <i>Vývojově podmíněné změny poruchového chování</i>	<i>788</i>
29.2.2 <i>Typy poruch chování</i>	<i>792</i>
29.3 Sociální význam poruch chování	802
29.4 Prevence a náprava poruch chování	802
Shrnutí	803
30 Psychologie kriminálního chování a penitenciárního působení	805
30.1 Výskyt a příčiny vzniku kriminálního chování	807
30.2 Psychické charakteristiky, které mohou být typické pro pachatele trestných činů	810
30.3 Průběh penitenciárního procesu	814
30.3.1 <i>Obvinění z trestného činu</i>	<i>815</i>
30.3.2 <i>Vyšetřovací vazba a její vliv na psychiku</i>	<i>815</i>
30.3.3 <i>Psychologické aspekty výkonu trestu odnětí svobody</i>	<i>817</i>
30.3.4 <i>Adaptační problémy po propuštění z výkonu trestu</i>	<i>823</i>
30.4 Sociální postavení člověka, který přišel z výkonu trestu	826
30.5 Pomoc a terapeutická práce s trestanými	827
Shrnutí	828
31 Psychologie oběti trestného činu	831
31.1 Výskyt a příčiny vzniku poškození trestným činem	832
31.2 Působení traumatu na oběť	833
31.3 Průběh reakce na trauma	839
31.4 Sociální postavení oběti	841
31.5 Léčba a pomoc oběti	843
Shrnutí	844
Literatura	845
Rejstřík	865

Předmluva ke druhému vydání

Podtitul *Variabilita a patologie lidské psychiky* vyjadřuje i v tomto vydání přesněji zaměření učebnice a přispívá k lepšímu pochopení její struktury i obsahu jednotlivých kapitol. Nejde totiž v žádném případě o knihu, která by chtěla konkurovat učebnicím psychiatrie či klasické psychopatologie. Není k tomu ani důvod, protože je určena pro studující, resp. pracovníky v pomáhajících profesích, a byla napsána, resp. přepracována s ohledem na jejich pracovní náplň i klientelu, o niž se starají. Je zaměřena mnohem širěji, dokonce i na problematiku, která, přísně vzato, ani do oblasti psychopatologie nepatří.

Členění jednotlivých oddílů, resp. kapitol odpovídá pracovním oblastem sociálních pracovníků či speciálních pedagogů a jejich praktické potřebě. Kniha je rozdělena do čtyř částí. První z nich probírá obecné otázky spojené s vymezením normality a patologie lidské psychiky, zabývá se příčinami, projevy a důsledky jednotlivých odchylek od normy. Další díly jsou speciální: druhá část je zaměřena na psychické problémy vyplývající ze somatické nemoci a zdravotního postižení, třetí část je věnována nejdůležitějším psychickým poruchám a chorobám, čtvrtá část se zabývá psychickými problémy vyvolanými sociálními faktory. Vzhledem k cílové skupině, pro niž je kniha určena, jsou více zdůrazněny sociální aspekty všech uvedených obtíží a poruch. Tento přístup, přesahující zaměření jen na jednotlivce a jeho problém, ale beroucí v úvahu i rodinu a širší sociální kontext jeho života, odpovídá obecnému trendu všech pomáhajících profesí. Pro pracovníky v oblasti sociální práce nebo speciální, resp. sociální pedagogie je pochopení vztahů klienta a jeho sociálního systému základní podmínkou úspěšnosti při hledání příčin obtíží i možností jejich řešení.

Text při tom samozřejmě respektuje platná znění mezinárodně užívaných klasifikací nemocí (10. revize *Mezinárodní klasifikace nemocí* z roku 1992 a *Diagnostický a statistický manuál duševních poruch* Americké psychiatrické spo-

lečnosti DSM-IV z roku 1994). To umožní čtenáři s porozuměním komunikovat o problémech jeho klientů s odborníky klinických profesí.

I druhé, přepracované a trochu rozšířené vydání je určeno především pro studenty oborů sociální práce, psychosociálně zaměřených oborů a speciální i sociální pedagogiky. Doufám, že přijmou také tuto variantu, přestože je ještě objemnější, ale snad i o něco přehlednější. (Na původní rozsah si už zvykli.)

Tuto knihu bych chtěla věnovat svému učiteli profesoru PhDr. Zdeňku Matějčkovi, CSc., přestože opět nemám štěstí na jeho kulaté narozeniny.

V Praze 24. prosince 2002

autorka

Základní okruhy obecné psychopatologie

Úvod

„Každé psychické poruše je třeba rozumět v kontextu celého života.“

(Dörner a Plog, 1999, s. 7)

Lidé se projevují různým způsobem, je možné pozorovat jejich chování a vyvozovat z něj, jak danou situaci prožívají, jak ji hodnotí a jak o ní uvažují. Tento projev může odpovídat našemu očekávání vyplývajícimu ze zkušeností, nebo mu odpovídat nemusí, z nějakého důvodu může být úplně jiný. Odlišnost reagování se může projevit jen v některých zátěžových a méně obvyklých situacích. Za běžných okolností se člověk většinou nechová nijak nápadně, ale pokud se určitým způsobem změní podmínky, reaguje na tuto změnu její nestandardní interpretací a výkyvem v chování. Tato situace pro něj znamená něco jiného než pro většinu ostatních, a proto reaguje odlišně. V lidském životě se však mohou vyskytnout i objektivně obtížné situace, kdy reaguje nestandardně téměř každý (takové chování lze chápat jako normální reakci na abnormální podnět). Z toho vyplývá, že chceme-li hodnotit jakýkoli podivný projev, musíme vzít v úvahu:

- **O jakého jedince jde, jakou je osobností, jaké jsou jeho vlastnosti a kompetence.** Lidé mohou reagovat ve stejných situacích odlišně, způsobem, který je pro ně typický. Jejich psychické i somatické vlastnosti předurčují, jak se budou chovat nejenom za běžných okolností, ale i v zátěžových situacích, jak se s nimi budou vyrovnávat. Závisí na nich i to, co budou jako zátěž hodnotit. Určité procento lidí není vybaveno takovými schopnostmi, aby dokázali zvládnout všechny požadavky, které na ně běžný život klade. Reagují jinak, z hlediska jejich okolí nepochopitelně, někdy i rušivě a nepříjemně. Ale i oni jsou součástí společnosti.
- **Situaci, v níž se takto projevuje.** Všechny podněty, které přijímáme, citově i rozumově hodnotíme a podle toho na ně reagujeme. Různé podněty

vyvolávají rozmanité reakce a posilují tendenci k určitému chování. To závisí na jejich významu, jaký pro jedince mají, resp. jak je on sám chápe.

- **Charakter prostředí, v němž žije**, popř. žil někdy v minulosti. Vývoj osobnosti každého jedince závisí na genetických předpokladech a na zkušenosti, kterou v průběhu svého života získal, tj. na učení. Dědičné dispozice předurčují i rizika, tj. problémy, jež by mohly vzniknout, zejména pokud by dítě bylo vychováváno určitým způsobem. Případné riziko lze naopak zmírnit výchovou, která by nežádoucí projevy neposilovala. To může někdy být velmi těžko dosažitelné, protože dítě vyrůstá v rodině, a pokud rodiče neporušují právní normy nebo dítě jednoznačně nepoškozují, nemusí být tak snadné jejich výchovný přístup ovlivnit.

K pochopení dynamiky vývoje různých psychických odchylek a poruch je třeba vědět, jaká je příčina jejich vzniku, které faktory k jejich rozvoji přispívají, a co je naopak může ovlivnit žádoucím způsobem. Důležité je i odlišení projevů, které sice mohou být rušivé a zatěžující, ale nelze je ještě považovat za poruchu. Často jde o vývojově podmíněné výkyvy, které se objevují v určité fázi života a lze je, vzhledem k vyvolávající situaci, hodnotit jako přiměřené. K lepší orientaci by měly sloužit informace obsažené v dalších kapitolách.

Vymezení normy

*„Termín normalita se často užívá obdobným způsobem jako termín pří-
způsobení.“* (Coan, 1999, s. 62)

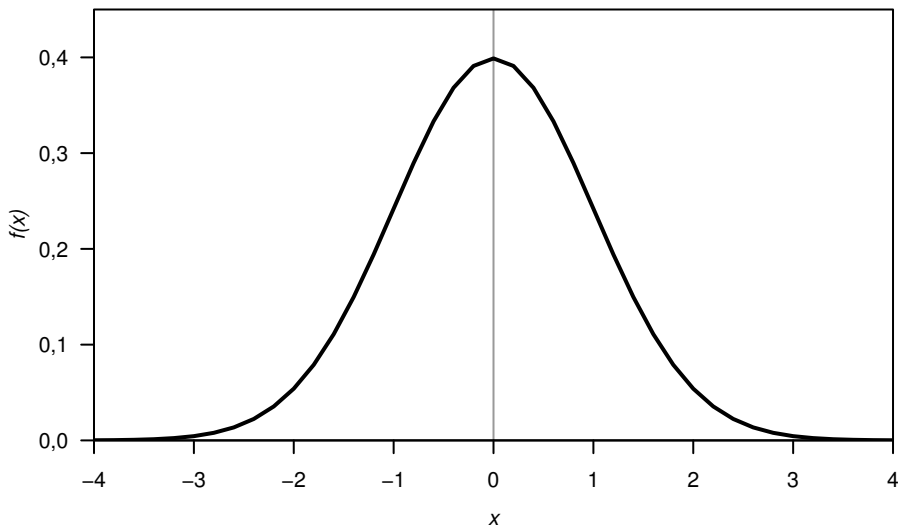
Důležitou součástí práce s lidmi je hodnocení jejich projevů, především těch, které jsou pozorovatelné. Každý člověk si vytvoří v průběhu své praxe určitá hodnotící kritéria a ta pak používá. Přesto se mu občas stane, že si není jist, jak by měl určitého klienta hodnotit. Tato pochybnost bývá oprávněná, protože vymezení toho, co lze ještě považovat za normální, je často obtížné.

Hranice normy je pohyblivá, normalita může být posuzována podle mnoha různých kritérií v závislosti na okolnostech, které toto hodnocení vyžadují:

Statistické pojetí normy

Vymezení normy je závislé na **četnosti nebo intenzitě posuzovaných projevů**. Tento způsob je používán zejména tehdy, jestliže lze hodnocení kvantifikovat (změřit, číselně vyjádřit). Může jít o četnost určitého projevu (např. opakované konflikty s lidmi) nebo jeho intenzitu (např. míra úzkostnosti). Za těchto okolností jsme schopni rozlišit hodnoty průměrné a průměru vzdálené, event. zcela extrémní.

O průměru (obecněji o střední hodnotě) má smysl mluvit jenom tehdy, jestliže vyplývá z hodnocení nějakého souboru, který je z hlediska posuzovaného projevu variabilní. V tomto případě můžeme užít **statistické pojetí normy**. Jeho předností je relativní objektivnost a exaktnost, ale i v tomto případě může dojít k různým nepřesnostem. Může jej ovlivnit i způsob hodnocení, který je základem kvantifikace určité psychické vlastnosti nebo projevu. Například naměřená úroveň inteligence bude záviset na typu použitého testu. To znamená, že takovou číselnou hodnotu je třeba interpretovat citlivě a s ohledem na okolnosti i metodu, jakou byla získána. Jestliže graficky znázorníme rozložení četnosti jednotlivých hodnot určitého znaku (např. IQ

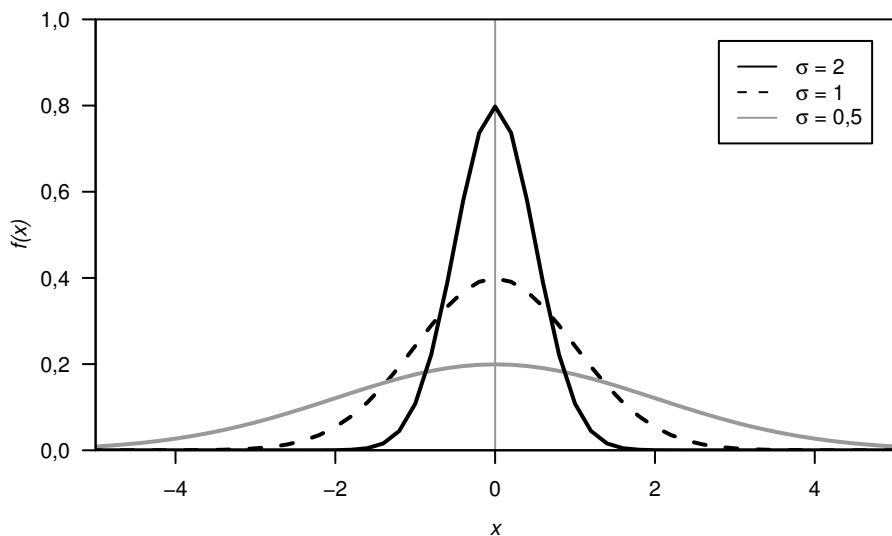


nebo míry neuroticismu), vznikne křivka, která v mnoha případech přibližně odpovídá symetrické Gaussově křivce normálního rozdělení s jedním vrcholem a relativní symetrií. Základní ukazatele, které skupinu charakterizují a určují i hranice normy dané vlastnosti v této skupině, jsou průměr a směrodatná odchylka. Průměr představuje střední hodnotu sledovaného znaku. Norma se podle tohoto pojetí ztotožňuje s hodnotou, resp. pásmem hodnot s největší četností. Míru variability určuje směrodatná odchylka, která je tím větší, čím více možných variant může daný znak nabývat. Přináší nám informaci, jak se jednotliví členové této skupiny mohou lišit. Čím je větší variabilita určitého projevu, tím je širší i pásmo normy. Teoreticky je hranice široké normy vymezena dvěma směrodatnými odchylkami na obě strany od průměru. Toto pásmo se samozřejmě může měnit, v závislosti na proměných hodnot průměru či směrodatné odchylky.

Zpravidla platí, že to, co je v daném společenství časté, není posuzováno jako abnormální. Tento přístup může vést k dezorientaci v hodnocení, protože mnohé projevy, např. agresivní jednání, nelze zařadit do kategorie normálních projevů jen proto, že jejich četnost ve společnosti vzrostla.

Sociokulturní pojetí normality

Hodnocení normality je **sociokulturně podmíněné**, závisí na komplexu norem a očekávání dané společnosti. Za normální bývá považováno to, co odpovídá běžným představám o plnění určité sociální role nebo o chování, které by bylo v dané situaci vhodné. Míra tolerance společnosti k odchylkám může být různá



a může se v průběhu času měnit. Toto pojetí normality vyjadřuje vázanost společnosti na hodnoty a normy střední a vyšší sociální vrstvy, zbytek společnosti je nemůže podstatněji ovlivnit. Sociokulturní norma se odráží ve stereotypech postojů k odlišným lidem, jejichž chování bývá častěji posuzováno jako nepříjemné a abnormální. Je tak hodnoceno proto, že se vymyká běžnému očekávání. Méně příznivě bývají hodnoceny všechny nápadné projevy, přestože nemusí být příznakem závažnější poruchy. Obecná potřeba být orientován vede k tendenci nějak odlišné jedince značkovat a v souvislosti s tím mnohdy dochází i k jejich stigmatizaci. Tento problém se objevuje při hodnocení jak zdravotně handicapovaných, tak sociokulturně odlišných lidí, např. uprchlíků nebo příslušníků romského etnika. Jeho příčinou bývá nedostatek informací i rozdílné pojetí norm majoritní společnosti a různých minorit. Pro laika je těžké diferencovat různé projevy, jejichž podstatě příliš nerozumí.

Rozdílné pojetí toho, co je normální a co je nežádoucí, může v případě romského etnika zahrnovat např. jejich vztah k času, neschopnost plánovat a usilovat o dosažení vzdálenějšího cíle. Je to i rozdíl v důrazu na dodržování časových limitů, např. pravidelné a včasné docházky do školy či do zaměstnání. Může jím být i odlišnost důrazu na jedince a jeho výkon, romská rodina nemá tyto ambice, výsledek jednotlivce není podstatný. Může jít rovněž o odlišný postoj ke vzdělání jako hodnotě, romská rodina je pragmatičtější a bere spíše v úvahu materiální užitečnost určitého chování atd.

Skupinová norma

Hodnocení normy **závisí na konkrétním sociálním kontextu**. Různé sociální skupiny se mohou z hlediska svých normativních kritérií značně lišit (ve vztahu k hodnocení dosažené sociální pozice, asociálních, resp. agresivních projevů apod.). Své normy, ideály i pojetí abnormality mohou mít sociální skupiny vymezené generačně, profesně, etnicky, náboženskou příslušností, zdravotním postižením, sdílením určité specifické zkušenosti atd. Lze mluvit o **dílčí, skupinové normě**, která specifikuje kritéria určená pro menší část populace, např. pro lidi se zdravotním postižením. V této souvislosti dochází k posunu normativních kritérií. Význam dílčí normy mají např. školní známky ve zvláštní škole, které mají tutéž nominální hodnotu, ale zcela jiný psychologický obsah. Jiným příkladem může být míra odmítání kriminální aktivity, která je ve skupině vězňů úplně jiná než v celé společnosti. Skupinově specifická kritéria umožňují jemnější diferenciaci v rámci určité podskupiny, kterou by srovnání s majoritní populací generalizovaně vytěšňovalo mimo nedosažitelnou obecnou normu. Normy, jež platí jen pro určitou subpopulaci, jsou však i faktorem dílčí izolace. Poskytují informaci, která může zkreslit hodnocení těchto lidí. S podobnou deformací názoru se lze setkat např. u rodičů postižených dětí, ale často i u dlouholetých zaměstnanců různých zařízení, ať už jde o speciální školu, vězňovnici, nebo psychiatrickou léčebnu. Přes všechny uvedené výhrady mají dílčí normy svůj smysl pro zjednodušení základní orientace a diferenciaci v rámci podskupiny.

Mediální norma

Při vymezení normality mají v současné době značnou úlohu média. Bylo by dokonce možné vymezit mediální normu, která zahrnuje to, co je opakovaně a často atraktivním způsobem prezentováno jako žádoucí nebo standardní. Její součástí je i jakási symbolická, idealizovaná realita, jež prezentuje jako normu výjimečné jedince (kteří jsou krásní, výkonní, úspěšní atd.). Vyrovnat se jim není snadné, mohou sloužit nanejvýš jako ideál.

Sdělovací prostředky mohou nežádoucím způsobem ovlivňovat např. postoj k násilí. Toto chování je zde velmi často prezentováno jako něco běžného, a tudíž i normálního. Nejde jen o nadměrnou frekvenci akčních filmů, které jsou zjevnou fikcí, ale také o pojetí zpravodajství. Asymetrické informace o dění ve společnosti (s převahou různých neštěstí a senzací) mohou vyvolat pocit, že násilí je normální. Potom ovšem není divu, že se zvyšuje tendence k agresivnímu jednání, zejména u dětí a mládeže.

Faktor času a aktuální úroveň poznání

Způsob hodnocení normality se v průběhu času mění, tak jak se mění sama společnost, její názory a kritéria hodnocení. Vymezení normy závisí na aktuální

úrovni poznání. Mnohé projevy, kterým lidé dobře nerozumějí nebo o nich nemají dostatek informací, bývají častěji považovány za abnormální. Je tomu tak zejména tehdy, jestliže jsou nápadné a snadno upoutávají pozornost. Příkladem mohou být postoje k různým onemocněním a poruchám, zejména těm, o jejichž podstatě a příčinách vzniku společnost mnoho neví. V průběhu společenského vývoje se mění přístup k posuzování různých projevů: na jedné straně roste tolerance, na druhé straně může být hodnocení určitého projevu daleko striktnější. Obvykle vůbec nejde o to, zda je toto chování objektivně závažné a škodlivé, ale jak vyhovuje aktuálním požadavkům. Současná společnost je např. mnohem tolerantnější k chování lidí v jejich soukromí, neklade takový důraz na respektování určitých norem (např. ve vztahu k partnerství), ale na druhé straně má mnohem větší požadavky na výkon.

Vývojové faktory

Hodnocení normality bere v úvahu vývojové faktory, projevuje se větší tolerancí při posuzování dětského chování. Vědomí variability tempa i průběhu vývoje v dětském věku vede někdy k celkem logickému odmítání striktnější kategorizace normálních a abnormálních projevů. Tento přístup respektuje skutečnost, že vývoj jednotlivých dětí může probíhat odlišně. Určité projevy navíc mohou mít ve vztahu k jednotlivým vývojovým obdobím rozdílný význam. V tomto kontextu mohou být jednou hodnoceny jako standardní a jindy již jako odchylka. Určitý význam má i míra tohoto projevu nebo okolnosti, za jakých se projevuje. Například strach z cizí autority a nerespektování jejich požadavků jsou zcela přiměřené v batolecím věku, ale na počátku školní docházky již signalizují odchylku od normy. Větší tolerance se projevuje při posuzování výkonu i chování mladších dětí, protože se předpokládá, že ještě mohou žádané normy dosáhnout. Někdy je tato tolerance neúčelná, protože i v tomto věku se může projevit odchylka, která má závažnější a trvalejší charakter. Striktnější hodnocení v době dospívání někdy vede ke zdánlivému nárůstu potíží, ale může jít jen o změnu hodnotících kritérií. Podobně zvýšená tolerance se vztahuje i k projevům starých lidí, u nichž lze rovněž předpokládat různé výkyvy dané přirozeným úbytkem kompetencí.

Pojetí normy rovněž závisí na dosažené vývojové úrovni posuzujícího. Z tohoto důvodu se mohou např. lišit názory dětí a dospělých na různé přestupky. Určité chování má z pohledu školáku jiný význam než z pohledu učitele. Učitel hodnotí systematickou práci a snahu o dobrý výkon pozitivně, zatímco starší školáci takové úsilí považují za zbytečné, víc jim imponuje schopnost dosáhnout něčeho bez námahy. Rozdíly v pojetí normy jsou zřejmě i mezi dětmi na různém stupni vývoje. Nejmladší školáci nejsou např. schopni diferencovat rozdíly ve schopnostech jednotlivých dětí, jsou přesvědčeni, že všichni mají podobné předpoklady.

Pojetí normy jako optimálního stavu

Norma jako ideál, jemuž je třeba se přiblížit, může mít stimulačně-motivační význam, zejména v některých vývojových fázích (např. v době dospívání). Toto pojetí normy jako ideálního stavu definuje nejlepší možnou variantu, která se ještě zdá dostupná. V tomto smyslu může fungovat jako cíl směřování, ale nikoli jako hodnotící kritérium, protože jeho dosažení není příliš pravděpodobné. Pokud je normou ideální varianta, může dojít ke značnému zkruslení při posuzování běžných projevů.

Funkční pojetí normy

Funkční pojetí normy klade **důraz na plnění požadavků a očekávání**, bez ohledu na to, jakým způsobem je jich dosaženo, nebere v úvahu další souvislosti a důsledky. Jde o určité zjednodušení pohledu, který je akceptován zejména v různých institucích. Za měřítko poruchy se považuje míra neschopnosti dělat to, co je zde považováno za důležité. Toto vymezení normy nerespektuje fakt, že určitý člověk sice dokáže plnit požadavky, které jsou na něj kladeny, ale zároveň je může prožívat jako stresující a vnitřně trpět. Například udělá to, co se od něho vyžaduje, ale cítí napětí, úzkost a obavy, event. i tělesnou nepohodu. Rizikem takového hodnotícího přístupu je zkruslení názoru na jedince a nerespektování všech složek jeho osobnosti.

Individuální, subjektivní pojetí normy

Důležitá je rovněž subjektivní norma každého jedince. Různé lidé, i když jsou příslušníky téže společnosti, resp. patří ke stejné profesní skupině, mají tendenci posuzovat mnohé projevy odlišným způsobem. Tuto specifickou vyjadřuje individuální, subjektivní pojetí normy. Rozdíly v pojetí normality jsou dány osobností člověka, jeho osobní zkušeností a event. i situačním působením určitého aktuálního vlivu (ovlivňujícího emoční ladění, somatický stav či celkovou pohodu). Individuální pojetí normy souvisí také s celkovou intelektovou úrovní daného jedince, jeho informovaností a schopností adekvátně interpretovat realitu. Individuálně variabilní bývá postoj k takovým projevům, které vyvolávají silnou emotivní reakci (např. násilné jednání), mohou se nějak dotknout citlivé oblasti jedince nebo jsou spojeny s posuzováním někoho, k němuž má vyhraněný vztah (je lhostejné, zda pozitivně, či negativně). Za těchto okolností nemůže být hodnocení zcela objektivní. To se občas stane i pracovníkům v pomáhajících profesích, a jde spíš o to, aby si toto omezení uvědomovali.

Subjektivní norma ovlivňuje i hodnocení vlastních problémů a nstandardních projevů. Vždycky je třeba vzít v úvahu také míru utrpení, které svému nositeli přináší, míru kritičnosti, s níž je dokáže posuzovat, i jeho názor na možnost dosáhnout nějakého zlepšení. Hodnocení někoho jiného je obvykle méně zatíženo rizikem neobjektivnosti. Ale i přesto je osobní názor na

vlastní potíže důležitý, protože ovlivňuje postoj člověka k léčbě, resp. ke změně chování, kterou jejich náprava vyžaduje. V dětském věku a ve stáří může být hodnocení vlastních potíží ovlivněno vývojově typickým způsobem uvažování, event. i omezenými či individuálně specifickými zkušenostmi (Bastine, 1998).

SHRNUTÍ

Vymezení normy je obtížné a nejednoznačné. Norma může být chápána statisticky, funkčně nebo sociokulturně. Hranice mezi normou a abnormalitou je plynulá, představuje kontinuum. Vymezení závisí na mnoha faktorech, především na aktuální úrovni dané společnosti, u různých skupin se může lišit, vyvíjí se v čase a nemá definitivní platnost.

KLÍČOVÁ SLOVA

norma, statistická norma,

sociokulturní kontext, subjektivní norma

Mechanismus vývoje psychických odchylek

„A nikdo nemůže říct, proč je takový, co se s ním stalo, že není normální jako ostatní.“

(matka pacienta)

Vývoj nejrůznějších psychických vlastností a funkcí, jejich běžných i méně obvyklých, či dokonce patologických variant je závislý na mnoha faktorech. Tyto faktory mohou mít v jednotlivých případech nesterjně významnou roli. Rozvoj dílčích psychických vlastností i celé osobnosti je dán individuálně variabilní dispoziční složkou a komplexem nejrůznějších vnějších vlivů a situací, které přispívají ke vzniku určité zkušenosti. Způsob zpracování těchto podnětů je však do jisté míry předurčen genetickými předpoklady. To znamená, že za stejných okolností mohou lidé reagovat odlišně, podle toho, k jakému způsobu reagování mají dispozice. Například jedinec, který je již primárně citlivější a labilnější, se bude s různými zátěžemi vyrovnávat obtížněji, a tím může narůstat jeho úzkostnost, někdy až na hranici poruchy. Stablnější a vyrovnanější člověk je dokáže zvládnout a pozitivní zkušenost ještě posílí jeho odolnost.

Psychické poruchy, které by byly podmíněny pouze jednou ze dvou základních složek, tj. dědičností, nebo prostředím, jsou vzácné. Zpravidla jde o extrémně vyjádřené odchylky, jejichž rozvoj může být čímkoli jiným málo ovlivnitelný. Takovým případem je např. velmi těžký mentální defekt, který omezuje možnost vlivu prostředí na minimum. Čím je určitý znak blíže průměru, tím vyrovnanější bývá komplexní vzájemné působení dědičnosti a prostředí.

Psychický vývoj, standardní i abnormální, lze charakterizovat jako proces postupné proměny jednotlivých psychických funkcí i celé osobnosti. Jeho průběh závisí na individuálně specifické **interakci vrozených dispozic a komplexu působení různých vlivů prostředí.**

Z hlediska celkového vývoje, normálního i patologického, je třeba brát v úvahu **význam jednotlivých životních období** a jejich vzájemnou souvislost. Biodromální přístup k chápání psychiky vychází z toho, že každá vývojová fáze lidského života má specifický smysl. Vždycky se nepodaří tohoto cíle dosáhnout, a další vývoj se může nějak zkomplikovat. Každou fází života je nutné chápat jako výsledek předcházejícího vývoje a základ pro další rozvoj. Odchytky v psychickém vývoji modifikují další vývoj takového jedince. Mají svou dynamiku a vliv jak na jeho celkový psychický, resp. somatický stav, tak na postoje a chování jiných lidí. Pro úspěšný vývoj je žádoucí, aby zrání a učení působilo ve vzájemném souladu i časově shodě. Jestliže tomu tak není, může dojít ke vzniku poruchy.

3.1 Dědičnost

Souhrn všech dědičných informací se nazývá **genotyp**. Jsou to předpoklady ke vzniku různých vlastností organismu. **Genetické vlohy určují míru rizika vzniku psychické odchylky**. Jejich konkrétní projev je ve větší či menší míře závislý na působení vnějšího prostředí. Jak pro normální, tak v ještě větší míře pro patologické varianty je důležitá míra, v níž mohou být psychické vlastnosti předurčeny geneticky, a nakolik jsou naopak ovlivnitelné prostředím. Tato míra neboli heritabilita, je u různých normálních vlastností odlišná. Obecně platí, že čím je geneticky podmíněná porucha rozvoje určité funkce závažnější, tím méně se zde mohou uplatnit vlivy prostředí.

Genetické informace jsou zakódovány ve formě genů tvořících dvě identické sady. Jedna pochází z otcovské zárodečné buňky a druhá z mateřské. Mezi dvojicí genů se stejnou funkcí existují nejrůznější vztahy, které mohou být velmi složité a nejsou ještě zcela objasněny. **Žádný gen**, ani gen, jehož funkce je nějak změněna, **se neprojevuje zcela izolovaně**, ale vždy v rámci celého genotypu, resp. organismu jedince, žijícího v určitém prostředí.

Pozitivní a negativní selektivita dědičných dispozic

Pravděpodobnost vzniku určité kombinace dědičných dispozic je závislá na způsobu partnerského výběru, různé psychické vlastnosti neovlivňují tyto preference stejným způsobem. Variabilita dědičných předpokladů potomků je vždycky ovlivněna **nenáhodností partnerské volby jejich rodičů**.

- Jako příklad **pozitivní selektivity** lze uvést potřebu shody v oblasti rozumových schopností. Lidé mají tendenci vybírat si pro manželství partnery, kteří jsou jim z tohoto hlediska podobní. Bylo zjištěno, že shoda mezi manžely je v této oblasti skutečně dost vysoká, dosahuje průměrné hodnoty korelace 0,40 (Plomin, 2002). Tímto způsobem se zdánlivě zvyšuje význam dědičnosti, zejména ve skupině nadprůměrných a podprůměrných jedinců.

Mimo jiné i proto, že kvalita stimulace, na níž závisí rozvoj těchto schopností, odpovídá úrovni rodičovské inteligence a s tím souvisejícího vzdělání.

- Příkladem **negativní selektivity** může být výběr podle typu temperamentu (tj. osobního tempa, převládajícího způsobu emočního prožívání, celkové reaktivity atd.). Obvykle se přitahují a lépe spolu vycházejí lidé, kteří se z tohoto hlediska liší, resp. doplňují. Například citově labilní a úzkostný člověk potřebuje stabilního a vyrovnaného partnera.

Normální psychické vlastnosti, stejně tak i jejich krajní varianty, které lze leckdy hodnotit jako abnormální, bývají **dědičné polygenním způsobem**. (Krajní variantou může být např. velmi malý vzrůst, ale i velmi nízká inteligence.) To znamená, že se na jejich vzniku spolupodílí větší, avšak přesně nezjištěné množství genů, které by izolovaně měly jen nepatrný účinek. Bez ohledu na počet genů a vztahy mezi nimi platí, že společně **vytvářejí předpoklady k rozvoji určité vlastnosti**. Jaká tato vlastnost nakonec bude, závisí i na vlivu prostředí, které může její rozvoj v různé míře stimulovat, nebo naopak zpomalit. V tomto mechanismu je zakódována možnost reagovat na proměny prostředí, rozvíjejí se především ty složky, které jsou za daných okolností užitečné. Všechny dědičné předpoklady se nemusí uplatnit stejným způsobem, některé nemusí být využity vůbec. Vlastnost, jež není potřebná, se dále nerozvíjí, stagnuje, nebo dokonce upadá. Příkladem může být výchovně zanedbané dítě ze sociálně slabého prostředí, jehož schopnosti se nerozvíjejí, protože zde nejsou potřebné.

Vnější vlivy se významně spolupodílejí na vzniku definitivní varianty, kterou lze označit jako **fenotyp** (tím je např. úroveň rozumových schopností či citová stabilita). Konkrétní psychická vlastnost je výslednicí dlouhodobých a velice složitých vztahů mezi souborem dědičných dispozic (genotypem) a faktory vnějšího prostředí. Genotyp se v průběhu celého života nemění, zatímco komplex vnějších vlivů proměnlivý je – z hlediska intenzity, kvality i času. **Podíl dědičnosti a vlivu prostředí** na vzniku určité psychické odchylky může být různý, v závislosti na povaze této vlastnosti. Míra dědičnosti se velmi těžko určuje, protože zde spolupůsobí celá řada různých faktorů. Pro prostředí může mít rozličný význam u **hraničních genotypů**, to znamená u nadprůměrně a podprůměrně disponovaných jedinců. Nadprůměrně nadané dítě dokáže lépe využít všechny podněty, které se mu v jeho prostředí nabízejí, dovede je i aktivně vyhledávat. Podprůměrně disponované dítě toto nedokáže. Míra dědičnosti různých odchylek může být dána i jiným typem genetického přenosu (viz kap. 3.1.2).

Každý genotyp má své vymezené hranice, tj. reakční normu, v nichž je schopen na podněty prostředí reagovat. Pro prostředí rozhoduje o tom, jakou konkrétní variantu v rámci tohoto rozmezí bude určitá vlastnost mít. Reakční norma určuje maximální dosažitelnou úroveň dané vlastnosti. Dosáhne jí jen tehdy, budou-li vlivy prostředí působit optimálně. Potíží je v tom, že např. u zanedbaného dítěte sice víme, že by se mohlo vyvíjet lépe a dosáhnout

vyšší úrovně, ale není zcela jasné jaké. Je to proto, že genetické dispozice zatím nelze měřit jinak než prostřednictvím různých projevů, jejichž rozvoj závisí i na jiných faktorech.

Vztah mezi genetickými předpoklady a působením prostředí je již od počátku vývoje vztahem vzájemné interakce. Děti s odlišnými dispozicemi se budou již od počátku svého života projevovat rozdílným způsobem, a budou proto vyvolávat nestejné reakce okolí. Tendence k určitému způsobu reagování, která je dána geneticky, může v krajním případě představovat rizikový faktor. Například impulzivní, neklidní a nezdrženliví jedinci budou na ostatní působit nepříjemně a budou s větší pravděpodobností odmítáni a negativně hodnoceni. Taková dispozice se snadno stane příčinou rozvoje mnoha dalších obtíží (sociální maladaptace až asociálního chování, zvýšené tendence k užívání psychoaktivních látek apod.).

V určitých vývojových fázích se mohou některé genetické dispozice projevit nápadnějším způsobem. Děje se tak např. v období dospívání, kdy dochází k většímu osamostatňování. Zatímco mladší dítě je více závislé na rodině a jeho rodiče rozhodují o tom, co bude dělat a s kým se bude stýkat, dospívající si začínají sami vybírat přátele, činnosti, které je zajímají, i budoucí profesi. Ve větší míře než dřív tak spoluvytvářejí prostředí, které je ovlivňuje. Působení prostředí, např. skupiny vrstevníků, se aktuálně jeví efektivnější než vliv rodiny či školy, protože je ve větším souladu s vrozenými dispozicemi jedince (ale i s jeho vývojově podmíněnými potřebami). Výsledkem bývá nápadnější rozvoj některých vlastností, z nichž mnohé jsou geneticky podmíněné (Scarr, 1993). To je jeden z důvodů, proč se zdá, že se v tomto období některé děti výrazněji mění.

3.1.1 Vývoj centrálního nervového systému (CNS) jako základu psychických funkcí

V genetickém aparátu je zakódován program individuálního rozvoje jedince, který se projevuje variabilitou zrání, rozdílností dispozic k rozvoji jednotlivých funkcí – psychických i somatických – různou mírou koordinovanosti a integrovanosti jejich vývoje. Organickým základem psychických funkcí je CNS. Kandel (1998) shrnul předpokládaný **vztah mezi fungováním CNS a psychickými projevy** do několika bodů, z nichž většina již byla probrána. Ale je třeba připomenout toto:

- Vnější vlivy mohou modifikovat i genovou expresi a tím ovlivnit různé mozkové funkce. (Mohou je samozřejmě ovlivnit i jinak, např. mechanickým poškozením.)
- Učení, tj. zkušenost, se může projevit i na úrovni stimulace určité varianty genové exprese, která vede k trvalejší změně mozkových funkcí. Jak již bylo řečeno, její limit je dán právě těmito geny, resp. konkrétními alelami, jež mohou reagovat na vlivy prostředí jen v určité míře. Flexibilita genetické

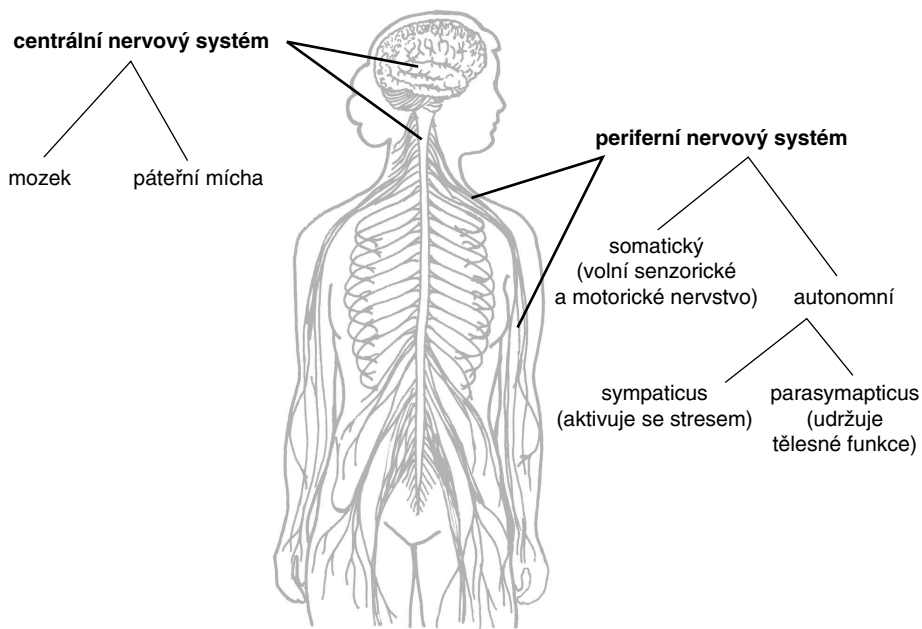
dispozice spočívá v její schopnosti reagovat na tyto vlivy a měnit různým, někdy i trvalejším způsobem genové funkce (a tím i jejich další projevy, to znamená fungování CNS, a nakonec i psychiku a chování jedince).

Vývoj mozkových struktur a s nimi spojených funkcí je důležitým předpokladem rozvoje různých schopností i osobnostních vlastností, ale i jejich poruch. Vývoj mozku se uskutečňuje zráním, jehož průběh určuje genetický kód. Pokud by byla genetická informace poškozena, projevilo by se to narušením vývoje nervových struktur a jejich funkcí. (K poškození mozku může ovšem dojít i v důsledku negativního působení různých vnějších faktorů.) **Vývoj CNS prochází určitými fázemi, pro něž jsou typické různé strukturální i funkční změny nervové tkáně** (Harris, 1998):

1. *Vytváření neuronů z neuroblastů.*
2. *Migrace neuronů do příslušné cílové oblasti.*
3. *Diferenciace neuronových funkcí, k níž dochází poté, co nezralé neurony dosahují cílové oblasti. Ta se mimo jiné projevuje specializací mechanismů odpovědných za syntézu různých neurotransmiterů.*
4. *Změny ve vzájemném propojení neuronů, dotvoření jejich strukturálně funkční sítě. Ty jsou potřebné pro rozvoj psychických funkcí, ale mohou jimi být do určité míry zpětně ovlivněny. Určité spoje se udržují jenom tehdy, jestliže jsou využívány, a pokud tomu tak není, zanikají. Propojení mezi neurony zajišťují synapse, které mohou fungovat na chemické či elektrické bázi. Chemické synapse využívají spojení, k němuž dochází pomocí různých látek, tzv. neurotransmiterů (neuromediátorů).*

Neurotransmitery jsou látky, které přenášejí určité informace přes synapse (tj. mezery mezi dvěma neurony) z jedné nervové buňky na další. Je několik druhů neurotransmiterů, každý z nich je poněkud odlišně uspořádan, a proto působí jen na určitý typ receptoru. Tím je dána specifčnost jejich funkce v určité oblasti. Zcela obecně lze říci, že neurotransmitery působí buď excitačně, nebo tlumivě. Ale jejich vliv bývá složitější, ve všech oblastech nemusí působit stejným způsobem, někde mohou fungovat tlumivě a jinde stimulačně. Protože neuron může přijímat současně více informací, které mohou být různorodé, musí je nějakým způsobem integrovaně zpracovat. Když neurotransmiter splní svou funkci, musí být odstraněn, protože by blokoval další přenos informací.

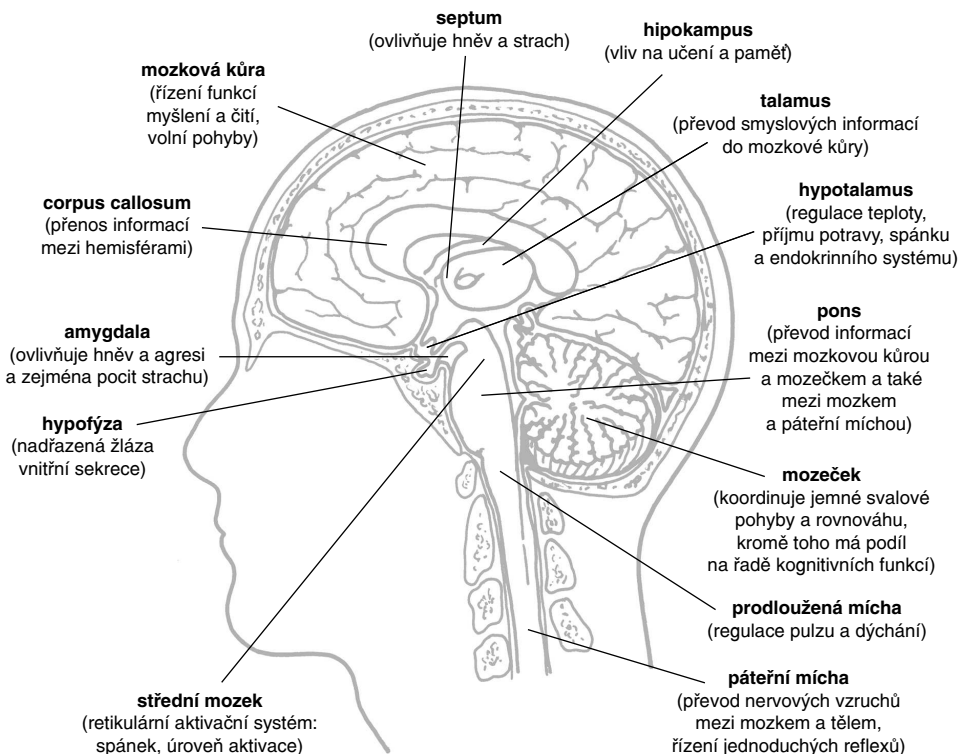
- Z hlediska rozvoje psychických funkcí je důležitý *dopamin*, který může působit excitačně i tlumivě, ovlivňuje změny úrovně aktivity, fungování pozornosti a pracovní paměti atd.
- Značný význam má *serotonin*, který má vliv na raný vývoj mozku, je důležitým regulátorem tohoto procesu; působí na neurogenезi a plasticitu CNS, zahrnující buněčnou proliferaci, migraci, diferenciaci a synaptogenезi. V dospělosti ovlivňuje aktivitu a vzájemné vztahy mnoha dalších neurotransmiterových systémů. Serotonin je hlavním modulátorem emočních projevů, ovlivňuje celkové ladění, tendenci k určitému způsobu chování, např. i k agresi, integruje poznávání, zpracování senzorických podnětů, motorickou aktivitu atd. Takto působí již od raného dětství, bylo zjištěno, že děti s určitým genotypem projevovaly již v této době více nespokojenosti a negativních emocí. Gen kódující tvorbu serotoninu je lokalizován na dlouhém raménku 17. chromozomu, může zde být různé množství kopií určité alely, tj. varianty této informace, na níž závisí i psychický projev, v tomto případě sklon k určitým emočním prožitkům. Výzkumy potvrdily, že lidé, kteří mají jen jednu až dvě kopie krátké varianty tohoto genu, mají významně zvýšený sklon k negativnímu emoč-



nímu prožívání, bývají nejen úzkostnější, ale často i hostilnější a více depresivní (Lesch a kol., 2002).

Jednotlivé systémy se ve svém působení navzájem ovlivňují, např. dopaminové a serotoninové systémy fungují ve vzájemné interakci od raného dětství do dospělosti. Velmi zjednodušeně lze říci, že dopaminergní systém slouží k aktivaci (která může být až nepřiměřeně zvýšená), zatímco serotoninergní systém působí tlumivě. Interindividuální rozdíly v této oblasti, např. dopaminergní polymorfismus, mohou vést k rozvoji osobnostních vlastností, které zvyšují tendenci k různým problematickým projevům (Ebstein a Auerbach, 2002; Ebstein a Kotler, 2002).

Různé psychické projevy, resp. aktivity jsou s určitou tolerancí vázány na určitou oblast mozku. Mají zde svá centra, resp. jsou přednostně ovládány konkrétními oblastmi, ale jejich lokalizace není zcela jednoznačně určena. Funkční obraz mozku je u každého člověka trochu jiný. Matějček (1993) přirovnává individuální variabilitu lokalizace mozkových center k rozdílům lidských tváří, které také mají společné a obdobně lokalizované znaky, ale přesto nejsou úplně stejné. **Na vzniku jednotlivých psychických projevů se podílejí různé funkční systémy mozku**, které vytvářejí neuronální síť, jejichž lokalizace je u různých lidí přibližně stejná, ale nikoli zcela totožná (Koukolík, 2000; Zvolský, 2001).



Funkční systémy mozku

Všechny oblasti jsou propojeny tak, aby bylo zajištěno přijímání a zpracování potřebných informací, ať už emocionálně, nebo racionálně, jejich uchování ve formě paměťové stopy a nakonec i koordinace účelného reagování. Z tohoto hlediska jsou velice důležité **asociační oblasti**, jež zajišťují spojení různých okruhů. Pro vznik psychických poruch jsou nejdůležitější poruchy systému prefrontální mozkové kůry, limbického systému a systému bazálních ganglií, které jsou vzájemně propojeny a jejich funkce integrovány (Zvolský, 2001):

- **Prefrontální systém.** Jeho anatomickým základem je kůra čelního mozku-ového laloku, která je určitým způsobem propojena s celým CNS. Představuje specificky lidskou oblast mozku (která je u jiných druhů mnohem méně rozvinuta). Zprostředkuje velké spektrum funkcí: je nezbytný pro řízení

komplexního chování, umožňuje integrovat nejrůznější informace a přizpůsobit jim následující reakce, event. na jejich základě plánovat další jednání, činit různá rozhodnutí a uvažovat abstraktním způsobem. Závisí na něm řízení učení a paměti, ovlivňuje míru aktivity, koncentraci pozornosti, ale i emoční prožívání. (Porucha propojení tohoto systému s jinými oblastmi má např. vliv na rozvoj psychotických projevů, pro něž je typická dezintegrace psychických funkcí.)

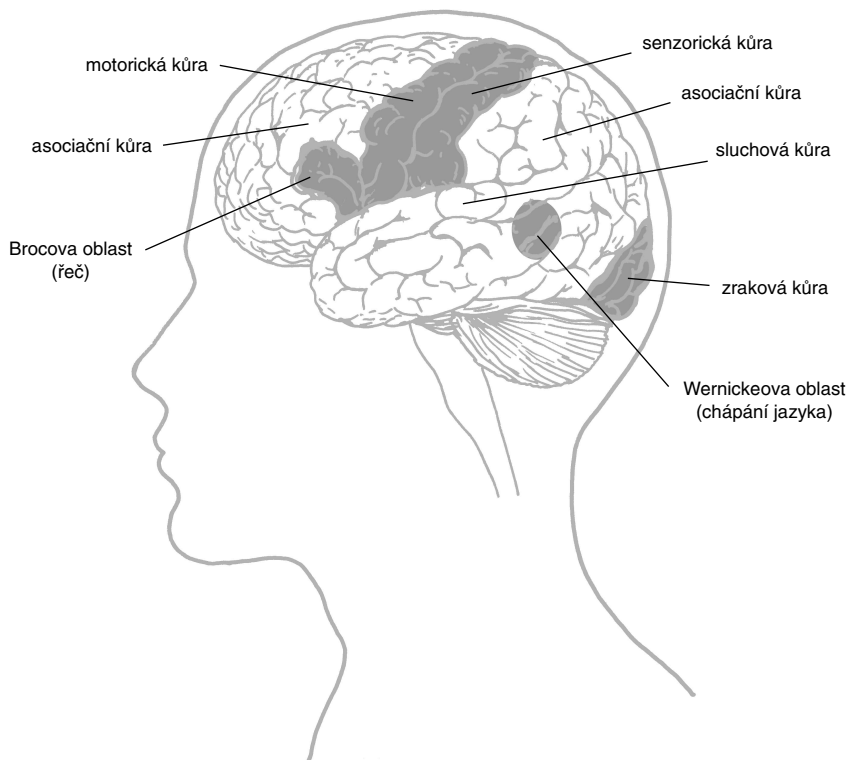
- **Limbický systém.** Zahrnuje několik mozkových struktur, ale není dosud přesně vymezeno, které oblasti k němu patří. Zcela jasné není ani to, jakým způsobem jeho jednotlivé části fungují. Obecně platí, že tato centra mají velký význam pro řízení a kontrolu emočního prožívání a psychickou zkušenost, tj. paměť určitého druhu. Mají význam při interpretaci vzpomínek a s nimi spojených emočních prožitků. Důležitá je oblast amygdaly, která slouží k hodnocení informací z okolí a podle toho, jaký význam mají (zda jsou považovány za ohrožující, příjemné či neutrální), navozuje pocity strachu, zlosti či pohody. Porucha v oblasti amygdaly, může např. vést k rozvoji paranoidity. Oblast hipokampu se uplatňuje při transformaci těchto informací, resp. prožitků do vzpomínek. Pokud dojde k jejímu poškození, člověk na toto období žádné osobní vzpomínky nemá.
- **Systém bazálních ganglií.** Je potřebný pro regulaci motorické aktivity, z hlediska psychiky je důležité jeho uplatnění v expresi a regulaci emocí a kognitivních funkcí. Příkladem nemoci, která zahrnuje postižení bazálních ganglií, je Parkinsonova choroba (viz kap. 11.2.1).

Vývoj CNS je složitým procesem, který může být ovlivněn různým způsobem:

- Jednotlivé oblasti mozku se nevyvíjejí stejným způsobem, resp. stejně rychle. Avšak vzhledem k tomu, že jsou jejich funkce koordinované a integrované, vývoj jedné oblasti může ovlivnit i rozvoj dalších, a může změnit i jejich fungování.
- Vývoj mozku mohou stimulovat různé vnější vlivy, dokonce i ty, které působí zprostředkovaně; např. specifická zkušenost může přispět k rozvoji určité oblasti mozku a naopak, podnětová deprivace jej může narušit. Vnější vlivy mohou podpořit takové funkční změny mozku, které povedou k proměně psychických projevů. Vzhledem ke vzájemné propojenosti zrání a učení se nové kompetence mohou objevovat jako důsledek rozmanitých interakcí vnějších i vnitřních vlivů.

3.1.2 Dědičnost psychických chorob a poruch

Dispozice ke vzniku psychických poruch, resp. duševních onemocnění mohou vyplývat z několika možných způsobů narušení genotypu, tj. **typů dědičnosti**. Míra genetické zátěže může být v těchto případech různá. V přehledu uvádíme jednotlivé varianty a jejich příklady:



- Porucha počtu nebo struktury chromozomů.** Poruchy tohoto typu nepotvrzují jenom význam genetické informace pro rozvoj určitého onemocnění, ale i důležitost koordinovaného a integrovaného působení jednotlivých genů. Pokud nějaká informace chybí, pak je jasné, že se příslušná vlastnost nemůže dobře rozvíjet. Jestliže v daném genomu existuje větší počet genů, které obsahují tuto informaci, musí být takto vzniklá porucha závislá na narušení integrity a koordinace genetického programu. Tak je tomu např. u Downova syndromu nebo syndromu lomivého X, jejichž základním příznakem je mentální defekt. Porucha počtu nebo struktury chromozomů obvykle vede k závažnějšímu a komplexnějšímu postižení, mnohdy tak zásadnímu, že ani není slučitelné se životem. Poruchy počtu pohlavních chromozomů (XX u dívek a XY u chlapců) nemají tak závažné důsledky. Příkladem je Turnerův syndrom, kdy chybí jeden chromozom X. Tato porucha omezuje růst a blokuje pohlavní dozrávání, ale tyto potíže je možné léčit.

- **Základem postižení je porucha funkce jednoho genového páru.** Příčinou této poruchy jsou mutace, tj. změny v jednom lokusu určitého genu, které ve větší míře mění i jeho funkci. Všechny změny ve struktuře genu takové důsledky nemají, a proto lze předpokládat, že v těchto méně významných místech existuje větší variabilita než v oblastech, které jsou funkčně důležité. Poruchy funkce genového páru se dále diferencují podle toho, zda k jejich vzniku stačí narušení funkce jednoho genu v páru, nebo zda musí být dysfunkční oba. Tímto způsobem se dědí mnohé poruchy zrakového i sluchového aparátu (např. vrozený šedý základ oční čočky nebo Usherův syndrom, jehož příznakem je úbytek zrakových i sluchových funkcí). Toto postižení může být vázáno na pohlaví, to znamená, že jsou nějak poškozeny geny lokalizované na chromozomu X. Trpí jimi v naprosté většině chlapci, protože dívky mají dva X chromozomy a zpravidla alespoň jeden z nich obsahuje funkční gen. Příkladem takové poruchy může být Duchenneova muskulární dystrofie, která je způsobena delecemi (chyběním určitých částí genetické informace) v oblasti krátkého raménka X chromozomu (Hatina a Sykes, 1999). Je to degenerativní svalové onemocnění, které nejprve vede k narušení hybnosti a posléze, v důsledku selhání dýchacího svalstva, i ke smrti.
- **Základem postižení je kumulace většího počtu určitých genů** a jejich vzájemné vztahy. Takto vymezený typ dědičnosti, označovaný jako polygenní, je vázán na společný účinek většího, přesně neurčeného počtu genů, resp. různých alel jednotlivých genů. (Alela je konkrétní varianta určitého genu.) Mechanismus působení těchto genů je komplexní a může mít různý charakter. Obecně platí:
 - Každá alela odpovídá jen z menší části (vyjádřitelné v procentech) za variabilitu rozvoje určitého projevu, např. za to, jak velký sklon k úzkostnému prožívání bude dotyčný člověk mít.
 - Různé geny, resp. jejich alely mohou ovlivnit větší počet osobnostních vlastností, ne pouze jedné.
 - Různé osobnostní rysy i jejich odchylky mohou vzniknout na bázi kombinace různých, hypofunkčních i hyperfunkčních alel. Výsledek závisí na tom, jaká konkrétní varianta se nachází v genotypu daného jedince.
 - Mezi těmito geny nemusí být jen aditivní vztah, to znamená, že výsledný efekt není dán pouhým součtem jejich účinku. Vzájemné působení jednotlivých genů (resp. alel) může být složitější. Některý z genů (resp. alel) může mít pro vznik určitého znaku klíčový význam, např. tím, že bude stimulovat či blokovat funkci několika dalších.
 - Vznik a rozvoj těchto poruch může ovlivnit i prostředí, resp. specifická interakce mezi určitým genotypem a konkrétními vnějšími vlivy. Riziko vzniku těchto poruch se proto může za určitých okolností zvyšovat. K označení takto vzniklých potíží se užívá termínu *endofenotyp*, což vyjadřuje, že jde o výsledek vzájemného působení mnoha různých faktorů – genetických i exogenních (Gottesman, 1991).

Dědičnost mnoha psychických poruch a chorob lze označit jako heterogenní. To znamená, že se na jejich vzniku mohou podílet různé geny, rozdílný může být i způsob jejich dědičného přenosu, a nejsou ve stejné míře závislé na interakci s rozmanitými vnějšími vlivy (Zvolský, 2001). Proto se často mluví pouze o zvýšené dispozici k rozvoji určité poruchy. Jednou z těchto teorií je i **Gershonova teorie vulnerability**, tj. zvýšené zranitelnosti. Je definována jako stabilní vrozená citlivost, resp. dispozice k určitému způsobu zpracování zátěžových podnětů, jako rizikový faktor pro vznik psychických poruch (Gershon, 1994). Vnější prostředí může přinejmenším ovlivnit další rozvoj takto disponovaného jedince.

Důležitým zjištěním je skutečnost, že některé geny mohou mít **větší vliv v určité vývojové fázi**. Například geny pro dopamin D4 receptor, na nichž závisí potřeba stimulace, tendence k hyperaktivitě, impulzivnímu reagování apod., se tímto způsobem projevují především v době mládí. Lze dokonce uvažovat i o tom, že jak člověk stárne, vliv určitých genetických faktorů na jeho osobnostní rysy a s nimi související projevy slábne. Toto pravidlo platí jak v rámci normy, tak ve vztahu k akcentovaným, či dokonce patologickým projevům (Prolo a Licinio, 2002).

Odborná literatura obsahuje mnoho studií, které předpoklad heterogenosti dědičných dispozic ke vzniku duševních onemocnění potvrzují. Protože nelze předpokládat, že by všechny studie byly zatíženy chybou, jeví se stále pravděpodobnější, že určitá duševní onemocnění jsou ze symptomatologického hlediska skupinou podobných, ale etiologicky rozdílných jednotek. To znamená, že k jejich rozvoji mohou přispět poruchy různých genů, resp. genových skupin. Obtížnost zjišťování genetických aspektů duševních onemocnění je dána neexistencí objektivních kritérií, subjektivní vyjádření chorobných příznaků není z tohoto hlediska dostatečně validní.

Jedním z aktuálních trendů v genetice duševních poruch je hledání biologických markerů určitých genů, jež by pomohly identifikovat jednotlivé podskupiny těchto poruch. (Marker je stabilní a dobře identifikovatelný znak, který je projevem funkce určité alely.) Tento přístup je založen na předpokladu genetické vazby markeru a vlohy pro vznik psychického onemocnění. Pokud by

Tab. 3.1 **Vznik psychických onemocnění**

Tabulka uvádí pravděpodobný příspěvek různých vlivů ke vzniku některých psychických onemocnění (Moldin a Gottesman, 1995); jiní autoři (Kendler a Diehl, 1995, aj.) předpokládají např. u schizofrenie větší míru dědivosti.

Porucha	Dědičnost	Rodinné prostředí	Jiné vlivy prostředí
bipolární poruchy	0,86	0,07	0,07
velká deprese	0,52	0,30	0,18
schizofrenie	0,63	0,29	0,08

se podařilo nalézt nějaký marker této dispozice (např. určitý metabolický produkt), bylo by jej možné najít i před vypuknutím choroby, a to by mohlo mít značný význam. Takové markery byly zjištěny např. u Alzheimerovy choroby a umožnily odlišit jejich jednotlivých forem (Zvolský, 2001). Studie zaměřené na hledání genu, který by zvyšoval riziko vzniku schizofrenie a deprese, nepřinesly jednoznačné výsledky:

- V případě deprese bylo nalezeno několik genů lokalizovaných např. na chromozomu 11, 18 a pohlavním X. Lze proto předpokládat, že ke vzniku tohoto onemocnění mohou přispět různé geny.
- Rovněž u schizofrenie lze předpokládat genetickou heterogenitu. Z výsledků různých studií vyplývá možnost, že ke vzniku této choroby mohou přispět geny lokalizované na chromozomu 2, 5, 6, 11 a 22 (Gillian a Knowles, 1995; Kendler a Diehl, 1995; Hatina a Sykes, 1999). U schizofrenií se dodnes nepodařilo přesněji definovat jejich etiologii a patogenezi. Existuje řada hypotéz a experimentálních poznatků, které se ji pokoušejí vysvětlit. Příkladem může být Carlssonova koncepce komplexu schizofrenních onemocnění, jež zdůrazňuje význam talamu při filtraci podnětů působících na mozkovou kůru. Pokud k takové poruše dojde, má za následek desynchronizaci dílčích funkcí mozkové kůry, jež se může projevit i psychotickými příznaky (Höschl, 1997). K narušení funkce talamu by však mohlo dojít různým způsobem, a tudíž i v důsledku změny rozdílných genů. (Talamus slouží jako transformační stanice pro informace, které jsou zprostředkované smyslovými orgány.)

V současné době se jeví jako důležité hledat integrující vysvětlení relativně různorodých dílčích zjištění. Jednou z takových teorií je koncept *syndromu narušené závislosti na odměně* (Blum a kol., 1996; Höschl, 1997). Tento syndrom zahrnuje různé projevy ne zcela standardního, event. patologického chování, jejichž společnou příčinou by mohla být dysfunkce dopaminového receptoru, vázaná na jednu alelu lokalizovanou na chromozomu 11. Autor zároveň připomíná, že na aktivizaci vlohy k takovým projevům se podílejí i rozmanité vlivy vnějšího prostředí.

Různým projevům, které syndrom narušené závislosti na odměně zahrnuje, je společná **neschopnost ovládat své chování**. Může to být:

- Aditivní varianta, která zvyšuje dispozici k alkoholismu, drogové závislosti, kouření i přejídání. Takový člověk nezná míru, potřebuje se tímto způsobem stimulovat.
- Impulzivní chování, kdy jde o neschopnost ovládat své reakce.
- Kompulzivní, tj. nutkavé chování, kdy jedinec má potřebu opakovat určité aktivity, bez ohledu na důsledky. Příkladem je patologické hráčství.
- Sklon k agresivitě a asociálnímu chování, neschopnost respektovat základní normy chování a řídit se jimi.

Výklad tohoto syndromu využívá **Cloningerovy čtyřdimenzionální typologie osobnosti**, jejíž jednotlivé dimenze tvoří (Cloninger, 1994):

- *Míra závislosti na odměně*, potřeba pozitivního hodnocení (jejím opakem je lhostejnost k názoru jiných lidí).
- *Míra potřeby silných podnětů a nových zážitků* (jejím opakem je preference stereotypu, vyhýbání se novému a neznámému).
- *Míra lhostejnosti k potenciálnímu nebezpečí* a ohrožení (jejím opakem je tendence vyhýbat se všem situacím, které by mohly být ohrožující).
- *Míra stability*, která se projevuje stálostí určitého směřování, v krajním případě se může projevit perfekcionismem a rigiditou, nebo naopak sklonem k výkyvům a nepředvídatelnosti v jednání.

Každá z uvedených dimenzí souvisí s různými biologickými systémy. Může mít svou normální i patologickou variantu. **Poruchy lidské psychiky jsou často závislé na biochemických změnách v mozku**, souvisejí s odchylkami v přenosu signálu v určitých oblastech CNS (Rahn a Mahnkopf, 2000; Fišar, 2001). Například potřeba vyhýbat se potenciálnímu ohrožení je závislá na polymorfismu genu pro přenašeč serotoninu (New a kol., 2002). Potřeba vyhledávat neustále nové a vzrušující podněty závisí na množství dopaminových receptorů v oblasti limbického systému i na hustotě přenašečů serotoninu. Ty ovlivňují míru aktivace autonomního nervového systému a tím i tendenci vyhledávat intenzivní podněty. Jestliže např. gen pro dopaminové receptory D4, lokalizovaný na 11. chromozomu, obsahuje informaci, která vede ke vzniku kratších řetězců, má tento receptor jiné vlastnosti a takto disponovaní lidé bývají opatrnější a méně impulzivní, či naopak. Lze se u nich setkat s různými formami rizikového chování. (I když daný gen k uvedenému projevu přispívá jen z 10 %.) Tito jedinci potřebují ke svému uspokojení silnější či méně standardní podněty, než je obvyklé. Receptory centra libosti (lokalizovaného v limbickém systému mozku) mohou být postiženy natolik, že běžné podněty k vyvolání žádoucí reakce nestačí. Tendence vyhledávat vzrušení je do určité míry závislá na pohlaví. Muži mívají větší potřebu takových podnětů než ženy a zároveň menší zábrany; předpokládá se, že je tato tendence ovlivňována i hormonálně, hladinou testosteronu (Ebstein a kol., 1996; Benjamin a kol., 2002; Prolo a Licinio, 2002; Zuckerman, 2002).

Typickým příznakem uvedeného syndromu je **neschopnost dosahovat uspokojení standardním způsobem**, v rámci běžného života. Alela, resp. alely, na nichž tato porucha závisí, tak podmiňují vznik různých odchylek chování, jejichž cílem je dosáhnout uspokojení za každou cenu. Pro tento předpoklad svědčí skutečnost, že uvedené poruchy se dost často vyskytují společně.

3.2 Vlivy prostředí

Rozvoj dědičných předpokladů závisí na působení komplexu vnějších vlivů. Interakce vrozených dispozic a vnějších vlivů je vždycky individuálně variabilní. Z toho vyplývá, že vývoj nikdy není úplně stejný, dokonce ani v případě jednovaječných dvojčat, která nemusí být stimulována zcela totožně, přinejmenším v rámci jejich vzájemného vztahu a obecné tendence k rozlišování obou dětí. To znamená, že:

- **Vlivy prostředí** nepůsobí vždycky stejně, **mohou být modifikovány i samotnou dědičnou informací**. Děti s různými genetickými předpoklady mohou reagovat na tytéž podněty odlišně. Například dítě, které je dispozičně labilní a úzkostné, bude vnímat požadavky školy jinak než dítě, které je stabilní a vyrovnané. Určité prostředí rovněž nemusí být pro rozvoj různě disponovaných dětí stejně užitečné. Například v intenzivně stimulujícím prostředí vysoce vzdělané rodiny se může lépe rozvíjet nadprůměrně nadané dítě, zatímco sotva průměrný jedinec by zde mohl být přetěžován a stresován z jeho hlediska nadměrnou stimulací i očekáváním. Toto dítě by se lépe rozvíjelo v méně náročném prostředí.
- Určité vlivy **prostředí nepůsobí stejně v různých vývojových fázích**, protože nejsou pokaždé stejně zpracovány, mohou mít jiný význam. Kromě toho platí, že minulé zkušenost se vždycky nějak fixuje a ovlivňuje další rozvoj. Reakce na nové podněty budou touto zkušeností modifikovány. Například dítě, které přichází z jiného sociokulturního prostředí, bude vnímat mnohé podněty jinak. Nebude je stejným způsobem interpretovat, pokud jsou pro ně neznámé, mohou se mu jevit jako ohrožující a stimulovat obranné reakce atd. V průběhu života existují **kritická období**, kdy je jedinec zvýšeně citlivý k různým vnějším vlivům (dítě v raném věku je zvýšeně citlivé na citové strádání, kritickým obdobím pro rozvoj vlastní identity je dospívání atd.).
- V procesu vývoje má určitý význam i aktivita jedince. Žádný člověk není jen pouhým pasivním příjemcem různých podnětů, ale je **aktivním subjektem**, který působí na své prostředí, ovlivňuje ho a přetváří a modifikuje tak různé vnější vlivy, jež na něho působí. Jeho chování nemusí vyvolávat stejnou odezvu, **může stimulovat různé reakce** svého okolí, které jsou v mezích možností tohoto okolí, např. podprůměrně inteligentní rodič nebude schopen své dítě kvalitněji vychovávat, i kdyby se projevovalo jakkoli, protože k tomu nemá potřebné předpoklady. Určité projevy dětského chování mohou vyvolávat některé reakce s větší pravděpodobností než jiné, např. klidné a dobře laděné dítěte bude stimulovat jiné rodičovské chování, než kdyby bylo dráždivé, mrzuté a neklidné. Z toho bude samozřejmě vyplývat i větší pravděpodobnost odlišného vývoje těchto dětí. Shoda v různých vlastnostech a projevech chování může posilovat tendence k obdobnému přístupu k těmto dětem a tak přispívat k dalšímu zvyšování jejich podob-

nosti. Michel a Mooreová (1999) se např. domnívají, že značná shoda vývoje jednovaječných dvojčat je dána nejen stejností jejich dispozic, ale i shodou viditelných znaků a projevů, které stimulují podobné rodičovské chování. Tento mechanismus může podle jejich názoru působit i v případech, že obě děti jsou vychovávány odděleně.

Působení prostředí bude záviset jak na podnětech samých, tak na **způsobu, jak je určitý jedinec interpretuje a zpracovává**, jak na ně reaguje a jaký pro něj mají význam. Charakter a tempo individuálního psychického vývoje, i jeho variabilita, jsou dány dynamickým vztahem tohoto jedince a určitého prostředí. Každý člověk bude na jedné straně přijímat určité podněty a zpracovávat je a na druhé straně bude své prostředí individuálně typickým způsobem ovlivňovat. Výsledkem interakce určitých genetických dispozic a vnějších vlivů budou různé standardní i abnormální varianty psychických vlastností. **Prostředí může působit jako diferencující faktor**, protože určité situace budou působit problémy jen jedincům hůře disponovaným, zatímco ostatní budou reagovat standardním způsobem. Z tohoto hlediska lze rozlišovat různé alternativy narušení vývoje:

- Pokud je zásadnějším způsobem **omezena genetická dispozice**, nestačí vlivy prostředí k tomu, aby se žádoucí vlastnost rozvinula (např. dítě je mentálně postižené a ani sebelepší výchova mu nemůže umožnit dosáhnout normální úrovně rozumových schopností).
- Pokud jsou **vlivy prostředí nedostatečné nebo nějak nepřiměřené**, nemůže se dítě rozvíjet přijatelným způsobem, přestože jeho genetické dispozice jsou v normě (např. týrané a bité dítě se nebude rozvíjet ve všech oblastech zcela standardně).
- Vlivy prostředí mohou působit ve vztahu k různým psychickým odchylkám jako **spouštěcí, zhoršující či udržující faktory**. Na nich závisí, do jaké míry se porucha rozvine i jak se bude dále vyvíjet. Vývoj psychické poruchy obvykle není výsledkem jen jednorázové traumatizace. Častěji jde o kumulaci různých zátěží, které jedince činí zranitelnějším, a mohou se projevit i s určitou latencí, v pozdější vývojové fázi. **Rozvoj poruchy je vývojovým procesem**, jenž závisí na vzájemném vztahu míry odolnosti (resilience), resp. zranitelnosti (vulnerability) jedince, a souhrnu různých vnějších vlivů, zátěžových i protektivních faktorů. Celá řada poruch a chorob je vysvětlována jako selhání obranných mechanismů (biologických nebo psychosociálních), k němuž došlo za určitých okolností.

Lidský jedinec je v trvalé interakci se svým prostředím a musí se těmto podmínkám přizpůsobit, event., je-li toho schopen, může toto prostředí změnit, aby jeho potřebám lépe vyhovovalo. **Adaptace na vnější podmínky** je procesem trvalé modifikace psychických vlastností a projevů. Vnější situace i kompetence jedince se mohou měnit a tuto změnu je třeba chápat jako podnět k hledání jiného, aktuálně účelnějšího způsobu reagování. Přiměřená adaptace nezna-

mená jen dosažení přijatelného uspokojení vlastních potřeb, ale i schopnost snášet různá omezení a strádání, která však nesmí překročit určitou, subjektivně danou hranici. K adaptačním poruchám dochází tehdy, jestliže všechny významnější potřeby jedince nemohou být uspokojeny v dostatečné míře a po dostatečně dlouhou dobu. Maladaptační projevy vznikají i tehdy, když se nepodaří dosáhnout souladu mezi potřebami jedince a podmínkami prostředí. Může jít o různé alternativy: např. úzkostný a přecitlivělý jedinec těžko může vyhovět i běžným požadavkům v zaměstnání či v rodině, na druhé straně mohou být podmínky života některých lidí takové, že by nevyhovovaly nikomu – pokud se např. stane obětí domácího násilí.

3.2.1 Vlivy prostředí v prenatalním a postnatálním období

Podněty určité kvality i četnosti jsou pro zdárný psychický vývoj každého jedince nezbytné. Pokud potřebnou kvalitu nemají nebo nepůsobí v přiměřené míře, mohou tento vývoj narušovat. **Vlivy prostředí lze diferencovat** podle jejich kvantity a kvality, ale i z časového hlediska, podle období, kdy vývoj určitého jedince ovlivnily, event. poškodily a narušily. Jejich vliv v prenatalním a postnatálním období bývá různý.

Prenatální vlivy působící na vývoj plodu

V prenatalním období jsou veškeré vnější vlivy zprostředkovány organismem matky, představujícím primární prostředí plodu. Toto prostředí může být určitým způsobem změněné, a proto může plod stimulovat způsobem, který jej poškozuje. To se děje např. tehdy, když je matka nemocná, např. trpí diabetem či nějakou hormonální poruchou, užívá nevhodné léky, drogy nebo pije alkohol. K poškození plodu může dojít i fyzikálním způsobem, např. úrazem nebo zářením (v rámci profesního rizika atd.). Různé, **vývoj plodu poškozující faktory jsou souhrnně označovány jako teratogenní**. Způsob, jakým mohou působit, lze vymezit v několika bodech:

- Míra účinku teratogenního faktoru závisí na vývojovém období, v němž na plod působí, na délce trvání jeho působení a na dávce tohoto činidla. Účinek teratogenu je nejzávažnější v prvních třech měsících, tj. v embryonální fázi. Později se míra rizika snižuje, resp. je specifitější, méně generalizované.
- Účinek teratogenu ovlivňuje i reakce organismu matky, závisí na její individuální citlivosti na tyto faktory, které mohou, či nemusí působit škodlivě. V těhotenství se tato citlivost obvykle určitým způsobem mění.
- Genotyp embrya určuje jeho individuální vnímavost k různým potenciálně škodlivým vlivům již v počátcích jeho vývoje a ovlivňuje i jeho schopnost toto poškození alespoň do určité míry kompenzovat. To znamená, že může

dojít ke kumulaci znevýhodnění, primárně postižený plod má omezenější schopnosti zvládat různé zátěže.

Postnatální vlivy, které mohou ovlivnit a poškodit psychický vývoj dítěte

V postnatálním období na dítě působí velké množství faktorů různého druhu, které lze shrnout do **komplexu biopsychosociálních vlivů**. Tyto faktory mohou působit na psychický vývoj jedince přímo nebo jej mohou ovlivňovat nepřímo, např. prostřednictvím somatického onemocnění.

3.2.2 Specifičnost působení různých sociálních faktorů

Jednotlivé složky prostředí, zejména sociálního, mohou psychický vývoj dítěte ovlivnit v nestejně míře, protože působí v jednotlivých vývojových fázích odlišným způsobem. Z tohoto hlediska lze diferencovat **vliv určitých sociálních skupin i celkového společenského kontextu**.

Malé sociální skupiny mohou mít na jedince značný vliv, protože působí přímo, prostřednictvím mezilidských kontaktů a vztahů. Mohou být zdrojem zátěžových i protektivních (ochranných) vlivů. Člověka chrání vědomí, že někam patří, že se tam cítí bezpečný, respektovaný a milovaný, a naopak se může cítit ohrožen, pokud je zde negativně hodnocen a odmítán. Význam rodiny je v dětském věku větší než v dospělosti, protože v tomto období je omezena možnost volby prostředí, v němž jedinec žije. Dítě nemůže nevyhovující rodinu změnit nebo opustit. Ve vztahu k vrstevníkům určitá šance na vlastní volbu je, ale ta platí jen v rámci určitého vymezení, např. školní třídy, mimoškolních aktivit a místa bydliště.

Rodina

Rodina je z hlediska rozvoje dětské osobnosti **nejvýznamnější sociální skupinou**. Dítě zde prostřednictvím určitého dospělého, obvykle matky, získává první informace o okolním světě. Materská osoba, resp. později celá rodina je pro dítě nejen **zdrojem jistoty a bezpečí**, ale i **zdrojem informací** o něm samém. Na jejich základě si vytváří určité sebepojetí ovlivněné skutečností, zda je akceptováno a pozitivně hodnoceno, či nikoli. Rodina dítě vychovává a tím je určitým způsobem stimuluje, rozvíjí jeho schopnosti a dovednosti, prezentuje mu určitý hodnotový systém. Dítě všechny tyto informace, přinejmenším v prvních deseti letech, nekriticky přijímá, protože rodiče pro něj představují osobně významnou autoritu. Akceptuje jejich výklad světa i jejich názory a hodnocení.

Jednotliví členové rodiny a vztahy mezi nimi slouží jako **model, který dítě napodobuje, event. se s ním identifikuje**. Pokud jsou vztahy mezi rodiči, resp. dalšími významnými členy rodiny disharmonické, zkreslují jeho

představu o realitě. Pro dítě je rodina důležitým zdrojem informací, které zobecňuje a očekává, že se stejným způsobem budou chovat všichni lidé. V krajním případě může být tato zkušenost traumatizující a může narušit, zejména u nepříznivě disponovaného jedince, jeho psychickou rovnováhu a stimulovat nevhodné chování.

Uspořádání rodinného systému a pozice, jakou v něm dítě zaujímá, také ovlivní jeho další vývoj, resp. adaptaci na jiné sociální prostředí. Rodinný systém může být uspořádán různým způsobem, může postrádat potřebný řád, jasná pravidla i srozumitelnou hierarchii postavení jednotlivých členů. Může být ale i příliš rigidní, neschopný reagovat na vývojově podmíněné změny či individuální potřeby dítěte. Může svou rovnováhu udržovat na úkor jednotlivých členů, může blokovat otevřenou komunikaci a tím i šanci vyjádřit své pocity. Dítě se pro svou závislost a bezbrannost často stává obětí tohoto systému.

Rodina dítěti poskytuje mnoho podnětů, které mohou působit pozitivně i negativně. Všechny jsou velmi důležité, protože vytvářejí primární zkušenost, na níž závisí interpretace i prožívání všech dalších sociálních podnětů. Proto má i z hlediska rozvoje různých psychických poruch největší význam. Partnerský vztah, resp. celé rodinné zázemí **ovlivňuje psychickou pohodu i v dospělosti.** Pokud by rodina chyběla nebo by vztahy v této skupině byly nějak narušeny, stala by se rizikovým faktorem, přispívajícím ke vzniku psychických potíží. (Rozpad rodiny, domácí násilí apod. vždycky představují značnou zátěž.)

Vrstevnícká skupina

Vrstevnícká skupina získává v průběhu dětství čím dál větší vliv. Nárůst jejího významu souvisí s celkovým psychickým vývojem dítěte, jeho osamostatňováním a odpoutáváním z vázanosti na rodinu. Již v předškolním věku a na počátku školní docházky představují vrstevníci důležitou skupinu, jež slouží k rozvoji určitých schopností a dovedností (jiného druhu, než jsou ty, které rozvíjí a posiluje škola nebo rodina) a ke sdílení společných zážitků. **V této skupině dítě nemá své postavení jisté,** musí se umět prosadit, ale zároveň musí umět ostatní získat, aby je byli ochotni akceptovat. Dítě, které je určitým způsobem znevýhodněné, může být vrstevníckou skupinou odmítáno a negativně hodnoceno, může zde získat špatnou pozici, a to ovlivní jeho sebehodnocení i sebeúctu. Nenaučí se s vrstevníky přijatelným způsobem jednat a může si tyto nefunkční způsoby chování zafixovat. V období dospívání se jedinec odpoutává z vázanosti na rodinu a nahrazuje ji **vazbou na vrstevníckou skupinu.** V této době se mění charakter členů skupiny, vytvářejí si vlastní hodnoty a normy, jejichž respektování vyžadují. Protože se zároveň zvyšuje potřeba přijetí touto skupinou, mohou se pod jejím vlivem někteří dospívající začít chovat rizikovým (experimentovat s drogami) nebo sociálně nepřijatelným způsobem (vandalismus).

V dospělosti jsou vztahy s vrstevníky rovněž velmi důležité, jde o komplex sociálních vazeb na úrovni pracoviště, zájmových aktivit, v sou-

sedství apod. Tyto vztahy vytvářejí určitou sociální síť, která může sloužit jako zázemí, event. i jako zdroj pomoci a opory v situaci nouze. Pokud jsou tyto vazby z nějakého důvodu redukovány (např. v důsledku ztráty zaměstnání, mi-grace či onemocnění) nebo jsou nežádoucím způsobem změněny (např. šikana na pracovišti), může snadněji dojít k rozvoji psychické poruchy či onemocnění. Zejména tehdy, pokud by byl dotčený jedinec nepříznivě disponován.

Škola a pracoviště

Škola a pracoviště jsou společenské instituce, které mají svá pravidla, specifickou hierarchii rolí a jasné vymezení jejich obsahu.

- Škola je prostředím, které dítě určitým způsobem stimuluje a rozvíjí. Má své **požadavky a očekávání**, které mohou být pro některé žáky těžko splnitelné. Hodnocení jejich výkonu i chování představuje specifickou zpětnou vazbu, jež může ovlivnit sebehodnocení dítěte. Pro neúspěšné nebo špatně adaptované děti se může stát ohrožujícím, nebo naopak bezvýznamným prostředím (např. tehdy, pokud rodina nepovažuje školní prospěch za podstatný). Důležité jsou i **vztahy mezi učiteli a žáky**, které mohou být oboustranně stresující. Učitel je autoritou, jež má určitou moc (i když objektivně dost omezenou), a proto může dítě různým způsobem ovlivnit.
- Pracoviště je prostředím, kde dospělý člověk zaujímá určité postavení, které má sociální prestiž. Z **profesní role** rovněž vyplývají různé požadavky a očekávání, které by měl zaměstnanec plnit. I ty mohou být subjektivně neuspokojivé nebo nadměrné, mohou se stát zdrojem stresu. Rovněž **kvalita vztahů** mezi nadřízeným a podřízeným, mezi spolupracovníky apod. je různá, může sloužit jako opora, ale i jako zátěž.

Společnost

Zdrojem zkušenosti je také aktuální sociální kontext, společnost, resp. sociální vrstva, k níž člověk patří. Zahrnuje obecný vliv společnosti (projevující se mediálně, socioekonomicky atd.) i konkrétní lokality, kde žije (prostředí malého města působí jinak než velké anonymní sídliště). Společnost se samozřejmě v průběhu času mění, může procházet fázemi zásadních změn, které vytvářejí tzv. **kohortovou zkušenost**. Každý jedinec je ovlivněn charakterem období, v němž prožil své dětství, event. dospělost. Aktuální společenské hodnoty a postoje prezentují **média**. Spoluvytvářejí určitý styl života lidí z této společnosti i jejich názory. Významný vliv má **sociální vrstva**, k níž patří, protože se může vymezovat jinými hodnotami, normami a s tím souvisejícím stylem života. Příkladem je odlišnost důrazu na vzdělání a na ceněný způsob sebeprosazení. Nižší sociální vrstva nepovažuje vzdělání za důležité, resp. dosažitelné, váží si jiných schopností. Pokud by se jednotlivec od tohoto očekávání zásadním způsobem odlišoval, bude vytvářet tlak na jeho přizpůsobení svým

zvyklostem. Tímto způsobem bude ovlivňovat např. vztah k výkonu, k zaměstnání, partnerství či způsobu života.

Veškeré sociální vlivy působí na jedince tak, jak jejich podnětům a požadavkům rozumí, jak si je vysvětluje a jak je prožívá. Důležitým faktorem je proto vždycky aktuální vývojová úroveň (zda jde o dítě, dospělého nebo starého člověka) a jeho předchozí zkušenosti. Psychický vývoj, standardní i patologický, závisí na **kumulaci mnoha různých zkušeností**, tj. na učení. Tyto zkušenosti mohou být velmi rozmanité a mohou ovlivnit rozvoj jednotlivých složek psychiky různým způsobem. Každý jedinec již od svého dětství získává nejen pozitivní, ale i negativní zkušenosti, např. nemůže vždycky uspokojit všechny své potřeby tak, jak by si přál. Musí se **naučit, jak se s různými obtížemi a překážkami vyrovnávat** a jak je překonávat. Tyto podněty mohou být užitečné, protože podněcují aktivitu jedince a tím i jeho rozvoj. Pokud se neděje o zátěže extrémně závažné, je nutné přihlížet i k jejich subjektivnímu hodnocení – mohou mít pro každého jedince trochu jiný význam. Jestliže se subjektivní míra zátěže zvyšuje natolik, že se s ní nedokáže vyrovnat, může působit jako zdroj psychických potíží. (Děje se tak tehdy, když dochází ke kumulaci problémů, pokud trvají příliš dlouho, nebo pokud je na ně člověk citlivější.) V závislosti na dispozicích mohou zátěže diferencovat určité rizikové skupiny, které se nedovedou vyrovnat ani s běžnými požadavky.

3.3 Charakteristika jednotlivých zátěžových situací a jejich působení

Působení různých zátěží může vést k narušení psychické rovnováhy, někdy jen dočasně nebo částečně, což se projeví změnou prožívání, uvažování i chování. Tyto situace lze diferencovat z hlediska jejich závažnosti i možného přínosu k dalšímu vývoji potřebných kompetencí, event. celé osobnosti. Jednotlivé zátěžové situace mohou mít **pro vznik a rozvoj psychických poruch různý význam**. Z hlediska jejich vzniku i možných následků lze rozlišit základní druhy zátěží.

3.3.1 Frustrace

Jako frustrující označujeme situaci, kdy je člověku **znemožněno dosáhnout uspokojení nějaké subjektivně důležité potřeby, ačkoli byl přesvědčen, že tomu tak bude**. Frustrace je neočekávaná ztráta naděje na uspokojení. Tato situace vyvolává prožitek zklamání a stimuluje reakce zaměřené na vyrovnání nepříznivé bilance. Pozitivní očekávání při jejím vzniku hraje důležitou roli, pokud člověk nic dobrého nečeká, nebývá zklamán. Omezení pozitivního očekávání je proto jednou z běžných obranných reakcí. Frustrace může být

překonána prostým odložením uspokojení, posílením vytrvalosti a úsilí, změnou motivu či rezignací. Například dítě může snížit negativní vliv zklamání ze špatné známky odmítnutím jejího významu („na známkách stejně nezáleží“).

Frustrující zkušenost je relativně častá. Nemusí vyvolávat nepřiměřené reakce a může být do určité míry i žádoucí, protože nutí člověka hledat jiná řešení a napomáhá tak rozvoji jeho schopností. Například jedinec, kterému se něco nedaří, bude svými neúspěchy stimulován k většímu úsilí nebo ke hledání nových způsobů, jak se připravovat či trénovat. Nakonečný (1995) upozorňuje na rozdíl mezi vnějšími a vnitřními zdroji frustrace. Člověk může být frustrován jak vnějšími vlivy (např. reakcemi blízkých lidí, neočekávanými překážkami, chyběním zdroje potenciálního uspokojení), tak vlastními zábrany, nepřiměřeně vysokými aspiracemi, nízkým sebehodnocením a slabou sebedůvěrou apod. Výchova dítěte, ale i celý další život spočívá v usměrňování přirozené aktivity, spojené s omezováním bezprostředního uspokojování potřeb, resp. tlakem na sociálně žádoucí způsoby jejich uspokojování, a proto často přináší frustrující zkušenosti. To, zda je jedinec zpracovává pozitivně a využije jich pro svůj další rozvoj, záleží na celkovém emočním klimatu, ale i na tom, zda se mu jeví srozumitelné, předvídatelné a zvládnutelné.

3.3.2 Konflikt

Konflikt rovněž patří mezi běžné potíže, s nimiž se každý člověk v životě opakovaně setkává. Subjektivně významným, event. patogenním činitelem se stává teprve tehdy, jestliže je skutečně závažný, trvá příliš dlouho, zahrnuje osobně důležitou oblast a pokud jej člověk není schopen řešit. Z psychopatologického hlediska mohou být významné vnitřní konflikty. Ty se odehrávají (pokud nebyly vytěsněny) ve vědomí jedince a znamenají **střetnutí dvou vzájemně neslučitelných, přibližně stejně silných tendencí**. Běžným příkladem může být rozpor protichůdného tlaku vědomí povinnosti a tendence k aktuálnímu uspokojení. Intenzita konfliktu závisí na subjektivním, emočním i racionálním zpracování obou motivů. Významným vnitřním konfliktem se může stát neslučitelnost přání týraného dítěte vyhnout se bolesti a jeho potřeby kontaktu s rodiči, kteří je bijí. Tento typ konfliktů je např. považován za důležitou příčinu vzniku psychosomatických potíží (viz s. 109).

Konflikty a frustrace patří mezi **denní mrzutosti** (daily hassles). Obvykle sice ruší celkový pocit pohody, ale samy o sobě nepředstavují závažnější zátěžové faktory. Mohou se jimi stát jen tehdy, jestliže by došlo k jejich nadměrné kumulaci, event. pokud by byly jako závažné subjektivně prožívány. Za určitých okolností může opakovaná frustrující zkušenost či dlouhodobý a nevládnutý konflikt působit jako stresující faktor.

3.3.3 Stres

Pojem stres (napětí, zátěž) poprvé použil pro označení charakteristických fyziologických projevů, jimiž organismus reaguje na různé zátěže, kanadský endokrinolog Selye. Stres je podle něj „sumou všech adaptačních reakcí biologického systému, které byly spuštěny nespecifickou noxou“ (Schettler a kol., 1993, s. 610). Termín stres má v současnosti mnohem širší použití, označuje se jím např. i zátěžová situace nebo stav individua (Nakonečný, 1995). Z **psychologického hlediska** lze stres chápat jako **stav nadměrného zatížení či ohrožení**. Psychologické pojetí stresu je tedy širší než pojetí biomedicínské.

Stres nemusí mít vždycky jen negativní význam. Přiměřená míra, resp. určitá varianta stresu, může člověka také aktivizovat, stimulovat jej k hledání účelného řešení situace a tím rozvíjet jeho kompetence. Vyhledávání stresových situací může být dokonce i úmyslné, protože navozují pro někoho příjemné pocity, dané vyplavením endorfinů do mozku. Tato tendence se projevuje potřebou extrémních sportů, přetěžováním nadměrnými výkony apod. Překonání zátěže podporuje pocit růstu vlastních možností a posiluje sebedůvěru.

Charakteristické znaky stresových situací

Charakteristické znaky negativně prožívaných stresových situací lze shrnout do několika bodů (volně podle Atkinsonové a kol., 1995):

- **Pocit neovlivnitelnosti situace.** Člověk vnímá s větší pravděpodobností určitou situaci jako stresovou, když je přesvědčen, že nelze zabránit tomu, aby vznikla. Přesvědčení, že můžeme průběh událostí nějak ovlivnit, snižuje prožitek stresu.
- **Pocit nepředvídatelnosti vzniku stresové situace.** Nemožnost odhadnout, kdy by tato situace mohla vzniknout, a tudíž se na ni nelze připravit, zvyšuje pocit intenzity stresu. Takto může působit i obava z opakování přírodní katastrofy, např. nových záplav.
- **Pocit nevládnutelnosti situace,** která klade subjektivně nepřiměřené nároky. Například člověk není schopen zvládnout požadavky určitého zaměstnání nebo je přesvědčen, že se nemůže ubránit šikaně, které je na pracovišti vystaven. Za subjektivně neřešitelné mohou být považovány i některé vnitřní konflikty, např. dítě trpí nevhodným chováním otce-alkoholika, ale zároveň by rádo získalo jeho lásku.
- **Nepříjemný tlak okolností vyžadujících příliš mnoho změn.** Vyvolává pocit dezorientace, zásadní změna životních zvyklostí klade velké nároky na adaptaci a znehodnocuje význam dosud fungujících strategií chování. Takovou situací je např. přechod do jiného typu školy, úraz či rozpad rodiny.

Fáze reakce na stres

Reakce na stres je procesem, který probíhá ve třech fázích, zachycujících postupné zvládnání této situace (Rahe, 1995):

1. **Fáze aktivace obranných reakcí a uvědomění zátěže.** Reakcí na zátěž je aktivace obranných reakcí, fyziologických i psychických. Z biologického hlediska každý takový podnět vyvolává kromě specifické reakce i nespecifickou humorální odezvu. Tato nespecifická reakce může mít různou intenzitu, ale má stejný charakter, bez ohledu na kvalitu zátěže. Podle Selyeho se nazývá poplachová reakce a je první fází adaptace. **Aktivace fyziologické reakce** probíhá postupně:

- První reakce je zahájena reflexně, to znamená, že funguje automaticky, bez ohledu na názor a rozhodnutí člověka. Nervovou cestou je podrážděn sympatikus a humorální odezvou je vyplavení katecholaminů (adrenalinu a noradrenalinu). Katecholaminy jsou neurotransmitery, které zvyšují krevní tlak, zrychlují srdeční funkci, regulují oběh ve prospěch vitálně nejdůležitějších orgánů. Podílejí se na aktivaci energetických systémů.
- Následně se aktivuje hypotalamo-hypofyzo-adrenální osa a vyplavují se hormony hypofýzy (zejména adrenokortikotropní hormon, ACTH) a nadledvin (glukokortikoidy a mineralokortikoidy). Organismus aktivuje energetické zdroje a získává energii z cukru a bílkovin.
- Nakonec se aktivují depotní tuky jako energetický zdroj. Vznikají změny vnitřního prostředí navozené katabolismem. Celý tento proces má za cíl aktivizovat energii, která by mohla být použita při zvládnání zátěže.

Psychická reakce začíná interpretací určité situace jako stresující. K tomu dochází teprve tehdy, když vyvolává silně negativní pocity, tj. když je takto prožívána. Způsob hodnocení dané situace závisí na zkušenosti jedince, jeho aktuálním stavu, schopnostech, ale i na podpoře, kterou má. Pokud by byl přesvědčen, že zátěž snadno zvládne, nedošlo by k navození pocitu stresu.

- Prožitek stresu je spojen se **změnou emočního prožívání**, typickou reakcí je úzkost, pocity napětí a obavy z nějakého, blíže neurčitěho ohrožení, objevuje se hněv a vztek, který aktivizuje různé reakce, někdy i agresivního charakteru. Výjimkou není ani prožitek smutku a deprese jako reakce na přesvědčení o neřešitelnosti situace, může převládnout apatie a tendence na jakékoli řešení rezignovat.
- Dochází ke **změně kognitivních funkcí**, působení zátěžové situace může měnit způsob uvažování. Důležitý je způsob jejího posuzování, jakou míru závažnosti jí člověk přičítá. Pocit ohrožení ovlivňuje zpracování informací a jejich hodnocení, uvažování ve stresu může být zkratkovitější a pesimističtější, zhoršuje se koncentrace pozornosti, rušivě mohou působit různé asociace a vtíravé myšlenky vyvolané touto situací.

- **Zátěž aktivizuje psychické obranné reakce**, které mohou být individuálně specifické. Jejich smyslem je zachování, resp. znovuzískání psychické rovnováhy jedince. Kromě nevědomých obranných reakcí mohou přispět k dosažení rovnováhy i vědomé strategie zvládnání, tj. coping.

2. **Fáze hledání účelných strategií**, které by mohly vést ke zvládnutí, event. přispěly alespoň ke zmírnění účinků stresu. Důležité je, do jaké míry si člověk uchovává pocit kontroly nad situací, zda si myslí, že ji může nějak ovlivnit. Jestliže zátěž zvládne, event. pokud se situace změní, jeho psychické i fyziologické funkce se vracejí do normálního stavu. Pokud se zátěž dlouhodobě zvládnout nedaří, nastupuje další fáze.
3. **Fáze rozvoje stresem podmíněných poruch**. Vznik takových potíží lze chápat jako projev selhání obranných reakcí. Už nejde jen o akutní potíže, ale o závažnější a trvalejší problémy. Typickým příkladem mohou být psychosomatické poruchy (viz s. 106).

Způsob zvládnutí stresu, resp. míra vyrovnání s takovou situací, rovněž funguje jako zkušenost ovlivňující budoucí reagování na podobné situace. Pokud by člověk selhal, vytváří tato zkušenost nepříznivý základ. Mnohé stresující situace mohou být zcela zbytečné a lze se jim vyhnout. Například nemá smysl klást si nepřiměřené cíle. Ale i to je třeba se naučit.

3.3.4 Trauma

Psychické trauma lze definovat jako **náhle vzniklou situaci**, která má pro jedince výrazně negativní význam, **vede k určitému poškození nebo ztrátě**. Projeví se především potížemi v emoční oblasti, traumatizovaný člověk ztrácí pocit jistoty a bezpečí, prožívá úzkost, která je vyjádřením jeho obav do budoucnosti, i smutek, jež lze chápat jako truchlení nad ztrátou něčeho důležitého. Trauma ovlivňuje rovněž uvažování takto postiženého jedince, narušuje jeho objektivitu. Může se stát nekritickým a nesoudným, ovlivněným především svými citovými prožitky. Uvedené změny se projeví i v chování, které bude zaměřeno na únik před další potenciální traumatizací (člověk se bude izolovat), nebo bude útočné a agresivní. Traumatizace může být jednorázová i opakovaná, v každém případě se může celková změna životní situace takto postiženého jedince stát zdrojem stresu. (Porucha, která v důsledku toho může vzniknout, je označována jako **posttraumatická stresová porucha**.) Stresující může být nejen pocit ztráty, již člověk utrpěl, ale i změna jeho sociálního postavení, chování okolí apod. Trauma vyvolává podobnou fyziologickou reakci jako stres, rozdíl je především v počáteční fázi, kdy se obvykle objevuje šok. Postupné uvědomění situace je doprovázeno různými psychickými reakcemi, které lze chápat jako subjektivně specifický způsob jejího zpracování.

3.3.5 Krize

Psychická krize se objevuje jako **narušení psychické rovnováhy** v důsledku náhlého vyhocení situace, dlouhodobé kumulace či situačního nárůstu problémů. Jejím typickým znakem je **selhání adaptačních mechanismů**, dosud užívané způsoby přestaly být funkční, a člověk musí hledat jiné. Krize vyjadřuje existenci aktuálně nezvládnutelného problému. Lze ji chápat i jako **podnět k nutné změně**. Takový význam mají různé vývojové krize, které se objevují při přechodu z jedné vývojové fáze do další, zejména pokud dochází k zásadnější změně (jak tomu bývá např. v období dospívání). Příkladem krize může být vyhocení konfliktů v rodině s následnou zkratkovou reakcí, např. útekem dítěte z domova.

Stav psychické krize je doprovázen **negativními citovými prožitky**, narušením pocitu jistoty a bezpečí, objevuje se silná tenze, úzkost, zoufalství a beznaděj. **Mění se uvažování** a hodnocení této situace. Člověk má pocit ochromení, bezmocnosti, bezradnosti a neschopnosti ji zvládnout. Může být silně emocionálně ovlivněn, stává se více sugestibilním, jeho úvahy mohou být zkratkovité a neadekvátní. V důsledku toho se mění i jednání, které rovněž může být méně přiměřené, buď je inhibované a utlumené, nebo má charakter afektivního výbuchu, impulzivní a zkratkové reakce (Klimpl, 1998). Subjektivní pocit nadměrné kumulace různých zátěží zvyšuje náchylnost ke krizi.

Reakce na psychickou krizi a její zpracování probíhá rovněž v určitých fázích, které jsou podobné jako reakce na stres. Krizi lze chápat jako vyhocení stresové situace, je signálem, že dosud používané způsoby reagování nejsou dostatečně efektivní, a proto je třeba hledat nové. Zvládnutí krize spočívá v přehodnocení této situace a nalezení účelnějších způsobů jednání. Z tohoto hlediska může mít krize i pozitivní význam, protože přispěje k rozvoji jedince, např. k jeho osamostatnění. Každé řešení krize ovšem pozitivní být nemusí, takovou variantou je např. únik pomocí užívání psychoaktivních látek, které povedou k dalším problémům.

3.3.6 Deprivace

Deprivace je stav, kdy některá z **objektivně významných potřeb, biologických či psychických, není uspokojována v dostatečné míře, přiměřeným způsobem a po dostatečně dlouhou dobu**. Deprivační zkušenost patří k nejzávažnějším zátěžovým vlivům, může nepříznivě ovlivnit jak aktuální psychický stav jedince, tak jeho psychický vývoj. Patogenní význam deprivace je závislý na období, kdy člověk takto strádá. Ve vztahu k vývojově podmíněnému významu různých psychických potřeb lze mluvit o fázích zvýšené citlivosti k určitému typu deprivace. Například v raném věku jsou důsledky citového strádání větší než v pozdějším období. Závažná a dlouhotrvající deprivace může vést k narušení psychického vývoje, k nerovnoměrnému

rozvoji některých složek osobnosti či ke **vzniku specifických psychických odchylek**. Podle oblasti strádání lze rozlišit různé typy deprivace:

- **Deprivace v oblasti biologických potřeb** (nedostatek jídla, spánku atd.) ohrožuje tělesné i duševní zdraví a při dlouhodobějším trvání může vést k závažnému poškození, nebo dokonce k úmrtí. Tímto způsobem mohou strádat např. týrané a zanedbávané děti.
- **Podnětová deprivace**. Člověk může strádat v oblasti stimulace, to znamená, že mu chybí žádoucí množství a variabilita různých podnětů. Příčinou tohoto nedostatku může být špatně fungující a zanedbávající rodina, ale i zdravotní postižení, které nemocnému brání různé podněty získat a adekvátně zpracovat. Tímto nedostatkem trpí např. smyslově nebo pohybově postižení lidé.
- **Kognitivní deprivace**. Výchovné a výukové zanedbávání může vést k deprivaci v oblasti potřeby učení. Dítě, které je zanedbáváno, se za těchto okolností nemůže dobře rozvíjet, protože nemá dostatečnou příležitost k učení. Může se pak jevit jako mentálně postižené, ačkoli mu chybí pouze potřebná zkušenost.
- **Citová deprivace** vzniká v důsledku neuspokojení potřeby spolehlivého a jistého citového vztahu s matkou, event. jinou osobou. Citové strádání může podstatným způsobem ovlivnit celkový rozvoj osobnosti dítěte, jeho vztah k ostatním lidem i k sobě samému.
- **Sociální deprivace** je důsledkem omezení přiměřených kontaktů s lidmi. Tímto způsobem mohou strádat např. lidé chronicky nemocní nebo postižení. K jejímu vzniku může přispět i tendence příbuzných tyto jedince izolovat a neumožnit jim setkat se s nikým jiným kromě členů rodiny.

3.4 Protektivní faktory a mechanismy zvládnání zátěžových situací

Obecná míra odolnosti vůči zátěžovým situacím bývá označována jako frustrační tolerance. V novější literatuře je častěji používán termín **hardiness** (tj. pevnost, tvrdost), který lze chápat jako vyjádření stupně odolnosti, a termín **resilience** (neboli houževnatost a nezdolnost), který můžeme interpretovat jako schopnost odolávat v průběhu času. Celkově jde o **komplex protektivních faktorů**, jež člověku pomáhají zvládnout nepříznivé události a přečkat je při zachované duševní rovnováze. Je to schopnost vyrovnávat se s náročnými životními situacemi bez nepřiměřených, maladaptivních reakcí, využívat všech pozitivních možností, vynakládat úsilí na překonávání potíží, spojená s dostatečnou sebedůvěrou v tyto schopnosti, v možnost najít přijatelné řešení. Je možné jej vyjádřit i pomocí míry zátěže, jakou člověk dokáže bez větších problémů zvládnout. Frustrační tolerance se u různých lidí nerozvíjí stejným způsobem. Z tohoto hlediska je důležité:

- jak jedinec zátěžové situace **hodnotí a interpretuje** jejich význam, zda je považuje za ohrožující;
- **jak je prožívá**, jaké emoční reakce vyvolávají, zda převáží úzkost a strach, či dokonce pocit bezmocnosti, nebo pozitivní ladění, optimismus a důvěra ve zlepšení situace;
- zda si dokáže udržet **kontrolu nad situací**, zda je přesvědčen, že ji může zvládnout, ať už sám, nebo s pomocí ostatních atd., tj. zda je schopen chápat zátěž jako výzvu;
- **zda jej zátěž aktivizuje** ve smyslu hledání účelných způsobů jejího řešení, nebo paralyzuje a vede k rezignaci;
- zda je dostatečně **flexibilní** a dovede zapomenout na nepříjemné zážitky, zda se dokáže zotavit po traumatické zkušenosti a zbytečně neulpívá na neúčelném způsobu reagování;
- odolnost vůči zátěžím zahrnuje i **schopnost využít všech pozitivních podnětů**, které se nabízejí, především schopnost udržet sociální kontakty a přijmout nabízenou pomoc, ale je to dokonce i schopnost o problému komunikovat.

Protektivní faktory zahrnují i dostupnou sociální oporu, která může mít různý charakter (jde např. o podporu rodiny, přátel, partnera či širší sociální síť, zahrnující i pomoc profesionálů). V zásadě jde o to, aby vůbec nějaká opora tohoto druhu byla k dispozici a aby ji ohrožený jedinec dokázal rozeznat, přijmout a využít. Její chybění bývá jak příčinou, tak následkem různých psychických problémů. Lidé, kteří jsou nějak nestandardní, kupř. z důvodů vrozených dispozic či kumulace různých znevýhodnění, bývají častěji osamělí či vyloučení ze společenství malých sociálních skupin, jako je např. rodina.

Míra odolnosti vůči zátěžím

Míra odolnosti vůči zátěžím závisí na vrozených předpokladech, na dosažené vývojové úrovni, individuálních zkušenostech i celkovém aktuálním stavu:

- Vrozené předpoklady. **Geneticky podmíněné** mohou být i protektivní faktory, do této kategorie patří např. celková stabilita organismu, emoční vyrovnanost, flexibilita reagování na různé situace, schopnost relaxovat a rychle se zotavit.
- Kumulace odlišných zkušeností. Odolnost lze pozitivně ovlivňovat na úrovni **učení**, rozvojem účelných způsobů zvládnání obtíží. Zátěžové situace stimuluji hledání různých způsobů, které by mohly vést k jejich zvládnutí, resp. ke zlepšení aktuální situace. Jejich význam spočívá v aktivizaci adaptačních mechanismů, v rozvoji účelnějšího chování. Nemusí jít jen o vědomá řešení, ale i o neuvědomělé obranné reakce.
- Způsob, jakým člověk reaguje na zátěžové situace, vychází z jeho **individuálních zkušeností**. Jestliže se určitá varianta osvědčila, zafixuje se a člověk má tendenci ji opakovat. Stane se základem jeho strategie zvládnání

obtíží, která má trvalejší charakter. Takto se může např. naučit, vždycky když je v nouzi, hledat podporu a pomoc u jiných lidí, nebo hledat únik v alkoholu.

- Volbu určité strategie zvládání zátěžových situací ovlivňuje i **sociokulturní norma**, protože každá společnost některé způsoby preferuje a jiné odmítá. To se může projevit rozdílným hodnocením aktivních a asertivních způsobů reagování ve srovnání se spíše pasivní a rezignujícími strategií.

3.4.1 Obranné reakce

Různé způsoby vyrovnání se zátěží, resp. obranné reakce, vycházejí ze dvou základních, fylogeneticky starých mechanismů, kterými jsou útok a únik. Jejich cílem je udržení, resp. znovuzískání psychické pohody a rovnováhy.

Útok

Útok je aktivní variantou, vyjadřuje **tendenci s ohrožující a nepřijatelnou situací bojovat**. Člověk může zaútočit přímo na předpokládaný zdroj ohrožení, nebo se zaměřit na náhradní objekt. **Agrese** může být obrácena i vůči sobě samému, může se projevit verbálním sebeobviňováním, v krajním případě až sebevražednými tendencemi. Dispozice k agresivnímu chování jsou vrozené, geneticky podmíněné, ale mohou se rozvíjet i prostřednictvím učení. Významnou funkci má jeho efektivita, tj. zda vede k žádoucímu účinku. Důležitá je rovněž tolerance společnosti k agresivním projevům. Obecné tendence k agresii se nemusí projevit jen negativně – porušováním sociálních norem a omezováním či poškozováním jiných lidí. Její pozitivní, socializovaná varianta může mít charakter **asertivity**, tj. schopnosti sebeprosazení, realizace vlastních plánů a uspokojení potřeb v rámci platných norem. S preferencí útočné strategie souvisí i sklon ke zvýšené aktivitě, jež s řešením aktuálního problému souvisí. Například odmítané dítě usilovně hledá nějakého kamaráda a zaměřuje k tomu cíli veškerou energii, i když způsoby, které používá, jeho vrstevníky spíše odrazují.

Do této kategorie by bylo možné zařadit i tendence k upoutávání pozornosti, k sebeprosazení, např. odlišným a nápadným chováním či úpravou zevnějšku. Tento mechanismus je popisován jako reakce na zkušenost citové deprivace, kdy určitý typ dětí reaguje tak, aby vyvolal alespoň negativní emoce, když už nemůže vyvolat pozitivní. Matějček upozorňuje na smysl provokujícího sociálního chování citově strádajících dětí, které „chtějí dostat alespoň pohledek, když už nemohou dostat pohlázení“.

Únik

Únik z tíživé situace je opačnou variantou řešení, vyjadřuje **tendenci utéci ze situace**, která se zdá neřešitelná. Způsob, jakým lze uniknout před problémy,

může být různý: může jít o faktický útek, přenesení odpovědnosti za řešení na jiného člověka nebo o rezignaci na uspokojení. Tendence řešit problém únikem se může projevit jak na úrovni interpretace samotného problému (který nechceme vidět, popíráme jeho existenci), tak na úrovni přístupu k tomuto problému.

Coping

Způsoby vyrovnávání se zátěžovými situacemi lze diferencovat podle toho, zda jsou vědomé či neuvědomované. Mezi oběma uvedenými variantami existuje plynulý přechod, člověk může zároveň reagovat různými způsoby.

Coping, tj. zvládání zátěžové situace, je vědomou volbou určité strategie. Tato volba je závislá na hodnocení dané situace i posouzení vlastních možností. Z toho vyplývá zaměření na určitý cíl, kterým by mělo být dosažení možné pozitivní změny a tolerance, resp. smíření s tím, co změnit nelze, při zachování psychické rovnováhy a pozitivního obrazu sebe samého. Smyslem copingu je zlepšení celkové bilance, ať už k němu dojde v důsledku změny situace nebo změny postoje, hodnocení a prožívání problémové situace. Vzhledem k tomuto vymezení je možné rozlišovat dva přístupy k řešení:

- **Coping zaměřený na řešení problému.** Tato strategie vyplývá z představy, že problém je možné řešit a že jedinec je schopen takového cíle dosáhnout. Pokud si člověk zvolí tuto strategii, resp. pokud to dokáže, obvykle zátěž i lépe zvládne. Do této kategorie mohou patřit různé alternativy: úsilí o samostatnost při jejím řešení, hledání faktické pomoci nebo jen symbolické podpory, která může být vyjádřena souhlasem s jeho jednáním a potvrzením jeho účelnosti.

Schopnost identifikovat, přijmout a využívat sociální oporu je velmi důležitým protektivním faktorem. Může člověku ulehčit v jeho tíživé situaci, ať už jde o její sdílení, ocenění jeho aktivity, či faktickou pomoc. Důležité je, že se necítí s problémem sám, účinná může být i skutečnost, že si někdo všimne jeho potíží a vyjádří mu účast.

Někdy je dosažitelné jen limitované řešení, člověk se může např. zaměřit pouze na zlepšení aktuální situace a není schopen brát v úvahu eventuální budoucí potíže, které z jeho volby vyplývají. Tento postoj vyjadřuje přesvědčení o obtížnosti, či dokonce nedosažitelnosti účelnějšího způsobu. Ani v tomto případě nemusí vždycky jít o negativní variantu, koncentrace na přítomnost např. závažně nemocnému určitým způsobem pomáhá.

- **Coping zaměřený na udržení přijatelné subjektivní pohody**, na uchování psychické rovnováhy a redukci negativních zážitků. Tato strategie vychází z představy, že problém není možné řešit, a proto je nutné k němu přistupovat jinak, např. se s ním smířit. Řešení spočívá ve změně postoje, v nalezení dostupné a přitom vyhovující interpretace a z toho vyplývajícího přístupu. Například ztrátu něčeho osobně významného nelze změnit, je třeba se s ní naučit žít. **Smíření se situací** není vždycky negativním

řešením. Vzdání se toho, co je nedosažitelné, vede k vyrovnání, protože teprve pak lze hledat jiné uspokojení či smysl života. Specifickou variantou je **sebeznevýhodňující strategie** (self-handicapping strategy), jejímž smyslem je vyhnout se pomocí předem vyloučené možnosti pozitivního řešení nepříjemnému prožitku selhání (resp. i nepříjemnému očekávání). Nevýhodou této strategie je zbytečná rezignace, omezení úsilí, ale i reálně vyšší pravděpodobnost neúspěchu, s nímž se jedinec předem smířil (Mareš, 2001). Tato strategie se často vyskytuje u nejistých, úzkostných lidí, bývá součástí syndromu naučené bezmocnosti.

Preference určité strategie závisí na vrozených dispozicích (předpokládá se, že ze 30 %), ale i na zkušenostech s jejich efektivitou (Taylor, 1995; Krivohlavý, 2002). Dospělý člověk velmi často užívá obou uvedených variant.

Obranné reakce, které nejsou plně uvědomované

Obranné reakce, které nejsou plně uvědomované, mají podobný význam. Jednotlivé obranné reakce se liší mírou zkreslení skutečnosti a způsobem, jakým člověk s touto informací naloží, tj. jaký k ní zaujme postoj, jak se bude v důsledku toho chovat (Balcar, 1983). Lze je rozlišovat i podle toho, jak jsou účinné, resp. do jaké míry pomáhají k vyrovnání s danou zátěží, či naopak. Andrews a jeho spolupracovníci (1993) diferencovali zralé obranné reakce (např. sublimace, humor či předjímání a zaměření do budoucnosti) a nezralé formy obran (jako je např. projekce, izolace, popření, racionalizace či somatizace).

- **Popření.** Člověk se brání tím, že přijímá jen takové informace, které pro něho nejsou ohrožující, resp. nepříjemné. Například popírá svou chorobu a chová se stále stejně, jako by byl pořád zdravý, nechce o ní vůbec mluvit a ani na ni myslet. Skutečnost, která by pro něho byla traumatická, neakceptuje.
- **Potlačení a vytěsnění** fungují spíše v oblasti vlastního vědomí. Jedinec má tendenci zbavit se pocitů, pohnutek a myšlenek, které jsou subjektivně nepříjemné. Vytěsňovány jsou např. traumatizující zážitky. Vytěsněné obsahy vědomí se projevují i nadále, ale již v zastřené, pozměněné podobě, v níž nevyvolávají tak intenzivní pocity ohrožení. Tímto způsobem může být např. zpracováno trauma oběti nějakého násilí.
- Obrannou funkci může mít rovněž **fantazie**, která pomáhá nahradit nesnesitelné zážitky jinými, jež jsou uspokojující, přestože nejsou reálné. Takový význam má i **pseudologia phantastica**, bájeví lhavost, kdy si neuspokojené dítě vytváří příběhy, které kompenzují jeho problémy (má v nich atraktivní roli, je statečné, úspěšné, oblíbené, milované apod., přestože ve skutečnosti tomu tak není).
- **Racionalizace** představuje pokus o zvládnutí zátěžové situace jejím zdánlivě logickým přehodnocením. Umožňuje zastření tíživých problémů jejich přijatelnějším, i když ne zcela přesným a správným způsobem výkladu.

Racionalizace poskytne subjektivně uspokojující vysvětlení nějaké tíživé a ohrožující situace. Například školsky neúspěšné dítě vysvětluje své selhání neschopností učitelů („nedovede nám to dobře vysvětlit, nic nenaučí“), jejich nespravedlností a zaměřením proti němu. Bájevá lhavost vytváří nový, nepravdivý příběh, racionalizace zkrusluje příběh skutečný.

- **Sublimace** představuje transformaci nedostupného způsobu uspokojení v jiný, který je dostupný a přijatelný. Například neuspokojená sexuální potřeba se uvolňuje pomocí jiné aktivity, kupř. umělecké, ale i jiné.
- **Regrese** je únikem na vývojově nižší úroveň chování, obvykle vyjadřuje odmítnutí samostatnosti a větší potřebu závislosti na podpoře okolí. Regrese může přinést aktuální úlevu a pomoci k dočasnému vyrovnání se situací. Pokud by se zafixovala jako trvalejší postoj, mohla by mít problematictější důsledky jak v oblasti sociálního chování, tak pro další rozvoj osobnosti daného jedince. K regresivním projevům dochází např. při těžké somatické chorobě, objevuje se jako reakce na prožitek traumatu. Postižený jedinec touží být ochraňován jako malé dítě. Upíná se na nějakou autoritu, která by mu mohla pomoci, a může se na ní stát až nepřiměřeně závislým.
- **Identifikace** je pokusem o posílení vlastní hodnoty ztotožněním s někým, koho lze obdivovat. Člověk si za těchto okolností připisuje žádoucí vlastnosti a úspěchy této osoby či skupiny. Identifikace posiluje sebevědomí, snižuje pocity nejistoty a méněcennosti. Může být výrazem přechodné či zásadnější neschopnosti vytvořit si přiměřenou individuální identitu. Důsledky identifikace nemusí být vždycky pozitivní. Obdivovaná skupina nebo osobnost, s níž se frustrovaný jedinec ztotožňuje, jej může vést k experimentaci s drogami, k asociální činnosti apod. Příkladem jsou agresivní skupiny fanoušků různých sportovních klubů, hnutí skinheads apod. Silná identifikace vede k pouhé nápodobě někoho jiného a omezuje rozvoj vlastní osobnosti.
- **Substituce** znamená náhradu jednoho nedosažitelného uspokojení jiným, jež se jeví jako dostupné. Hledání náhradního cíle je obvyklou reakcí na překážku, která je považována za nepřekonatelnou. Tento přesun pravděpodobně zcela neodstraní pocit frustrace, ale přispěje ke snížení intenzity zklamání a učiní situaci alespoň snesitelnou. Například dospívající, který není sociálně akceptován svou rodinou ani spolužáky ve třídě, hledá náhradní uspokojení v problematické partě, kde se konečně může uplatnit. Mnohdy mu tato skupina sice ve všem nevyhovuje (např. proto, že se musí zcela podříditi vůdci, krást, fetovat), ale na druhé straně saturuje jeho potřebu někam patřit a být někým přijímán. Náhradní cíl nemusí být sociálně žádoucí, může být jen snadno dosažitelný. Nakonečný (1995) připomíná dost běžnou symbolickou substituci, kdy k náhradnímu uspokojení slouží hromadění věcí či peněz.
- **Projekce** se projevuje tendencí promítat své vlastní obavy či názory do jednání jiných lidí. Často jde o přisuzování vlastních chyb druhým, resp. očekávání takového chování, k němuž má člověk sám sklony (např. k nespolehlivosti).

- **Rezignace** obvykle bývá reakcí na dlouhodobou zátěžovou situaci, kdy se jedinec něčeho předem vzdává, protože to považuje za nedosažitelné. Vyjadřuje bezmocnost, pasivitu a apatii. Její obranný efekt spočívá v tom, že když člověk nic neočekává, nemůže být zklamán. Rezignace bývá součástí prožívání chronického onemocnění nebo trvalého postižení. Podobným řešením je izolace, kdy se člověk vyhýbá kontaktu se svým okolím, protože je mu nepříjemný, event. jej něčím traumatizuje. Tendence k izolaci zpravidla vyjadřuje jak nevyrovnanost se situací, tak neschopnost reagovat jinak (větší únavu, vyčerpanost apod.). Často takto jednají např. oběti násilí, které se v důsledku svých negativních zkušeností distancují od ostatních lidí.

SHRNUTÍ

Psychické odchylky a poruchy mohou být geneticky podmíněné, ale mohou k nim přispívat i vnější vlivy, tj. prostředí; obvykle jsou důsledkem interakce dědičných dispozic a vnějších faktorů. Jednotlivé zátěžové situace mohou mít různý subjektivní význam, některé může jedinec úspěšně zvládat, jiné budou přispívat ke vzniku psychických, případně psychosomatických poruch. Patogenní význam má především nadměrný stres nebo dlouhotrvající deprivace. Každý jedinec má různou míru odolnosti vůči zátěžím a vyrovnává se s nimi individuálně typickým způsobem. Volba reakce na zátěž nemusí být vždycky uvědomovaná.

KLÍČOVÁ SLOVA

dědičnost, typ dědičnosti, genotyp, fenotyp, centrální nervový systém (CNS), vývoj CNS, funkční systémy mozku, prostředí, sociální prostředí,

sociální skupina, společnost, zátěžová situace, frustrace, konflikt, stres, trauma, krize, deprivace, protektivní faktory, obranné reakce, útok, únik, coping

Stručný přehled poruch jednotlivých psychických funkcí

Odchytky jednotlivých psychických funkcí, event. komplexnějšího projevu jsou chápány jako symptomy, tj. příznaky různých duševních chorob či poruch. Mohou se vyskytovat v různých kombinacích a zpravidla nejen u jednoho typu onemocnění. Vytvářejí určitá spojení, která jsou pro daný chorobný stav typická.

4.1 Poruchy vědomí a pozornosti

V psychologii, resp. psychopatologii je pojem vědomí užíván jako označení pro míru bdělosti a schopnosti přijímat podněty, uvědomovat si je a reagovat na ně. Vědomí je bazální funkcí, která umožňuje vznik ostatních psychických projevů, jako je vnímání, myšlení, prožívání atd. Pro stav bdělosti je nezbytné fungování mnoha mozkových struktur a jejich spojení. Za nejdůležitější je z tohoto hlediska považována retikulární formace a její aferentní dráhy vedoucí do kůry, významná je i funkce talamu a jeho spojení (Zvolský, 2001).

4.1.1 Kvantitativní poruchy vědomí

Kvantitativní poruchy vědomí se projevují celkovým poklesem bdělosti (vigility), která je jeho nezbytnou podmínkou, a s tím související schopnosti přiměřeně reagovat. Pokles bdělosti může dosáhnout různého stupně:

- **Somnolence** je stav snížené bdělosti, ospalosti, omezené pozornosti a pohotovosti reagovat. Může být projevem celkové únavy či účinku psychoaktivních látek.
- **Sopor** je stav, kdy lze člověka probudit jen obtížně, pouze intenzivními opakovanými podněty, a na kratší dobu, poté opět usíná. Tento stav může vzniknout např. jako důsledek úrazu či intoxikace.
- **Kóma** je stav bezvědomí, kdy vyhasínají základní reflexy, jedince nelze probudit ani silnými podněty. Hloubka bezvědomí se hodnotí neurologickým vyšetřením. Může jít např. o důsledek závažného úrazu spojeného se zhmožděním mozku.

4.1.2 Kvalitativní poruchy vědomí

Kvalitativní poruchy vědomí jsou charakteristické zachovanou bdělostí spojenou s poruchou některých psychických funkcí, která se projeví např. změnou jasnosti uvědomování si (lucidity), celkovou či částečnou dezorientací, narušeným vnímáním, prožíváním i uvažováním, zmatením v oblasti paměti a ztrátou kontroly nad vlastním reagováním. Logickým důsledkem tohoto stavu bývá nepřiměřené chování. Podle délky trvání a celkového průběhu se rozlišuje:

- **Delirium**, stav zmatenosti, vzniká na bázi organického poškození mozku. Projevuje se narušením pozornosti, vnímání a uvažování, nemocný je dezorientován i ve vlastních prožitcích, mohou se objevit halucinace. Psychomotorická aktivita bývá změněna, může být zvýšená (pacient je neklidný) nebo snižená (pacient je utlumený). Na průběh deliria si nepamatuje, neví, co dělal. Nejznámějším příkladem je *delirium tremens*, které se objevuje u chronických alkoholiků.
- **Mráкотný stav** (obnubilace) je charakteristický náhlým začátkem a náhlým koncem. Průběh bývá různý, nemocný může být aktivní, ale i strnulý. Je dezorientován, své chování nekontroluje a ani si je nepamatuje. Vyskytuje se např. po úrazu hlavy nebo u určité formy epilepsie.

4.1.3 Poruchy pozornosti

Nezbytnou podmínkou přijatelného uplatnění mnoha psychických, např. kognitivních funkcí je pozornost. Pozornost lze charakterizovat jako zaměřenost vědomí. Je závislá na koordinovaném fungování mnoha oblastí mozku, důležitá je z tohoto hlediska např. parietální a frontální asociační kůra, ale i retikulární formace a další. Její poruchy mohou být různé, může být postižena jak celková schopnost řídit a regulovat zaměření pozornosti, tak i její kapacita.

Poruchy pozornosti se projevují neschopností přiměřené koncentrace na určitý podnět, resp. aktivitu, která by trvala dostatečně dlouhou dobu. Tato porucha je jedním z typických příznaků různých organických postižení CNS.

Obvykle mívá charakter **hypoprosexie**, tj. omezené koncentrace pozornosti. Tato varianta se objevuje např. u lidí trpících depresí nebo u počínajících demencí. **Hyperprosexie**, tj. chorobně zvýšené, nepřiměřeně intenzivní zaměření pozornosti na určitou oblast, je vzácnější. S tímto projevem se lze setkat např. u paranoidních poruch.

4.2 Poruchy vnímání

Prostřednictvím vnímání (percepce) člověk poznává své okolí, diferencuje známé a neznámé podněty či situace a na základě těchto informací se ve svém prostředí (i v sobě samém) orientuje. Vnímání je spojeno s rozeznáváním percipovaných podnětů na základě minulé zkušenosti. Podílejí se na něm všechny poznávací procesy, a proto mohou být případné poruchy projevem postižení různých funkcí. Poruchy vnímání mohou vzniknout na bázi poškození příslušných nervových drah nebo centra, resp. různých asociačních oblastí v mozku. Vnímání závisí na úrovni bdělosti, a fungování různých poznávacích procesů, ale i na emočním stavu, a proto může dojít k jeho ovlivnění jinými psychickými poruchami.

Poruchy vnímání lze diferencovat podle několika hledisek:

- **Iluze** je zkreslený vjem, který je vyvolán skutečným podnětem, ale plně mu neodpovídá. Například člověk je přesvědčen, že pohybující se stín stromu je útočník, který jej ohrožuje. Iluze nemusí být projevem psychické poruchy, může se objevit i u zcela zdravých jedinců.
- **Halucinace** jsou závažnou poruchou vnímání. Jsou to klamné vjemy, vznikající nezávisle na vnějším podnětu, o jehož reálnosti je subjekt nevývratně přesvědčen. Mohou mít různý obsah, jsou to např. hlasy, které nemocnému něco přikazují či zakazují, mohou to být vize různých bytostí, ale i kožní pocity. Velmi zajímavou variantou jsou verbálně-motorické a intrapsychické halucinace, které vedou k přesvědčení nemocného, že někdo cizí ovládá jeho mluvidla, odebírá mu myšlenky, nebo mu naopak vkládá myšlenky cizí. Halucinace jsou typické např. pro schizofrenii, ale mohou se vyskytovat i u některých epilepsií, alkoholové halucinózy, při intoxikacích apod.
- **Poruchy gnóze** neboli poznávání patří mezi projevy organických postižení. Je pro ně typická neschopnost rozpoznávat či identifikovat podněty určitého druhu navzdory nepoškozeným periferním funkcím. Člověk např. vidí určitý objekt, ale vnímaný obsah pro něj nemá žádný smysl, nedokáže poznat, co to je. Může jít o částečné poškození (dysgnozie) nebo úplnou ztrátu této schopnosti (agnozie). Tyto poruchy mohou vzniknout např. v důsledku úrazu nebo cévní mozkové příhody.

4.3 Poruchy myšlení

Myšlení je komplexní poznávací schopností, která slouží ke zpracování, interpretaci a zařazení získaných informací, k volbě určitého řešení problému, a z toho vyplývajícího plánování další činnosti. Jejím základem je stejně komplexní funkce mozku, zahrnující různé oblasti, především asociační mozkové kůry temporálních, parietálních i frontálních laloků. Variabilní mohou být také poruchy myšlení, které se pro větší přehlednost dělí na kvantitativní a kvalitativní.

4.3.1 Kvantitativní poruchy myšlení

Kvantitativní poruchy myšlení se projevují především změnou tempa. **Poruchy tempa myšlení** mohou být dvojího druhu:

- **Bradypsychismus** je celkové zpomalení procesu myšlení. Bývá spojeno s pomalým vybavováním, obtížným soustředěním a snadnou unavitelností. Vyskytuje se např. u depresí nebo organických postižení mozku.
- **Tachypsychismus** je zrychlené myšlení. Může se stupňovat až v *myšlenkový trysk*. Rychlost řeči nemusí stačit tempu uvažování, a proto verbální projev takového člověka vypadá, jako by jeho myšlení bylo porušené i kvalitativně. Tato porucha se může objevit např. u manických stavů nebo při drogových intoxikacích.

Poruchy zaměřenosti myšlení jsou charakteristické ulpíváním nebo odbočováním od hlavního tématu. Tím dochází i k určitému narušení jeho kvalitativní úrovně. Tyto potíže se objevují u některých epilepsií, u mentálně retardovaných a dementních pacientů.

- **Zabíhavé myšlení** je charakteristické narušenou plynulostí. Člověk neustále odbočuje k jiným, s hlavním tématem nesouvisejícím oblastem.
- **Ulpívavé myšlení** se projevuje opakováním slov či slovních spojení. Nevýpravné myšlení se opakovaně vrací k téže myšlence.

4.3.2 Kvalitativní poruchy myšlení

Kvalitativní poruchy myšlení se vyznačují narušením obsahu, jeho správnosti a přiměřenosti:

- **Bludné uvažování** je nejvýznamnější kvalitativní poruchou myšlení. Lze je definovat jako mylné přesvědčení vzniklé na chorobném podkladě, jemuž nemocný nevývratně věří a které může mít patický vliv na jeho jednání (Zvolský, 2001). Bludy je možné členit podle obsahu (blud pronásledování, megalomanický, mikromanický apod.). Jsou typické pro psychotická onemocnění, např. schizofrenii.

- **Nutkové, obsedantní myšlení** je charakteristické přetrváváním určitých myšlenek ve vědomí jedince proti jeho vůli, nelze je potlačit. Mohou rovněž významně ovlivňovat jednání člověka, např. pod jejich vlivem musí opakovaně konat různé, často nesmyslné činnosti. Na rozdíl od bludného myšlení nechybí tomuto jedinci náhled, uvědomuje si, že jde o chorobný projev. Vyskytuje se např. jako typický příznak obsedantně-kompulzivní poruchy.
- **Inkoherentní myšlení** je charakteristické narušením souvislostí a ztrátou logického sledu jednotlivých myšlenek. Tato varianta je typická pro nemocné schizofrenií.
- **Autistické, dereistické myšlení** je ovládané fantazií, která nerespektuje realitu. Není primárně patologické, tím se stává teprve tehdy, jestliže nemocný není schopen diferencovat a jedná podle něho tak, jako by šlo o skutečnost. Totéž platí pro **myšlení magické**, jež přisuzuje různým jevům určitý symbolický význam, který nemají. Patologickým se rovněž stává teprve tehdy, jestliže nemocný ztrácí náhled. Tento způsob uvažování je typický pro nemocné schizofrenií.

4.4 Poruchy paměti

Paměť je schopnost přijímat, uchovávat a vybavovat minulé zkušenosti. Je vázána na určité funkční systémy mozku. Její poruchy mohou být velmi rozmanité, v závislosti na tom, kterou ze složek paměťových funkcí postihují. Například krátkodobá paměť funguje na bázi aktivace krátkých synaptických okruhů prostřednictvím neurochemické transmise, jež rychle odeznívá, dlouhodobá paměť je založena na vytvoření rozsáhlejšího a trvalejšího propojení, které má trochu jiný charakter. Pro dobrou funkci paměti je důležitý limbický systém s hipokampem a diencefalón, ale i mnohé další oblasti (Zvolský, 2001). Poruchy paměti lze rovněž diferencovat podle stupně a kvality postižení:

- **Hypomnézie** je snížení paměťové výkonnosti, která může být generalizovaná nebo selektivní. To znamená, že jednotlivé paměťové funkce nemusí být postiženy ve stejné míře. Vstřípivost paměti bývá porušena např. u nemocných po úrazu hlavy, po cévní mozkové příhodě nebo u degenerativních onemocnění, jako je Alzheimerova choroba. V těchto případech, zejména v pokročilejších stadiích, bývá postiženo i uchování informací v paměti a schopnost jejich vybavení.

Nedostatečnost vlastní paměti vyvolává určité reakce, postižený jedinec se s ní snaží nějak vyrovnat. V této souvislosti se objevují **konfabulace**, tj. smyšlenky. Jde o mylný údaj, který má vyplnit mezeru v paměti. Nemocný si neuvědomuje, že je nepravdivý. Je zachována schopnost formálně reagovat, např. odpovědět na otázku, ale obsah je nesprávný. Tyto potíže se objevují např. u Alzheimerovy choroby.

- **Amnézie** představuje ztrátu paměti na určitý časový úsek, může jít o částečnou nebo úplnou poruchu vybavení předchozích prožitků. K amnézii dochází v důsledku **narušení funkce určitých oblastí mozku**, např. hipokampu a amygdaly, mnohdy bývá spojena s poruchou vědomí. Je zpravidla lokalizovaná do kratšího časového úseku – na dobu úrazu, alkoholové intoxikace apod. Porucha paměti může vzniknout i jako reakce na psychický šok, např. u obětí přepadení.
- **Psychogenní amnézie** se objevuje v souvislosti s narušením vědomí u poruch disociačního charakteru. Podobnou příčinu má i **bájevá lhavost**, pseudologia phantastica, která zkresluje realitu. S těmito projevy se lze setkat u lidí určitým způsobem disponovaných, např. s hysterickými rysy.
- **Hypermnézie** je zvýšená schopnost uchovat určité informace. Specifickou variantou této poruchy může být selektivní neschopnost zapomínat, obvykle jde o emočně významný, zpravidla traumatizující zážitek. Člověk jej nemůže dostat ze svého vědomí, nemůže jej ovládat, často se mu vrací i ve formě flešbeků (vůlí neovladatelných vzpomínek). To se projevuje např. u obětí násilí. V tomto případě nejde o výhradně paměťovou poruchu, ale podílejí se na ní i jiné psychické funkce.

4.5 Poruchy řeči

Řeč slouží jako znakový systém umožňující určitý způsob zpracování informací a myšlení, je rovněž prostředkem komunikace, tj. sdělování a přijímání informací. Prostřednictvím specifického způsobu vyjadřování lze zjistit, jak dotyčný člověk uvažuje. Řeč a jazyk závisejí především na fungování kůry levé mozkové hemisféry, specifický význam má Wernickeho a Brocova centrum, ale i další asociační oblasti; bez významu není ani kůra pravé hemisféry. Poruchy řeči v užším slova smyslu zahrnují odchylku v oblasti porozumění a postižení schopnosti vyjadřování. Lze je členit:

- **Poruchy receptivní složky řeči**, kdy člověk není schopen dobře porozumět verbálnímu sdělení. Typickým příkladem je **receptivní dysfázie**, resp. **afázie**, která vzniká v důsledku postižení určitých oblastí v kůře levé mozkové hemisféry.
- **Poruchy expresivní složky řeči** lze rozdělit na postižení obsahové stránky řeči a její formální podoby.
- K obsahovému narušení vede **expresivní dysfázie**, resp. **afázie**, kdy nemocný není schopen se adekvátně vyjádřit mluveným slovem. Její příčinou je rovněž postižení Brocova centra v levé mozkové hemisféře.
- Příkladem **formální poruchy mluvené řeči** může být mutismus, tj. nemluvnost, kdy postižený jedinec mluvit umí, ale z určité psychické příčiny,

obvykle dočasně, komunikovat nedokáže. Do této kategorie patří i poruchy výslovnosti, např. dysartrie, tj. porucha artikulace, jejíž příčinou je narušení motoriky mluvidel. Dále to může být balbuties, tj. koktavost, což je porucha plynulosti řeči.

4.6 Poruchy emocí

Emoce jsou výrazem našeho subjektivního vztahu ke světu i k sobě samému. Slouží jako prostředek aktuální orientace a s tím související regulace chování. Vyjadřují, zda je pro nás něco příjemné či nepříjemné, event. vyvolávají určité reakce a aktivizují naše jednání, nebo je naopak tlumí. Projevy emocí jsou úzce vázány na autonomní nervový systém, centra, která koordinují celkovou emoční reaktivitu, jsou součástí limbického systému. Emoce i jejich poruchy lze velmi zjednodušeně diferencovat podle jejich intenzity, délky trvání (afekty a nálady) či kvality emočního prožitku (smutek či veselost).

4.6.1 Poruchy afektů

Poruchy afektů mají značnou intenzitu, ale kratší trvání.

- Do této kategorie patří především **patický afekt**, což je velmi silný emoční výbuch spojený s krátkodobou poruchou vědomí. V tomto stavu se jedinec může dopustit i násilného činu, např. zabití, který si nebude uvědomovat, a tudíž ani pamatovat. Zvýšené riziko vzniku patického afektu lze očekávat u lidí s organickým poškozením mozku.
- **Fobie** jsou vtíravé, chorobné strachy, jež svou intenzitou neodpovídají vyvolávajícímu podnětu. Člověk si rozumově uvědomuje nesmyslnost svých obav, ale nedokáže je vůlí ovládnout. Fobie mohou mít různý obsah, běžně známá je např. klaustrofobie, tj. strach z uzavřených prostor, či nozofobie, tj. strach z nemocí. Fobie jsou typickým příznakem úzkostných, specificky anxiózně-fobických poruch.

4.6.2 Poruchy nálady

Poruchy nálady jsou spojené s méně intenzivním emočním prožitkem než poruchy afektů, ale zato přetrvávají mnohem déle. Ve srovnání s běžnou náladou bývají vyhraněnější. Patologická nálada ovlivňuje nepříznivým způsobem i jednání takto postižených lidí. Vzhledem k jejímu zaměření, resp. pohotovosti k emočním reakcím určitého typu lze diferencovat několik variant:

- **Depresivní nálada** je extrémně smutná, spojená s celkovým útlumem. Vyskytuje se nejenom v případě poruchy nálad, ale i u schizofrenií a dalších onemocnění.

- **Manická nálada** je nepřiměřeně optimistická a rozjařená, spojená s celkově zvýšenou, nepřiměřenou aktivací. Je hlavním příznakem manického syndromu, který je jednou z variant bipolární poruchy nálady.
- **Euforická nálada** je typická povzneseností a blažeností, není spojena se zvýšenou aktivitou. Lze se s ní setkat např. u lidí s určitým typem demence.
- **Anxiózní, úzkostná nálada** je charakteristická nepřiměřenými obavami z nějakého, přesně neurčeného ohrožení, celkově zvýšeným napětím a sklonem k nepřiměřeným reakcím.
- **Explozivní, výbušná nálada** je spojena se sklonem k hněvu a vzteku a s tím související tendencí k agresivnímu reagování. Vyskytuje se např. u chronických alkoholiků či osob s disociální poruchou osobnosti.
- **Apatická nálada** je typická celkovou vyhaslostí a nezájmem o cokoli, obvykle i sníženou aktivitou a nechutí k jakékoli činnosti. Tato odchylka je častá u demencí a závažných somatických onemocnění.

4.7 Poruchy jednání, motivace a vůle

Jednání lze chápat jako plánovité, promyšlené a zacílené chování. To znamená, že o něm člověk určitým způsobem uvažuje a volí jednu z možných variant. Jak vyplývá z kontextu, takové jednání může být nestandardní nebo patologické, zpravidla je tomu tak tehdy, když jsou změněny i jiné psychologické, případně somatické funkce (může jít o poruchu emocí, myšlení, vědomí apod.). Úmyslné jednání závisí především na funkci prefrontálního systému, jehož centra umožňují adekvátní zpracování různých informací a volbu tomu odpovídajícího jednání, ale i dalších oblastí v rámci fronto-striato-talamo-kortikálního propojení. **Poruchy jednání** lze pro lepší přehled rovněž členit na kvantitativní a kvalitativní.

4.7.1 Kvantitativní poruchy jednání

Kvantitativní poruchy jednání se projevují nápadným ochuzením a snížením celkové úrovně aktivity (hypoagilita), nebo naopak jejím zvýšením, nadměrnou aktivitou (hyperagilita).

4.7.2 Kvalitativní poruchy jednání

Kvalitativní poruchy jednání mohou mít různý charakter, v závislosti na tom, jaký je jejich smysl a cíl:

- **Impulzivní jednání** je typické tendencí k uskutečňování náhlých chorobných nápadů zcela bez rozmyslu a bez posouzení jeho následků, často i bez

jakéhokoli emočního prožitku. S tímto jednáním se lze setkat např. u nemocných schizofrenií (pacient náhle, bez varování skočí z okna).

- **Raptus** je náhle vzniklé, zuřivé, útočné jednání, které vyplývá ze silné úzkosti. Jde o psychotický projev, vyskytuje se u schizofrenie (nemocný např. zcela nesmyslně zaútočí na úplně cizího člověka).
- **Katatonní poruchy** jsou charakteristické nepřiměřenými motorickými projevy. Mohou být dvojího druhu: **stuporózní forma** je nápadná útlumem pohyblivosti až úplnou strnulostí, **produktivní forma** se naopak projevuje nadbytkem zbytečných a neúčelných pohybů (např. grimasováním). S těmito poruchami se lze setkat rovněž především u schizofrenie.
- **Nutkavé, obsedantní jednání** vyplývá ze vtíravých myšlenek. Člověk je vnitřně nucen konat opakovaně činnost, která je mu nepříjemná, ale nedokáže přestat, protože by to vedlo k nárůstu úzkosti a nepříjemného napětí. Toto jednání je součástí obsedantně-kompulzivní poruchy, která vzniká na základě narušení rovnováhy mozkových funkcí v oblasti fronto-striato-talamického systému, důležité je především poškození bazálních ganglií.
- **Automutilace**, tj. sebepoškozování, event. **suicidální jednání** je projevem poruchy pudově zakotvené potřeby sebezáchovy, resp. potřeby udržení přijatelné úrovně vlastní existence. Vyskytuje se jako projev psychotické poruchy (např. schizofrenik si uřeže ucho pod vlivem imperativních halucinací), zvýšené riziko sebevražděného jednání je typické pro deprese.

4.7.3 Poruchy pudů

Motivace k určitému jednání může být velmi rozmanitá. Potřeby, které navozují různé aktuální motivy, mohou být vrozené, ale stejně tak se mohou rozvinout v průběhu života. Pudy jsou vrozené tendence k určitému jednání, které je zaměřeno na uspokojení některé ze základních potřeb. I tyto potřeby ale mohou být změněny, event. narušeny. Z toho vyplývá rozmanitost, mnohdy i patologické chování. Pudové poruchy se objevují u různých duševních onemocnění či poruch.

Mezi nejvýznamnější **poruchy pudů** patří:

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

4.7.4 Poruchy vůle

Vůle je naučenou autoregulační schopností, která usměrňuje jednání člověka takovým způsobem, jaký považuje za účelný či nutný. Není ovšem spojené s dosažením libosti, a proto by zde nestačila emoční regulace. Rozvoj volních kompetencí je závislý na funkcích prefrontální mozkové kůry.

Poruchy vůle lze chápat jako narušení autoregulace, můžeme je diferencovat podle toho, kterou ze složek volního procesu postihují:

- Poruchy aktivní vůle jsou charakteristické ztrátou rozhodnosti.
- Poruchy pasivní vůle jsou typické neschopností realizovat svá rozhodnutí, chyběním vytrvalosti apod.

Podle toho, o jakou extrémní variantu jde, lze rozlišovat:

- Úbytek vůle, omezení volních kompetencí, které může mít charakter **hypobulie** nebo **abulie**, což znamená její úplné chybění. Vyskytuje se např. u depresí nebo jako důsledek organického poškození mozku. (Nemocný často ví, že by měl něco udělat, ale není toho schopen, k ničemu se nedokáže přinutit.)
- **Hyperbulie** je charakteristická neadekvátním zvýšením aktivní vůle, především rozhodnosti, spojeným s nadměrnou aktivitou. Schopnost realizovat toto rozhodnutí už nadměrně zvýšená není, je tomu spíš naopak. Bývá typická pro manický syndrom.

4.8 Poruchy osobnosti

Osobnost lze definovat jako duševní celek, charakteristický:

- vnitřní jednotou a strukturovaností jeho dílčích složek;
- individuální specifičností, odlišností od jiných osobností;
- vývojovou kontinuitou, tj. relativní stálostí konstelace psychických vlastností v průběhu vývoje.

Vzhledem k tomu, že za normálních okolností jde o integrovaný komplex všech psychických projevů, závisí její uchování na mnoha různých funkčních systémech mozku a jejich propojení. Lidská osobnost představuje stejně variabilní, multidimenzionální strukturu jak v rámci široké normy, tak v jednotlivých kategoriích psychických poruch a chorob. Rysy osobnosti slouží jako dobrý prediktor nejen míry rizika vzniku odchylky, ale i pravděpodobnosti zlepšení stavu vlivem léčby (Cloninger, 2002).

4.8.1 Vrozené poruchy osobnosti

Poruchy osobnosti zahrnují odchylky různých psychických funkcí, jejich koordinace a integrace, které vedou k odlišnému způsobu prožívání, uvažování i cho-

vání. Tyto projevy mohou být trvalé a zakotvené ve struktuře osobnosti, jindy může jít o dočasné výkyvy. Nejvýznamnější typy vrozených poruch osobnosti uvádíme v následujícím přehledu (podrobněji jsou charakterizovány v dalším textu):

- paranoidní porucha osobnosti;
- schizoidní porucha osobnosti;
- disociaální porucha osobnosti;
- emočně nestabilní porucha osobnosti:
 - a) impulzivní typ emočně nestabilní osobnosti,
 - b) hraniční typ emočně nestabilní osobnosti;
- histrionská porucha osobnosti;
- narcistická porucha osobnosti;
- anankastická (obsedantně-kompulzivní) porucha osobnosti;
- pasivně-agresivní (negativistická) porucha osobnosti;
- úzkostná (vyhýbavá) porucha osobnosti;
- závislá porucha osobnosti.

4.8.2 Poruchy osobnosti vzniklé v průběhu života

Poruchy osobnosti vzniklé v průběhu života lze rozdělit do několika variant:

- **Depersonalizace** je porucha subjektivního prožívání vlastní osobnosti, zahrnující jak tělesnou složku, tak psychiku. Tato porucha se může objevit v různých souvislostech, často jen dočasně, a nemusí vždycky signalizovat závažnou duševní chorobu. Někdy bývá zařazována pod poruchy vnímání.
- Získanou poruchou je **transformace osobnosti**, k níž dochází v důsledku závažnějšího onemocnění, např. schizofrenie, nemocný je přesvědčen, že je někým jiným než ve skutečnosti. (Myslí si, že je např. mimozemšťanem, historickou bytostí nebo si ani není jistý, kým je.)
- **Alternace osobnosti** je porucha disociačního charakteru. Označuje stav, kdy se identita jedince proměňuje a on střídavě vystupuje jako různá osobnost. Na své osobnostní proměny má amnézii, po návratu k původní identitě si nepamatuje, kým byl a co dělal v této době. Tato porucha bývá označována jako syndrom Jekylla a Hyde.
- Nejzávažnější poruchou osobnosti je **dezintegrace**, tj. **rozpad osobnosti**, kdy dochází k narušení její celistvosti. Jednotlivé složky nejsou integrovány v jeden celek a projevují se nekoordinovaně. Dochází rovněž k narušení časové kontinuity, tj. vztahu k minulosti a současnosti. Tato porucha se vyskytuje u těžkých forem schizofrenie, v pokročilejší fázi Alzheimerovy choroby apod.

SHRNUTÍ

Každá psychická funkce může být určitým způsobem narušena. Postižena může být oblast vědomí, pozornost, proces vnímání, paměť, myšlení, řečový projev, ale i emoční prožívání, potřeby, resp. způsob jejich uspokojování, a volní autoregulace. Uvedené poruchy mají specifický diagnostický význam a mohou vést k dalším problémům jak v oblasti osobní pohody, tak v adaptaci na společnost. Vždy je třeba posuzovat celkový psychický stav a úroveň integrace osobnosti.

KLÍČOVÁ SLOVA

somnolence, sopor, kóma, delirium, hypoprosexie, hyperprosexie, iluze, halucinace, gnostické poruchy, bradypsychismus, bludné uvažování, amnézie, konfabulace, afázie,

patický afekt, fobie, poruchy nálady, raptus, katatonní poruchy, obsese, automutilace poruchy pudů, hypobulie, depersonalizace, dezintegrace osobnosti

Psychologická problematika nemocných a zdravotně postižených

Somatická nemoc jako psychologický problém

„Moje tělo a můj mozek se přeladily na primitivní nouzový agregát, který mám k dispozici ... Sociální kontext mi musí dát oporu, kterou mi nemůže poskytnout mé tělo ...“

(Dörner a Plog, 1999, s. 208)

5.1 Úvod

Somatická choroba působí také na psychiku nemocného. Má i svůj sociální význam vyjádřený rolí a postavením nemocného.

Nemoc lze obecně chápat jako narušení určitých funkcí organismu, které nepříznivě ovlivňuje kvalitu života nemocného jedince. Chronické onemocnění či postižení představuje trvalé znevýhodnění. Může sice dojít ke zlepšení, resp. úpravě stavu, ale chronicky nemocného nelze nikdy zcela vyléčit, musí onemocnění přijmout jako součást své identity a musí se s ním naučit žít. Jakékoli **závažné onemocnění je velkou životní zátěží**, která nějakým způsobem ovlivní i psychiku nemocného. Může změnit nejenom aktuální prožívání a reagování, ale i některé vlastnosti jeho osobnosti. Naopak, mnohé tělesné potíže mohou být v závislosti na špatném psychickém stavu nemocného udržovány či zhoršovány, zatímco dobrý psychický stav může přispět k jejich zlepšování, nebo dokonce vymizení. Mezi tělesnou a psychickou složkou existuje reciproční vztah.

Každé onemocnění lze posuzovat ze tří hledisek:

1. **Somatický aspekt** vymezují příznaky onemocnění. Tělesné potíže, které jsou pro určitou chorobu typické, představují specifický problém a konkrétní

omezení. Aktuální potíže, ale i představa závažnosti a prognózy této nemoci vyvolávají určité psychické reakce.

2. **Psychický aspekt** tvoří souhrn emočních prožitků vyvolaných změnami souvisejícími s chorobou, jejich rozumové hodnocení a z toho vyplývající chování nemocného. Psychická reakce na nemoc není dána jen specifičností tohoto onemocnění, ale i osobnostními vlastnostmi nemocného člověka, jeho vývojovou úrovní, zkušenostmi, schopností chápat význam choroby pro svůj další život, jeho emoční vyrovnaností i zafixovanými způsoby zvládání potíží.
3. **Sociální aspekt** onemocnění je dán společenským hodnocením nemoci a z něho vyplývajícími postoji a chováním laické veřejnosti. Postoj k nemocnému člověku rovněž závisí na typu choroby, na osobnosti nemocného, jeho věku, premorbidním sociálním postavení apod., ale i na dané společnosti, její vzdělanostní a kulturní úrovni.

5.2 Subjektivní obraz nemoci

„Nejvíce mě potěší, když nemám bolesti a přijde někdo na návštěvu.“

(pacientka, 65 let)

Nemoc lze posuzovat z **objektivního hlediska**, jímž je např. lékařské hodnocení jejích příznaků a projevů, určení příslušné diagnózy. Významné je i **subjektivní prožívání a hodnocení choroby nemocným**, protože na něm závisí míra jeho utrpení a celkového reagování. Postoj k vlastní nemoci je individuálně variabilní, různí lidé často prožívají stejnou chorobu odlišným způsobem.

5.2.1 Somatické symptomy a jejich subjektivní význam

Nemoc je tím méně subjektivně přijatelná, čím více **zhoršuje kvalitu života nemocného**, jeho osobní komfort a omezuje soběstačnost. Může jít např. o dušnost, slabost, křeče, bolesti, nepohyblivost. Každé onemocnění má specifické symptomy, které mohou být subjektivně nepříjemné a omezující. Z tohoto hlediska mohou mít různé choroby poněkud odlišný význam.

Pokud naše tělo funguje normálně, nevnímáme je jako specifický objekt, ale jako samozřejmou součást vlastní osobnosti. Když dojde k selhání některé orgánové funkce, stává se tělo objektem, jímž je třeba se zabývat. Dochází k symbolickému oddělení obou složek naší osobnosti – somatické a psychické. (Pokud by choroba byla závažná, resp. nějak znehodnocující vlastní tělo, člověk se s ní může vyrovnávat i tak, že se s ním přestane identifikovat. Dochází k odcizení od vlastního těla.) **Somatická nemoc je poruchou funkcí těla.** V důsledku této skutečnosti se mění vnímání, prožívání i vztah k vlastnímu tělu, může se stát obtížným, odmítaným apod. Z funkčního hlediska jde o to, že:

- tělo člověka neposlouchá, nemůže je ovládat tak jako dřív, resp. tak, aby mu sloužilo v běžném životě;
- tělové pocity mohou být převážně nepříjemné nebo ubývají, resp. nejsou tam, kde by měly být, a mohou být i falešnými signály, např. pocit bolesti v amputované končetině.

Bolest

Z obecného hlediska je důležitým symptomem **bolest**. Bolest je definována jako „nepříjemná sensorická a emocionální zkušenost, spojená s akutním nebo potenciálním poškozením tkání, nebo je popisována výrazy takového poškození. Bolest je vždy subjektivní.“ (Rokyta, 1998) Je prožívána jako signál negativní změny tělesného stavu, funguje jako potvrzení choroby, popř. jejího zhoršení. **Prožívání bolesti** ovlivňují čtyři složky (Vymětal, 1994):

- Vnímání bolesti, tj. její intenzita, kvalita a lokalizace. Intenzita subjektivního prožitku bolesti vždycky neodpovídá objektivnímu nálezu, resp. závažnosti onemocnění. **Citlivost k bolesti** není u všech lidí stejná, bývá interindividuálně variabilní. Závisí na mnoha různých – biologických i sociálních – faktorech, jako jsou osobnostní vlastnosti, věk, pohlaví a zkušenosti (zprostředkované i osobní). Ovlivňuje ji rovněž aktuální stav organismu, citlivost k bolesti zvyšuje např. únava a vyčerpání. Prožívání bolesti může kolísat v průběhu času, je tedy také intraindividuálně variabilní.
- **Emoční prožitek bolesti**, tj. emoční reakce na bolest, která je téměř vždy nepříznivá. Bolest zhoršuje osobní komfort nemocného, dráždí jej a vyčerpává. Přispívá k negativnímu hodnocení aktuální situace i jejího budoucího vývoje.
- **Rozumové hodnocení bolesti** závisí na schopnosti nemocného uvažovat o příčině bolesti, na jeho zkušenostech i na tom, jaký má pro něho bolest význam, tj. jakou informaci je.
- **Paměť pro bolest**. Prožitek bolesti se ukládá v paměti a určitými podněty může být znovu vyvolán. Může jít o asociaci s určitou situací nebo psychickým stavem, např. člověk si takové pocity vybaví při opětovné návštěvě nemocnice. Klasickým příkladem jsou tzv. fantomové bolesti, kdy jedinec pociťuje bolest v končetině, kterou již nemá (byla mu např. amputována).

Na zpracování bolestivých podnětů se podílejí různé oblasti CNS: talamický komplex, retikulární formace, limbický systém, hypotalamus a prefrontální oblast mozkové kůry. Akutní a chronická bolest se z tohoto hlediska trochu liší, proto nemá stejnou psychickou odezvu. Akutní bolest je zpracována sensorickými talamickými jádry a nakonec vedena do gyrus postcentralis v parietální oblasti mozkové kůry. Chronická bolest je vedena do limbického systému a prefrontální mozkové kůry, z toho vyplývá i charakter emoční reakce. Prožívání bolesti je modulováno především endorfiny a enkefaliny (peptidovými neurotransmitery), které působí v různých oblastech mozku a míchy. Stimu-

lace jejich tvorby je jednou z dílčích reakcí na stres. Slouží k tomu, aby člověka chránily, aby nebyl paralyzován silnou bolestí. Citlivost k bolesti je ovlivňována i dalšími neurotransmitery, např. serotoninem (Rokyta, 1998).

Různý typ bolesti je prožíván subjektivně rozdílným způsobem: Akutní bolest, jejíž příčina není známá, obvykle vyvolává pocity ohrožení a strachu. Chronická a známá bolest nevyvolává tak bouřlivé reakce, ale pokud dlouhodobě a významnějším způsobem omezuje kvalitu života nemocného, může vést k dalšímu zhoršení emočního ladění, k depresím a beznaději, ke změně uvažování i chování. Jejím důsledkem bývá rezignace a ztráta zájmu o cokoli. Dále je možné diferencovat bolest, která je příznakem onemocnění, a bolest, jež je součástí diagnostického či léčebného výkonu. Bolest, která je nezbytnou podmínkou zlepšení (např. po operativním výkonu), někdy bývá prožívána snadněji. Nemocný ji může přijímat jako utrpení, jehož překonáním si zaslouží uzdravení.

Bolest navozuje negativní citové prožitky a stimuluje reakce, které by mohly vést k jejímu odstranění. Pokud trvá delší dobu, vyčerpává nemocného a snižuje jeho toleranci k zátěži. Někdy může bolest fungovat i jako prostředek komunikace, upoutávání pozornosti zdravotnického personálu či rodinných příslušníků. Může být způsobem volání po kontaktu, který zaručeně funguje. Nejde zde o předstírání, jak si někdy myslí personál, ale o zvláštní způsob komunikace. Je vyjádřením potřeby citové podpory v tíživé osobní situaci. **Pocity bolesti mohou být navozeny psychicky**, např. pod vlivem stresu, mohou být jedním z projevů deprese. Bolest, která je vyvolána tímto způsobem, má určitý metabolický základ, souvisí s produkcí serotoninu. Fyziologie bolesti a deprese má mnoho společných znaků (Rokyta, 1998).

5.2.2 Psychické reakce na somatickou chorobu

Každé somatické onemocnění ovlivňuje i psychiku: aktuální prožívání, uvažování a z toho vyplývající chování nemocného. Významným aspektem je vědomí choroby, představa o míře ztrát, které jsou jejím důsledkem, i ohrožení vlastní budoucnosti a života, tak jak je nemocný ochoten a schopen si ji připustit. Nemoc egocentrizuje a izoluje, stává se dominantním osobním tématem, které činí všechno ostatní méně významným. Může docházet k idealizaci minulosti, kdy jedinec byl zdravý a neměl tak zásadním způsobem omezené možnosti. Z hlediska přítomnosti závažná choroba redukuje pozitivní zážitky a přináší mnoho nepříjemných podnětů. Celková bilance je nepříznivá a stejně tak i vyhlídka do budoucnosti.

Pod vlivem choroby samé, i v důsledku jejího, převážně negativního sociálního významu se mění **sebepojetí nemocného**. Zhoršuje se jeho sebehodnocení a snižuje se sebeúcta. Postoj k vlastní chorobě může v různé míře vést ke změně identity nemocného člověka, k jejímu rozkladu či pocitu ztráty její podstatné části. Projevuje se i v tom, jak přijímá, nebo nepřijímá roli nemoc-

ného, to znamená, zda se s ní identifikuje, či nikoli, a následkem toho různým způsobem jedná.

Postoj k vlastní nemoci závisí na mnoha subjektivních i objektivních faktorech. Zahrnuje emoční prožívání, rozumové hodnocení a chování.

Emoční prožívání nemoci

Každá choroba vyvolává určitou citovou odezvu. Změna prožívání má zčásti **fyzilogický základ** (např. spojení pocitů bolesti a emočních reakcí), ale je i **sekundární reakcí** na veškeré problémy, které nemoc přináší (kumulace nepříjemných zážitků, prožitek ztráty zdraví i představa dalšího ohrožení). **Změna emočního ladění** může být jedním z prvních signálů počínající choroby, tj. narušené rovnováhy organismu. V dalším období se na této úrovni projeví celkové **zhoršení kvality života nemocného**. Čím více nemoc naruší život pacienta, čím více se dotkne osobně významných hodnot, tím větší ztrátu představuje a o to výraznější bude i reakce. Pokud je choroba závažná a dlouhodobá, mohou být změny emoční reaktivity i celkového ladění zásadnější. Vážné onemocnění je tak těžkým zásahem do funkce organismu, že mnohé vztahy, např. působení emocí na tělesný stav, běžným způsobem nefungují. Somatické změny jsou za těchto okolností tak velké, že je nelze významnějším způsobem ovlivňovat psychosomatickou cestou. Obecně může nemoc vyvolávat různé emoční reakce:

- Těžké, event. nevyлéčitelné onemocnění lze chápat jako závažné osobní ohrožení, které vyvolává **strach a úzkost**. Tyto negativní citové prožitky jsou jednak reakcí na diskomfort daný chorobou, jednak odezvou na uvědomění značného rizika vlastního ohrožení. Strach má konkrétní obsah, např. 50letá žena trpící leukemií se bojí, že už nikdy nevstane z postele a nebude chodit, obává se, že zůstane závislá na péči jiných lidí, apod. Úzkost představuje neurčitou obavu, pacient se bojí, že „to špatně dopadne, má zlé tušení“ apod. Každý nemocný trpí určitou nejistotou, protože nikdy přesně neví, co ho čeká. Prožívá úzkost v závislosti na nepříjemných změnách i při tušení dalších potíží, jež choroba přinese. S těmito emocemi je třeba počítat, nemá smysl je bagatelizovat jako nepřiměřené, protože jsou subjektivní realitou. Pro pacienta jsou skutečné a je úplně jedno, že mohou být objektivně nesmyslné. Nemocného je třeba vyslechnout, vzít jeho obavy vážně, vysvětlit mu, co potřebuje vědět, a hlavně mu potvrdit svou účast i podporu. **Úzkost a strach vyjadřují negativní očekávání nemocného**, ovlivňují jeho vnímání a zvládání všech chorobných příznaků.
- Závažná chronická choroba představuje definitivní ztrátu zdraví. Na takovou ztrátu nemocný reaguje zcela logicky **smutkem a truchlením**. Truchlení představuje určitý způsob zpracování ztráty, s níž se člověk musí vyrovnat, aby ji mohl přijmout. Musí si tuto zkušenost protrpět. Tento proces nelze urychlit a ani nemá smysl utrpení potlačovat. Teprve po jeho prožití

může být nemocný schopen přijmout svou novou identitu i nové, omezené možnosti a reálně plánovat další život (třeba i hodně limitovaný, jak v jeho náplni, tak v předpokládané délce trvání). V této situaci jde rovněž o uchování přijatelné sebeúcty, která je chorobou ohrožena. Člověk už není tím, čím byl, resp. mohl být, a nikdy nebude. Je nemocný, a může se proto cítit méně hodnotný. V průběhu truchlení se mění rovnováha mezi emočním přístupem a racionálním hodnocením. Na počátku převažuje negativní emoční postoj k situaci a jakákoli úvaha o budoucnosti se jeví nesmyslná. Postupně dochází k uklidnění a nemocný začne uvažovat, co dál, více rozumově, i když stále s určitou trpkostí.

- Smutek doprovázející ztrátu vlastního zdraví může přecházet až v **depresi**, která mívá různý charakter:
 - **Symptomatická deprese**, která souvisí se samotnou chorobou, je jedním z jejích příznaků, doprovází např. kardiovaskulární či některá nádorová onemocnění, poruchy štítné žlázy či diabetes. (Gelder a kol., 1996) Není pouhou psychickou nadstavbou, i když je v praxi u konkrétního pacienta těžké odlišit míru určitého typu deprese.
 - **Psychogenní, reaktivní deprese** je reakcí na subjektivně nadměrnou zátěž, kterou představuje celková změna situace. Bývá spojena s úzkostí, s různými obavami a s anticipací beznadějně budoucnosti. Sebehodnocení bývá zhoršené, nemocný má pocit ztráty vlastní hodnoty.

Mohou se objevit i **suicidální tendence**, pokud si člověk myslí, že se s takovou ztrátou nikdy nevyrovná, a život pro něho za těchto okolností ztrácí smysl.

- Adaptace na závažné onemocnění může probíhat různým způsobem, někdy může být obtížná a problematická. U nemocného může převládnout **pocit bezmoci a beznaděje**, který je výrazem přesvědčení o neřešitelnosti vlastní situace. Objevuje se např. u nemocných v relapsu (tj. v době nového propuknutí choroby). Ti, kteří se cítí bezmocní, snadno upadají do **apatie a rezignace**, přestávají být schopni s nemocí bojovat. Únava a vyčerpání vedou ke ztrátě zájmu o cokoli a nakonec i o sebe sama. Nemocní ztrácejí smysl svého života a nový nejsou schopni hledat. Tento proces je možné interpretovat i z opačného hlediska: nemocní, kteří jsou již značně vyčerpáni a jejichž tělesný stav se výrazně zhoršuje, nemají už ani dostatek psychických sil, a proto rezignují. Pocit beznaděje může být reakcí na celkovou vyčerpanost organismu.
- Další možnou reakcí, zejména na počátku onemocnění, může být **hněv a vztek**. (Hněv zahrnuje i racionální hodnocení, vztek je čistě afektivně-emoční reakcí, která jednoznačně směřuje ke ztrestání předpokládaného původce.) Člověk se zlobí na svůj osud, na svou situaci, kterou považuje za nespravedlivou. Padesátiletý pacient říká: „Je to nespravedlivé, proč mám takhle trpět, ostatní jsou na tom líp a za to bych měl mít nárok na lepší péči.“ Jeho hněv je výrazem negativního postoje k situaci, je projevem

jejího odmítnutí a připravenosti s takovým ohrožením bojovat. To znamená, že bývá spojen s pohotovostí k obranné aktivitě, jež může mít i agresivní charakter. Může jít o výraz potřeby ztrestat domnělého viníka, např. lékaře, který neléčí tak dobře, jak by měl, o agresi vůči výrobcům reálně i domněle škodlivého zboží (např. cigaret) a někdy i o autoakuzaci (sebeobviňování), kdy člověk má vztek sám na sebe, že něco zanedbal apod. Někdy je úplně jedno, jakým směrem se agrese vybíjí, protože nemocný si především potřebuje odreagovat svou tenzi.

- Agresivita bývá i výrazem bezmoci a neschopnosti účelnějšího obranného jednání. Nemocný (55 let) s chronickou plicní chorobou, dlouhodobě na ventilátoru, vyhrožoval lékaři, že ho zabije, a ošetřovateli dával ultimátum k odpojení od ventilátoru do dalšího dne apod. Byl i autoagresivní, měl tendence k sebepoškození, takže jej bylo třeba medikamentózně tlumit.

Význam aktivních obranných reakcí, mezi něž bezesporu patří i různé formy agrese, hostilita a negativismus, je analyzován již od poloviny osmdesátých let 20. století. Aktivní a bojovný přístup k problému je označován jako „*fighting spirit*“. Sandra Levyová a Lynda Heidenová (1990) uvádějí výsledky různých výzkumů, jež většinou potvrdily určitý vztah mezi bojovností a pravděpodobností lepší prognózy. Nemocní s karcinomem, kteří byli bojovní a zároveň dovedli projevit své, mnohdy značně negativní city, ale přitom nad nimi neztráceli kontrolu, přežívali déle než pacienti submisivní, přizpůsobiví, kteří si netroufli dát najevo, co cítí (Temoshok, 1990). Bojovný, aktivní až agresivní pacient má větší šanci na přežití. Tuto situaci můžeme ovšem interpretovat i opačným způsobem: Člověk, který je schopen takové psychické aktivizace, aby projevoval bojovnost, má pravděpodobně i více tělesných rezerv. To znamená, že jeho organismus má šanci odolávat těžkému onemocnění alespoň do určité míry. Ten, kdo nemá dost sil, bude s větší pravděpodobností apatický, bude rezignovat a cítit se bezmocný.

Rozumové hodnocení nemoci

Každý nemocný o své chorobě uvažuje a snaží se nějak si vysvětlit význam jednotlivých chorobných příznaků. Počáteční uvědomění nemoci může zintenzivnit potřebu porozumět jí, to se projevuje sháněním všech dostupných informací, jejich hodnocením a uvažováním o možnostech řešení své situace. Mnohdy jsou tyto úvahy nesprávné, protože laik nemá všechny potřebné znalosti. To se projevuje jak ve vztahu k hodnocení příčiny, tak v názoru na průběh, resp. léčbu. Obrannou reakcí, která se obvykle objevuje na počátku onemocnění, je tendence k popírání či bagatelizaci choroby.

- Sedmdesátiletý pacient říká: „Diagnózu mi řekl lékař před osmi lety v nemocnici. Nechtěl jsem tomu věřit, ale pak jednou došlo k velkému zhoršení a mně nezbylo nic jiného než se s tím vyrovnat a naučit se s rakovinou žít.“ Čtyřiašedesátiletá pacientka

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

Nemoc představuje komplexní stresovou situaci. Za těchto okolností **bývá rozumové hodnocení ovlivňováno emocemi**, a proto je větší riziko, že bude nesprávné nebo zkreslené. Nemocný člověk se snadno stává **nekritickým**, má tendenci k **magickému uvažování**, které nebere v úvahu rozumové argumenty a interpretuje situaci tak, jak mu vyhovuje. Podobně reaguje i 65letá pacientka: „Měla jsem rakovinu, ale doktor mi řekl, že už ho nebudu potřebovat, takže jsem teď zdravá.“ (Novotná, 2000) Nemocný je ochoten věřit čemukoli, co by mu mohlo přinést naději. Hodnocení příčiny je často spojeno s tendencí najít viníka. Tato potřeba může být tak silná, že člověk příliš nehledí na logičnost zdůvodnění. Někdy, obvykle zcela iracionálně, přičítá vinu sobě samému, začne považovat mnohé z toho, co dříve dělal, za rizikové ve smyslu: „Zavinil jsem si to sám, protože jsem kouřil, nespál, špatně jedl atd.“ Nesprávný či nepřesný může být i výklad průběhu choroby, resp. hodnocení úspěšnosti léčby, protože bude vycházet ze špatné premisy. U některých nemocných je nutné počítat rovněž s kvalitativní změnou uvažování, která vyplývá z jejich základního onemocnění, např. s úpadkem rozumových schopností po opakovaných mozkových příhodách.

Změna základních psychických potřeb a hodnot

Pod vlivem onemocnění se mění rovněž **základní psychické potřeby a hodnoty**, které s nimi souvisejí. Může se změnit jejich hierarchie, preferovaný způsob uspokojování, převažující aktuální motivace apod. Obvykle se stává hlavní potřebou zdraví. Závažně nemocná paní říká, že „nemá jiné přání než být zdravá a nejvíce se těší, až se uzdraví a půjde domů“.

- **Potřeba stimulace a nových zkušeností** se v závislosti na různých potížích a celkové vyčerpanosti zpravidla snižuje.

Mnohé intenzivnější a frekventovanější podněty mohou působit rušivě, mohou nemocného nadměrně dráždit a vyčerpávat. Nemocný člověk nemívá příliš velkou potřebu nových podnětů, protože nemá dost energie, aby na něho nepůsobily nepříjemně. Únava a vyčerpání vede k preferenci stereotypu, protože je méně náročný, nevyžaduje tolik energie. Dlouhodobě hospitalizovaní pacienti mohou být podněťově deprivováni. Za těchto okolností není přijatelně uspokojována ani jejich omezená stimulační potřeba. Žijí v podněťově chudém prostředí (nemocný se např. dívá několik týdnů pouze na strop) a navíc se zhoršuje i kvalita přijímaných podnětů: mnohé z nich jsou nepříjemné a bolestivé (např. odběry krve, manipulace s kanylou, ošetřování dekubitů).

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

Pokud by neznal alespoň rámcově charakter svého onemocnění, narůstal by jeho pocit nejistoty a ohrožení, zvyšovalo by se riziko konfliktu. Nepříjemný lékařský výkon nebo vedlejší důsledky léčby, jejichž smysl nemocný nezná, se mu jeví jako ohrožující, se všemi psychologickými i fyziologickými důsledky. Těžko lze vyžadovat od nemocného spolupráci, pokud neví, k čemu má tento postup sloužit. Orientace v situaci, porozumění nezbytnosti určitých nepříjemností zmenší riziko konfliktů a adaptačních problémů. Utrpení lze snadněji překonat, pokud nemocný chápe jeho smysl a pokud věří, že mu nepříjemné výkony mohou nějak pomoci.

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

Závažné onemocnění je značnou zátěží, která vede ke zvýšenému úsilí získat podporu. Nemocný zažívá více nepříjemností a méně uspokojení. Nejistota a úzkost narůstají při odloučení od rodiny. Z toho vyplývá větší potřeba citové podpory, která by mohla tyto problémy kompenzovat, dochází ke zvýšení fixace na blízké lidi. Starší pacientka říká: „Rodina je to nejdůležitější, co máte, važte si jí, protože nikdy nic lepšího mít nebudete.“ Mnohdy může mít až regresivní charakter: nemocný chce, aby u něj blízký člověk zůstal, držel jej za ruku a v těžké situaci jej neopouštěl. Tato potřeba se může projevit tendencí k obnově symbiotické vazby, jaká byla vývojově adekvátní v raném věku. Závažné onemocnění se může stát příčinou ztráty vztahu s blízkým člověkem, který tuto situaci neunes. Pro staršího nemocného byl nejtěžší rozvod s manželkou. „Prý nebude trávit život s mrzákem...“ Pokud je nemocný hodně vyčerpaný, může ztratit zájem o všechno, tedy i o přítomnost svých blízkých.

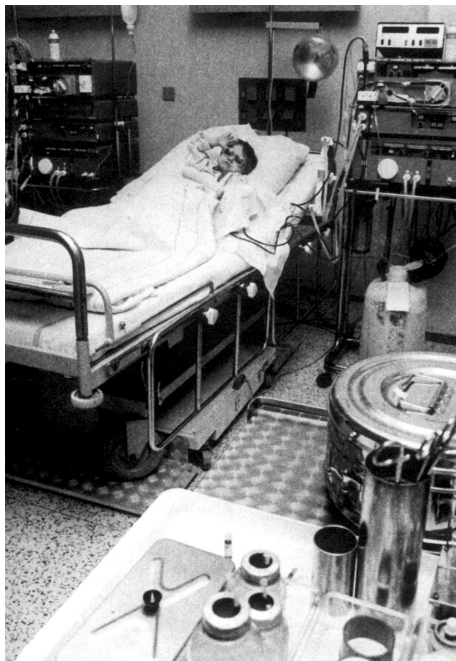
■ **Potřeba sociálního kontaktu** může být obtížněji uspokojována, nemocný bývá více izolován, setkává se s omezenou skupinou lidí.

Jeho sociální svět se může zúžit na nejbližší členy rodiny, zdravotnický personál a spolupacienty. Z různých důvodů, hospitalizace nebo fyzického omezení, může být těžké tato setkání realizovat, nemocný bývá závislý na aktivitě zdravých lidí. Musí počkat, až za ním někdo přijde. (Hospitalizovaní nemocní se na návštěvy často velice těší.) Někdy může být v souvislosti s celkovým vyčerpáním, bolestmi a dalšími potížemi tato potřeba snížena. Nemocný ztrácí zájem o sociální kontakt, který by jej ve zvýšené míře vyčerpával a neposkytl mu větší uspokojení. V komunikaci se zdravými lidmi navíc mnohou chybět společná témata: jejich potřeby, aktuální prožitky i problémy jsou jiné. Tato setkání ztrácejí svůj smysl a nemocní o ně ani příliš nestojí.

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

Její uspokojení je obtížnější a vzhledem k proměně osobně významných hodnot mnohdy ztrácí význam. Nemocný se vzdává původních ambicí, protože ví, že jsou nedostupné, nebo proto, že ztratily svou dřívější hodnotu. V současné situaci jsou pro něho důležitější jiné věci, a seberealizace má tudíž jiné zaměření. Člověk přijímá roli nemocného, jehož samostatnost je nějakým způsobem redukována, ale už nemá mnohé povinnosti a nemusí prokazovat žádné kompetence. Vzácněji může pod vlivem choroby dojít k akcentaci této potřeby, člověk se snaží dosáhnout cíle právě proto, že jeho čas i možnosti jsou omezeny a on si toto omezení uvědomuje. Tento motiv bývá vyjádřením potřeby dokončit určitý životní plán, který dával jeho životu smysl a jeho dovršení tento smysl – a tím i hodnotu celého jeho života – potvrzuje.

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



Se závažným onemocněním bývá spojena nejen hospitalizace, ale také zásadně omezené uspokojování mnoha potřeb. Izolace i fixovaná poloha těla omezují veškerou stimulaci.

Těžce nemocný člověk je omezen i v této oblasti, protože jeho choroba není nikdy zcela vyléčitelná. Vlastní budoucnost se mu může jevit nepříznivá, a nemocný je nucen pod tlakem okolností slevovat ze svých původních představ. Určitou zátěž při zvládnání tohoto úkolu může představovat nedostatečná informovanost, nejistota a úzkost. Anticipace negativní budoucnosti je zcela logickým důsledkem takového onemocnění. V závislosti na tom se objevují různé obranné reakce, které mohou mít charakter úsilí o dožití určitého mezníku (např. svatby dcery, Vánoc, narození vnuka), úniku do jiné, uspokojivější oblasti (do fantazie, vzpomínek na minulost apod.) nebo k identifikaci s někým, kdo nemá život tak zablokovaný (např. vlastní děti). Budoucnost může zahrnovat jen nejbližší dny, i když i ony mohou mít svůj smysl. Staršího pacienta „potěší, když se ráno probudí a žije, snaží se ten den užít, protože zítra se už probudit nemusí“.

Zvládnání zátěže (coping)

Onemocnění je zátěží, kterou člověk musí zvládnout. Z tohoto hlediska lze diferencovat **rozumové zpracování a citové vyrovnání** s problémem, který představuje nemoc. Citové vyrovnání znamená přijetí reálné situace, ro-

zumové zpracování představuje její porozumění. Nemocný se musí vyrovnat se ztrátami, které nemoc přináší, naučit se zvládat aktuální nepříjemnosti a přijmout určité omezení perspektivy. Kromě vědomých strategií zvládání se objevují i různé obranné reakce, které nejsou plně uvědomované, ale mají stejný význam: pomoci člověku, aby si udržel přijatelnou psychickou rovnováhu. Způsoby zvládání této situace, tj. **coping**, mohou být různé a mohou mít rozdílnou efektivitu. Volba copingové strategie závisí na hodnocení situace, které nemusí vždycky odpovídat realitě (Lazarus, 1990).

- Zvládání (coping) **zaměřené na řešení problému**. Volba tohoto přístupu závisí na situaci, na tom, zda si nemocný myslí, že má vůbec nějakou možnost cokoli udělat. Aktivní přístup vyplývá z jeho přesvědčení, že s nemocí je třeba bojovat, a bývá spojen s tendencí:
 - Hledat konkrétní řešení, která se jeví jako nadějná. Může jít i o úsilí zaměřené na dílčí zlepšení apod. Bývá spojené s potřebou získat o problému co nejvíc informací.
 - Hledat pomoc – nemocný ví, že si v této situaci nemůže pomoci sám, potřebuje získat odborníky-lékaře, resp. další lidi, schopné přispět ke zvládnutí jeho problému.
 - Usilovat o emoční oporu, pozitivní zpětnou vazbu a potvrzení účelnosti svého dosavadního jednání. Člověk, který chce s problémem bojovat, potřebuje pozitivní odezvu, ujištění, že všechno pokračuje dobře a on dělá, co může. Potřebuje si potvrdit, že situace není beznadějná. Tato odezva posiluje jeho sebedůvěru i víru v pozitivní výsledek, novou naději, funguje jako emoční a morální opora.
- Zvládání (coping) **zaměřené na obranu vlastních pocitů**, tj. na redukci negativních zážitků a udržení přijatelného emočního ladění. Cílem této strategie je zmírnění dopadu choroby v situaci, kdy se problém jeví jako nezvládnutelný. V této době už nejde o změnu situace, ale pouze o změnu přístupu k jejímu hodnocení. Nemocný ji zkresluje, chová se, jako by neexistovala, apod. Ratliff-Crain a Baum (1990) označují tento typ obranné strategie jako **paliativní coping**. Objevuje se v těžko řešitelných a silně stresujících situacích, jako je např. progredující nevléčitelné onemocnění. Je typický změnou hodnocení traumatizující situace, již nelze zásadnějším způsobem ovlivnit. Míra úspěšnosti této strategie bývá různá, ale nelze ji zcela zavrhnout. Za určitých okolností může nemocnému přinést úlevu.

Neuvědomované obranné reakce slouží k udržení psychické rovnováhy, i když z dlouhodobého hlediska mohou být některé z nich méně přínosné. Jako obrannou reakci lze chápat bagatelizaci nemoci a popírání její závažnosti (pacientka s onkologickým onemocněním je přesvědčena, že „byla na operaci s cystou, naštěstí to nebylo nic vážného“). Smysl takové reakce spočívá v tom, že pokud nemoc chápeme jako nevýznamnou, nemusíme se jí dále zabývat. Problém, který neexistuje, není třeba řešit. Obrannou reakcí může být ten-

dence k úniku z tíživé situace, který může poskytnout práce, ale i alkohol nebo léky. Potřeba obrany se může projevit potřebou hledat viníka této zlé situace a ztrestat jej za to, co způsobil. Tímto způsobem se může ventilovat vnitřní psychické napětí a nemocnému se uleví.

Nemocný člověk ví, že se mění jeho kompetence, a pod vlivem zátěže se mohou měnit i některé osobnostní vlastnosti. Těžká choroba, stejně jako jiné závažné zátěžové situace, některé vlastnosti akcentuje. To se nakonec projeví i v převažující obranné strategii: ovlivní, zda bude submisivní, nadměrně smířlivá až stoická, anebo asertivní, sebeprosazující či přímo agresivní a hostilní. Psychickou reakcí na chorobu může být **prohloubení vědomí vlastní odlišnosti** od zdravých. Vytváří se zde pocit příslušnosti k minoritě nemocných, kteří jsou jiní než většina populace, k níž už nepatří. K těmto reakcím přispívá i chování zdravých lidí, kteří nemocné marginalizují. V tomto případě jde o sekundární reakci, která sice funguje v závislosti na tělesném stavu, ale lze ji více ovlivňovat, např. rozhovorem nebo psychoterapií.

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

5.2.3 Prožívání nemoci v čase

„Nikdy bychom neměli říci, že situace je beznadějná. Lze po pravdě přiznat, že je to vážné nebo těžké. Rozdíl je v tom, že důraz je na tíži, nikoli na beznaději.“
(Svatošová, 1999, s. 35)

Zpracování zátěže, kterou představuje závažné onemocnění, probíhá v pěti fázích. Ty mají individuálně specifický průběh i délku trvání (volně podle Küblerové-Rossovové, 1995):

1. **Fáze nejistoty před stanovením diagnózy.** Fungování vlastního těla již nelze brát jako samozřejmost, protože je spojeno s různými potížemi. Tyto potíže upoutávají pozornost, člověk se je snaží nějak vysvětlit, resp. překonat. Začíná ve větší míře uvažovat o svém somatickém stavu, který je zdrojem nepříjemných pocitů, vyvolává úzkost a obavy z onemocnění. Když trvají příliš dlouho nebo přestávají být snesitelné, hledá pomoc u lékaře. Tato fáze končí diagnostikováním příslušné choroby.
2. **Fáze šoku a popření.** Následuje bezprostředně po zjištění nemoci, resp. stanovení příslušné diagnózy. Tato informace představuje závažné ohrožení,

prezentované na symbolické úrovni, které nemocný nemůže přijmout. Není schopen se s ním tak rychle vyrovnat, a proto si dopřává odklad. V této době vyvolává představa nemoci tak silnou úzkost, že se brání jejím zpochybněním, něco takového přece nemůže být pravda. Je strnulý, může mít pocity nereálnosti nastalé situace. Může prožívat fantazie, že to všechno není pravda, že se stane zázrak a on bude zase zdravý, v tomto období mají lidé tendenci k magickému uvažování. Tento způsob obrany však není dlouhodobě udržitelný. Jeho smyslem je poskytnout nemocnému čas, aby mohl přijmout silně traumatizující fakt, že již nikdy nebude zdravý, nebo dokonce vůbec nebude žít. Popření je běžnou psychickou reakcí na takovou situaci, která se někdy objevuje i navzdory somatickým potížím (již po určitou dobu signalizujícím ztrátu zdraví). V této fázi nemá smysl nemocného podrobněji informovat o dalším průběhu choroby, protože by tato fakta stejně nepřijal. Pokud je jeho obranou popření a je přesvědčen, že daná diagnóza je omyl a on se uzdraví, pak jsou pro něho naopak spíše rušivé. Dostálová (1986) nazývá tento typ reakce „hrou na Potěmkinovy vesnice“. Podobná tendence je zcela univerzální a funguje i u zdravé populace. Lidé mají sklon reagovat generalizovaným obranným postojem, který se projevuje přesvědčením, že jim se nemůže nic zlého stát. Každý samozřejmě ví, že se takové věci dějí, ale očekáváme, že jejich obětí bude někdo jiný.

- Fáze generalizace negativního hodnocení.** Člověk postupně přijímá skutečnost, že je nemocný. Somatické potíže, které jsou příznaky choroby, nelze donekonečna popírat ani bagatelizovat. Z kognitivního hlediska je třetí fáze charakteristická **dezorientací**, nemocný neví, co se s ním děje ani co bude dál. Nakonec se musí začít vyrovnávat i s tak těžkou zátěží, jakou je znehodnocení, či dokonce možné ohrožení vlastní existence. Lidé reagují různým způsobem, podle toho, jaké jsou jejich osobnostní vlastnosti a zkušenosti, jaká je úroveň jejich kompetencí, které hodnoty pro ně byly nejdůležitější apod. V této fázi se objevuje **tendence ke generalizované negaci**, z hlediska nemocného je všechno špatné, všechno ztratilo smysl, nic už nemá význam. Dochází k akcentaci hodnoty ztraceného či ohroženého zdraví, které se zdá být hlavním předpokladem přijatelného života. Pacient je přesvědčen, že může být šťasten jedině tehdy, když se uzdraví. Všechno ostatní nemá z jeho současného pohledu význam. V této době se objevují různé přechodné reakce, jež lze interpretovat spíše jako zastavení, kdy se člověk nebrání a pouze trpí, protože si dovede představit, co ho může čekat. Emoční reakce na uvědomění ztráty i dalšího ohrožení, které nemoc přináší, může být různá. Postupné uvědomování nepříznivé skutečnosti doprovází smutek i hněv.

Hněv a vztek, který navozuje tendenci s nemocí bojovat, hledat způsob, jak ji zvládnout, event. pouze ventilovat své napětí a frustraci. Nemocný se hněvá na svůj osud, jenž něco takového dopustil, bouří se proti němu a závidí ostatním lidem, kteří jsou zdraví, nebo svou nenávist obrací proti zdravotníkům, kteří mu nedovedou pomoci. Tato reakce se objevuje tehdy,