

agresivitou). Typické jsou úzkostné stavy provázené psychomotorickým neklidem. Řeč bývá nápadně strojená, objevují se neologismy a agramatismy. Řeč někdy zírác komunikační charakter a slává se hrou se slovy. Často se objevuje mutismus. Dítě věnuje více pozornosti věcem než lidem. Chování se stává stereotypní a ritualizované. Častým znakem schizofrenního pacienta ve školním věku bývá autismus, sporadicky se vyskytují bludy a halucinace.

U pubescentních a adolescentních pacientů se nejčastěji setkáváme s hebefrenní formou schizofrenie, která odpovídá jejich věkovým zvláštnostem. Negativistické projevy chování provází nedodržování hygienických návyků, nezáměr jako koukoliv činnost a autistické uzavření do sebe. Nápadným znakem je emoční ambivalence.

### 6.3. Maniodepresivní psychóza dětí a mladistvých.

Maniodepresivní psychóza patří mezi endogenní psychózy, jejichž hlavním projevem je periodické střídání emoitivity. Jedná se o fázickou chorobu, při níž dochází ke střídání období relativního zdraví s období "nemoci" manifestně se projevující deprezí či mánií.

Deprese je snižení a alterování životního cítu (Vondráček, 1972). Hlavními příznaky deprese jsou:

- hluboký smutek,
- snižená koncentrace pozornosti,
- záporný postoj k životu a pocit beznaděje,
- nechutenství,
- nespavost,
- úzkost a fóbie,
- chudost předstáv,
- snižená dynamogenie.

Mánie je definována jako elace životního cítu, spojená se zrychleným tokem asociací či tryskem představ (Vondráček, 1972).

Projevu se těmito příznaky:

- eufonie, pocit zdraví a výkonnosti,
- zvýšená chuť k práci, zrychlené pracovní tempo, ovšem na úkor kvality,
- kládny postoj k životu,
- dobrá chuť k jídlu, touha po požitcích,
- nespavost, která není chorobně pociťována,
- nedostatek zábran.

U dětí a mladistvých je výskyt maniodepresivní psychózy poměrně vzácný. Její projev se od psychózy v dospělém věku příliš neliší, pouze jednotlivé fáze bývají kratší a jejich intenzita podstatně slabší. Proto jsou počáteční projevy této choroby u dětí často považovány za prosté poruchy chování.

Úloha učitele při diagnostice a terapii psychotického onemocnění dítěte spočívá především ve včasném odhalení nápadností v chování dítěte a v důsledné snaze co nejdříve zajistit odborné vyšetření dítěte. Vlastní léčba této duševní choroby je již záležitostí dětského psychiatra a klinického psychologa.

## 7. Poruchy chování.

### 7.1. Charakteristika a klasifikace poruch chování.

Poruchami chování rozumíme takové projevy jedince, které se vymykají z průměrného chování dané věkové a sociokulturní kategorie (Edelsberg - Kábele, 1988). Poruchy chování vždy posuzujeme z hlediska věkové normy, z hlediska politaví, sociokulturního prostředí a situace.

Klasifikace poruch chování (Edelsberg - Kábele, 1988, Fischer, 1969, Bouchal - Koretný):

A. Z hlediska společenské závažnosti:

a) chování disociální (difičtní) je nejméně společensky závadné. Projevuje se jako dlůci a krátkodobé výstřelky v chování. Často souvisí s věkovými zvláštnostmi (pubescentní negativismus apod.). Tyto poruchy jsou odstranitelné běžnými pedagogickými prostředky. Patří sem zlovyky, dětský vzdor, neposlušnost, nekázeň, přestupky proti školnímu řádu, jez apod.

b) chování asociální je společensky závažnější, ale ještě nedochází k ničení společenských hodnot. Jedinec se vyřazuje ze svého sociálního prostředí, ale aktivně proti němu nevstupuje. Škodí především sám sobě. Nelze je řešit běžnými pedagogickými prostředky. Jsou to např. dětské útěky, toulavost, záškoláctví, negativismus v jednání s lidmi, alkoholismus, toxikomanie, sebepoškození, sebevraždy apod. Tyto poruchy chování se už vymykají běžným výchovným metodám užívaným za základní škole, nutno je řešit ve spolupráci s pedagogicko-psychologickou poradnou nebo dětskou psychiatrií. Při recidivě těchto poruch nebo při jejich narůstající intenzitě je třeba alespoň dočasně dítě umístit ve speciálním léčebném nebo výchovném zařízení (psychiatrické oddělení pro děti a mladistvé, dětský diagnostický ústav apod.).

c) chování antisociální se vyznačuje nejvyšší společenskou nebezpečností, porušováním základních společenských norem, často i právních. Jsou při tom ničeny společenské hodnoty. Jedinec škodí společností a toto chování produkuje vědomě s cílem ublížit. Tyto projevy chování jsou většinou trestně stíhané jako přestupky, přečiny a trestné činy. Jednotlivé činy se vyznačují různým stupněm agresivity a jsou namířeny proti majetku, osobám a proti společenským hodnotám vůbec. Patří sem: ublížení na zdraví, zneužití a znásilnění, krádež a loupež, vandalsví, výtržnictví a zabítí nebo vražda. Výše uvedené poruchy chování spadají do oblasti dětské kriminality (prekriminality) nebo do oblasti juvenilní delikvence. O dětské kriminalitě mluvíme do 15. roku věku dítěte, juvenilní delikvence se vztahuje na věkovou kategorii od 15 do 18 let.

Náprava delikventního chování mladistvých se děje v zařízeních nápravné výchovné péče pro mladistvé. Tato zařízení patří do resortu ministerstva spravedlnosti.

B. Z hlediska intenzity.

a) Poruchy chování méně závažné (dětská neposlušnost, vzdor, @LH 6 negativismus).

b) Závažnější poruchy chování (záškoláctví, toulky).

mít i lež dobré pohánky (ochránit kamaráda, nezpůsobit někomu bolest apod.). Pravá lež sleduje vždy nějaký účel.

Nejčastějším motivem lži u dětí školního věku je strach a chvástavost. U lži pod vlivem strachu se snažíme dítěti vysvětlit nesprávnost jeho chování, ale současně povzbuzujeme jeho odvahu a kladně posilujeme jeho přiznání chyby či přestupku. Pokud je motivem lži chvástavost, zamysleme se nad tím, zda dítě chlubitivostí nekompenzuje pocit neúspěšnosti nebo špatnou sociometrickou pozici.

Od pravé lži nuno odlišovat lež bájivou (pseudologia phantastica), která spočívá ve vyprávění dlouhých příběhů ze svého života. Jsou podávány senzačním způsobem a děti se do nich tak vžívají, že jim dokonce saný věří. V plně rozvinuté formě se vyskytují až v pubertě, a to zejména u jedinců s hysterickými rysy osobnosti. Často je příznakem vážné duševní choroby (schizofrenie). S prvky bájivé lži se setkáváme už u dětí mladšího školního věku a zpravidla signalizují tendenci k hysteroidnímu vývoji osobnosti.

Při výchově k pravdomluvnosti je důležité nejen dětem vštěpovat zásady správného chování, ale především na ně působit pozitivním příkladem.

D. Útlčky a toulky jsou svévolná vzdálení se nedospělého jedince z rodiny, internátního zařízení, z výchovného ústavu (Edelsberger - Kábele, 1988). Toulky, při nichž dítě opouští domov na delší dobu bez souhlasu rodičů, považujeme za závažnější poruchy než pouhé útlčky. Toulavost často začíná nedochvilností, která se postupně zvětšuje, až dítě zůstává mimo domov i přes noc. S touláním se setkáváme už u dětí předškolního věku, nemají-li dostatečný dohled nebo dostatečně podnětné prostředí pro jejich rozvoj. Dítě pak vyhledává prostředí, kde má více podnětů ke hře a k spontánní činnosti.

U dětí školního věku jsou nejčastějšími příčinami útěků a toulce

- panický strach z následek svého činu (ze špatné známky, z poznámky apod.),
- konflikty v oblasti mezilidských vztahů (konflikt s rodiči, se spolužáky, s učitelem apod.),
- vnitřní konflikt (konflikt mezi dvěma motivy, konflikt mezi svědomím a potřebou),
- erotický vztah k mladistvé nebo dospělé osobě,
- impulzivní jednání na bázi neurozy nebo psychopatického vývoje,
- hysterické rysy osobnosti (dítě chce někoho emočně vydírat nebo postrašit, popř. být zajímavé),
- psychické změny po úrazech mozku nebo po zánětech mozku a mozkových plen,
- psychické změny při duševních chorobách (při schizofrenii apod.).

Při výchovném nebo terapeutickém přístupu k dětem, které utkají z domova nebo z prostředí, které je obklopuje, je nutné vždy vycházet z rozboru osobnosti a životní situace dítěte. V případech, kdy příčinou toulání je konfliktní situace v rodině nebo v jiné sociální skupině, k níž dítě patří, považujeme za málo účinnou individuální terapii zaměřenou pouze na osobnost dítěte. Mnohem efektivnější je v těchto případech terapie skupinová (např. rodinná), při níž působíme na úpravu mezilidských vztahů a sociálního klimatu, které dítě obklopuje. Toulavost, která je symptomatickým duševní chorobou již nespadá do kompetence výchovných zařízení, ale psychiatrických ambulancí nebo léčeben.

E. Záškoláctví. S tonikami a útlčky někdy souvisí záškoláctví, při němž se dítě vyhýbá pobytu ve škole (Fischer, 1965). Edelsberger - Kábele (1988) definují záškoláctví jako útlék ze školní výuky nebo nedostavení se do školy bez patřičné příčiny nebo se zřídčením omluvou. Spouští se buď v individuální formě nebo ve skupinové formě. Záškoláctví je často vysvětlením mechanismem dalších poruch (krádeže, loupeže apod.). Signalizuje, že jedinec nerespektuje pedagogické autority, zásady školního řádu, ani rodiče. Motivem záškoláctví může být strach ze zkoušení, nuda při vyučování, konflikt se spolužáky nebo s učitelem. Pokud

c) Nejzávažnější poruchy chování (krádež, loupež, sexuální deviace), které jsou ve společnosti defnovány jako trestná činnost.

C. Z hlediska frekvence výskytu.

a) Ojedinelé a náhodné poruchy chování (zpravidla se dají řešit normálními pedagogickými prostředky).

b) Opakující se poruchy chování (většinou vyžadují zaměřené intenzivní působení ve spolupráci s pedagogicko-psychologickou poradnou nebo dětskou psychiatrií).

D. Z hlediska věku původce poruchy chování.

a) Poruchy chování, které jsou vázány pouze na určitou věkovou kategorii (záškoláctví od 6. až 7. roku věku, sexuální poruchy až od puberty).

b) Poruchy chování vyskytující se bez ohledu na věk (neposlušnost, lež).

E. Z hlediska příčiny vzniku poruchy chování.

a) Poruchy chování na podkladě funkční poruchy CNS (jako příznak neurozy).

b) Poruchy chování na organickém podkladě (při epilepsii).

c) Poruchy chování na bázi disharmonického vývoje osobnosti nebo emoční deprivace.

d) Poruchy chování na podkladě výchovné zanedbanosti nebo sociální narušenosti.

## 7.2. Nejčastější poruchy chování u dětí školního věku.

A. Nadměrné upoutávání pozornosti. S nevhodným upoutáváním pozornosti se setkáváme u dětí neurotických, s hysterickými rysy osobnosti. Upoutávání pozornosti na svou osobu je v některých případech technikou vyrovnávání se s náročnými životními situacemi (např. prospěchově slabý žák se snaží upoutat pozornost spolužáků nápadným chováním, grimasováním, provokováním učitele apod.). Tendenci k předvádění podporují někdy u svých dětí rodiče už v předškolním věku (ukazují, co děti dovedou). Nejlepší výchovný přístup ze strany učitele je nevěnovat těmto projevům chování pozornost a nenechat se vyprovokovat.

B. Dětská neposlušnost, nekázeň a vzdorovitost. Neposlušnost a nekázeň je neplnění pokynů vychovatele, nerespektování norem a prosazování vlastních záměrů výchovně nezáhodnocích (Edelsberger - Kábele, 1988). Pojmu "nekázeň" se používá ve vztahu ke škole, pojmu "neposlušnost" v prostředí mimoškolním a rodinném. Může se vyvinout v negativismus nebo vzdorovitost.

Vzdorovitost spočívá v tom, že jedinec aktivně odpírá podřídit se výchovným požadavkům (Edelsberger - Kábele, 1988). Vyskytuje se buď v aktivní formě jako agresivní chování nebo v pasivní formě jako negativismus. Negativismus je často maladaptivní formou vyrovnání se s náročnou životní situací. Určitá míra negativismu je "fyzilogická" mezi 2. a 3. rokem života dítěte ("období 1. vzdoru") a v pubertě ("období 2. vzdoru"). V obou případech je negativismus přirozeným projevem boje o autonomii. Při jeho násilném potlačování může vzrůst do povahy dítěte a stát se součástí jeho osobnosti. Někdy je zvýšený negativismus dítěte výsledkem příliš autoritativní nebo perfekcionalistické výchovy.

C. Dětská lež. Lež je vědomé a záměrné zkrášlování skutečnosti za účelem ochránit se, vyhnout se nepříjemné situaci, povinnosti nebo se záměrem ublížit tímto způsobem jinému (Edelsberger - Kábele, 1988). O lži hovoříme až tehdy, kdy je dítě schopno odlišovat skutečnost od fantazijních představ. Častá lež je zpravidla průvodním znakem mravní narušenosti. Při hodnocení závažnosti lži je nutno posoudit, zda je lež průzračná či rafinovaná, zda jde o lež ojedinelou nebo o návyk. Nejzávažnější je lež, jejímž účelem je někomu ublížit. Výjimečně může

je strach ze školy vystupňovaný, mluvíme o školní fóbii. Ta bývá často provázána i vegetativními či tělesnými projevy (průjemy, zvracení, bolest hlavy). Školní fobie je vlastně vystupňovanou formou nechuť k učení a negativního vztahu ke škole. Jestliže zjistíme, že dítě chodí nerado do školy, musíme se vždy zamyslet nad příčinou tohoto jevu. K nejčastějším příčinám negativního vztahu ke škole patří:

- špatná přizpůsobivost dítěte v důsledku nezralosti (dítě nedovede přijmout roli žáka a spolupracovat s učitelem),
- nižší úroveň rozumových schopností (dítě trpí pocíty méněcennosti, není v dostatečné míře uspokojeno jeho potřebou po sebeuplatnění),
- nadprůměrné nadání (dítěti se nedostává dostatek podnětů k rozvoji jeho schopností, není dostatečně zaměstnáno a nudí se),
- tělesné a pohybové vady (dítě je mnohdy terčem posměchu spolužáků nebo je vyřazeno z kolektivu),
- zvýšený neuroticismus dítěte (dítě je předtílivé, nervově labilní a neumí se vyrovnávat s náročnými životními situacemi),
- nejednotný přístup rodičů a školy,
- nevhodný přístup učitele,
- špatná pozice žáka ve struktuře skupiny vrstevníků.

Posítož žáka ke škole se vytváří především v prvních ročnících základní školy. Negativní vztah k učení u žáka mladšího školního věku se může přenést do vyšších ročníků a může poznamenat jeho celoživotní vztah ke vzdělání. Nezasupitelnou úlohu ve vytváření kladné motivace k učení má učitel, který by měl na základě důkladné znalosti žákovy osobnosti soustavně vytvářet předpoklady k rozvoji jeho pozitivního vztahu ke škole. Konkrétně to znamená:

- intelektové podprůměrným žákům dát možnost kompenzace pocíty neuspěšnosti,
- intelektové nadprůměrným žákům dávat dostatek podnětů k rozvoji jejich schopností,
- vytvářet dobré sociální klima ve třídě,
- izolované a neobříbené žáky zapojit do kolektivní činnosti a snažit se zlepšit jejich sociometrickou pozici ve třídě,
- taktně přistupovat k dětem předtílivým a nervově labilním a ve spolupráci s rodinou postupně zvyšovat jejich @LH 6
- frustrační toleranci.

F. Dětská krádež je vědomé odcizení určité věci. Předpokládá takový stupeň duševního vývoje dítěte, kdy již rozezná rozdíl mezi svými a cizími věcmi a etickou nepřijatelnost tohoto čínu.

Nejčastější motivy dětských krádeží:

- Touha přivlastnit si něco, co obdivuje u jiného dítěte a co je mu nedostupné.
- Touha po něčem zakázaném (obězní dítě nebo dítě s přísnou dietou kradie jídlo).
- Nápodobu špatného příkladu z rodiny nebo z jiné sociální skupiny.
- Kompenzace pocíty méněcennosti (snaha upoutat na sebe pozornost).
- Snaha zavděčit se spolužákům a získat si jejich přátelství (u dětí, které mají špatnou sociometrickou pozici ve skupině vrstevníků).
- Snaha někomu ublížit (škodolibost, zlomyslnost).
- Impulzivní chování, nezdrženlivost.

Kleptománie je nulkavé jednání, při němž je cílem akt krádeže, nikoliv odcizená věc. Pro tuto poruchu je příznačné, že dítě odcizuje předměty neúčelné, o které okamžitě po krádeži ztratí zájem, často je i zahodí.

Zatímco krádež je výchovným problémem, kleptománie je duševní poruchou, která se nemá zvládnout normálními pedagogickými prostředky. Apelovat na vůli dětského nebo

dospělého kleptomana nemá smysl, neboť při snaze potlačit toto jednání prožívá jedinec nepříkonalné vnitřní napětí až úzkost.

G. Dětská agresivita a nenávisť k lidem. Nenávisť je emocionální stav, který s sebou přináší nepřiznivý postoj k lidem, někdy současně s agresivním obsahem představ nebo i jednání, jindy s pocíty mravního opovržení (Fischer, 1963).

Agresivní jednání lze charakterizovat násilností, popř. uplatněním destruktivních tendencí. Zdrojem pocíty nenávisťi a agresivního chování u dětí bývá nejčastěji:

- Porušení citového pouta k blízkým lidem.
- Závislost dítěte na agresivním vychovateli (dítě se odraegovává na mladších nebo slabších dětech).
- Tělesné vady či nápadnosti (dětí s tělesnými vadami bývají často vztahovačné a projevují se jako zlé. Nápadně malý či velký vzrůst, popř. obezita mohou být zdrojem komplexů méněcennosti a vést k tzv. překompenzování ve formě agresivního chování).
- Psychopatický vývoj dítěte (zvýšená vztahovačnost, nedřvivživost, egoismus apod.).

### 7.3. Delikvence mladistvých.

Poruchy chování často přerostou v delikventní chování, které lze charakterizovat jako takové jednání, jež je předmětem stíhání a vyšetřování společensky kontrolními institucemi (policií a soudy).

Nejčastějšími příčinami delikvence mladistvých jsou (Fischer, 1965):

- výchovná zanedbanost,
- disharmonický vývoj osobnosti,
- neurotické rysy osobnosti,
- snižení rozumových schopností,
- organické poruchy mozku.

Současné trendy vývoje delikvence mladistvých lze charakterizovat takto (Lesný - Špliz, 1989):

- Frekvence delikventního chování mladistvých stoupá.
- Klesá věková hranice mladistvých delikventů.
- Delikvence mladistvých se přesouvá ze sociálně slabých rodin do rodin společensky dobře přizpůsobených a prosperujících.
- Delikvence mladistvých koreluje s dysfunkcí rodin a s rozvodovostí.
- Při delikventním jednání mladistvých se stále výrazněji uplatňuje agresivita a násilí.

Prevence delikventního chování mladistvých spočívá především v pevném rodinném zázemí, v láskyplné a důsledné výchově a v jednotné socializační strategii všech institucí, které formují osobnost dítěte. Nezasupitelné místo v socializačním procesu zaujímá vedle rodiny škola. Učitel by měl u dětí včas rozpoznat tendence k asociálnímu či antisociálnímu formám chování, které mohou vyústit v delikventní aktivity. Řada výzkumů potvrzuje, že u mladistvých delikventů se setkáváme s poruchou selfkonceptu. Vzhledem k tomu, že adekvátní sebehodnocení člověka závisí mimo jiné i na chování sociálního okolí k němu, měl by učitel korigovat neaktívni a necitlivé chování k žákům se špatnou sociometrickou pozicí.

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

## Shrnutí

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

## Kontrolní otázky

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

# 3 Stručný přehled poruch jednotlivých psychických funkcí

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

## 3.1 Poruchy kognitivních procesů

### 3.1.1 Poruchy vnímání

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

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

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

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

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

### 3.1.2 Poruchy paměti

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

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

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

### 3.1.3 Poruchy myšlení

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

#### Kvantitativní poruchy myšlení

Projevují se změnou tempa nebo zaměřeností myšlení. Poruchy tempa myšlení zahrnují:

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

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

#### Kvalitativní poruchy myšlení

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

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

### 3.1.4 Poruchy řeči

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

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

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

## 3.2 Poruchy emocí a motivace

### 3.2.1 Poruchy emocí

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

#### Poruchy afektů

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

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

#### Poruchy nálady

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

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

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

### 3.2.2 Poruchy pudů

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

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

### 3.2.3 Poruchy vůle

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

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

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

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

## 3.3 Poruchy vědomí a pozornosti

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

### 3.3.1 Kvantitativní poruchy vědomí

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

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

### 3.3.2 Kvalitativní poruchy vědomí

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

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

### 3.3.3 Poruchy pozornosti

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

### 3.4 Poruchy osobnosti

Osobnost lze definovat jako duševní celek, charakteristický:

- a) vnitřní jednotou a strukturovaností jeho dílčích složek;
- b) individuální specifitostí, odlišností od jiných osobností;
- c) vývojovou kontinuitou, tj. relativní stálostí psychických vlastností v průběhu vývoje (Vágnerová, 1997).

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

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

### Shrnutí

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

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

### Kontrolní otázky

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

## 4 Psychologické vyšetření

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

### 4.1 Psychologické vyšetření

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

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

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

### 4.2 Zdroje informace o vyšetřovaném člověku

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

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

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