

P. Říčan, D. Krejčířová a kol.



DĚTSKÁ KLINICKÁ PSYCHOLOGIE

4., PŘEPRACOVANÉ A DOPLNĚNÉ VYDÁNÍ



GRADA®

GRADA®



Pavel Říčan, Dana Krejčířová a kolektiv

DĚTSKÁ KLINICKÁ PSYCHOLOGIE

4., PŘEPRACOVANÉ
A DOPLNĚNÉ VYDÁNÍ

Grada Publishing

Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude trestně stíháno.

prof. PhDr. Pavel Říčan, CSc., PhDr. Dana Krejčířová a kolektiv

DĚTSKÁ KLINICKÁ PSYCHOLOGIE

4., přepracované a doplněné vydání

Autorský kolektiv:

doc. PhDr. Karel Balcar, CSc.

PhDr. Jaroslava Dittrichová, CSc.

doc. PhDr. Jana Kocourková

PhDr. Dana Krejčířová

MUDr. Karel Nešpor, CSc.

Mgr. Libuše Pihrtová

prof. PhDr. Pavel Říčan, CSc.

PhDr. Michael Šebek, CSc.

PhDr. Zoa Šedivá

doc. PhDr. Jaroslav Šturma

PhDr. Zofia Toužimská, CSc.

doc. PhDr. RNDr. Marie Vágnerová, CSc.

PhDr. Eva Vymlátilová

PhDr. Miroslav Vyhnanálek, CSc.

prof. PhDr. Petr Weiss, Ph.D.

Vydala Grada Publishing, a.s.

U Průhonu 22, 170 00 Praha 7

tel.: +420 220 386 401, fax: +420 220 386 400

www.grada.cz

jako svou 2488. publikaci

Odpovědná redaktorka Helena Varšavská

Sazba a zlom Milan Vokál

Počet stran 608

Vydání 4., 2006

1. vydání v nakladatelství Avicenum, 1991

2. a 3. vydání v nakladatelství Grada Publishing, a.s., 1995, 1997

Dotisk 2007, 2008, 2009, 2011, 2012, 2015, 2018, 2020

Recenze ke 2. vydání: prof. PhDr. Zdeněk Matějček, CSc.

Vytiskla tiskárna PBtisk, s.r.o., Příbram

© Grada Publishing, a.s., 2006

Cover Photo © doc. MUDr. Pavel Žáček, Ph.D.

ISBN 978-80-247-9094-7 (pdf)

ISBN 978-80-247-1049-5 (print)

OBSAH

PŘEDMLUVA KE ČTVRTÉMU VYDÁNÍ 19

ÚVOD 21 (P. Říčan)

DÍL I.

OBECNÉ OTÁZKY DĚTSKÉ KLINICKÉ PSYCHOLOGIE

1. KLINICKÁ PSYCHOLOGIE JAKO APLIKACE PSYCHOLOGICKÝCH VĚD A JAKO ODPOVĚĎ NA POTŘEBY PRAXE 25 (P. Říčan)

2. HISTORIE OBORU VE SVĚTĚ A U NÁS 29 (J. Šturma)

3. PROFESE KLINICKÉHO PSYCHOLOGA 35 (P. Říčan)

3.1 Profesiogram 35

3.2 Nároky na odbornost a osobnost klinického psychologa 36 (P. Říčan, D. Krejčířová)

3.3 Profesionální etika 38 (P. Říčan)

3.3.1 Kritičnost k oboru a k vlastní osobě 38

3.3.2 Problém obětavosti 39

3.3.3 Odborný zájem psychologa a osobní zájem pacienta 39

3.3.4 Saturace citových potřeb psychologa 40

3.3.5 Kolegiální vztahy 40

3.3.6 Profesionální tajemství 40

DÍL II.

PORUCHY PSYCHICKÉHO VÝVOJE V DĚTSKÉM A DOROSTOVÉM VĚKU

4. OBECNÉ PRINCIPY PSYCHICKÉHO VÝVOJE JAKO ZÁKLAD PRO POZNÁNÍ PSYCHICKÝCH PORUCH U DĚtí 45 (P. Říčan)

4.1 Stadia vývoje osobnosti podle Eriksona 49

5. DĚDIČNOST PSYCHICKÝCH VLASTNOSTÍ, JEJICH ODCHYLEK	
A PORUCH	53
(<i>M. Vágnerová</i>)	
5.1 Dědičnost psychických odchylek a poruch	57
5.1.1 Dědičnost mentálního postižení a pervazivních vývojových poruch	60
5.1.2 Dědičnost specifických poruch učení a chování	63
5.1.3 Dědičnost psychotických a afektivních poruch	65
5.1.4 Dědičnost úzkostních a neurotických poruch	66
5.1.5 Dědičnost psychických poruch spojených se somatickými problémy	67
5.1.6 Dědičnost a tendence k užívání psychoaktivních látek	68
5.2 Shrnutí	68
6. PSYCHOLOGIE NEMOCNÝCH A ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÝCH DĚtí	69
6.1 Reakce rodiny na sdělení závažné diagnózy u dítěte	69
(<i>D. Krejčířová</i>)	
6.2 Psychologické aspekty letálních nemocí v dětském věku	74
(<i>M. Vyháňálek</i>)	
6.2.1 Proces vyrovávání s letálním onemocněním	75
6.2.2 Vývoj pojmu smrti u zdravého dítěte	77
6.2.3 Vývoj pojmu smrti u letálně nemocného dítěte	77
6.2.4 Reakce rodiny na letální onemocnění dítěte	78
6.3 Chronicky nemocné dítě, zvládání nemoci a bolesti u dětí	79
(<i>D. Krejčířová</i>)	
6.3.1 Vývojové aspekty	80
6.3.2 Problematika bolesti u dětí	83
6.3.3 Programy zaměřené na zvládání nemoci a bolesti v dětství	84
6.4 Psychologie geneticky postižených dětí	86
(<i>M. Vyháňálek</i>)	
6.4.1 Rodinný kontext nemoci	86
6.4.2 Percepce hrozby opakování výskytu genetické vady v rodině	87
6.4.3 Problematika viny a odpovědnosti u přenášečů vad	88
6.5 Psychologická problematika některých neurologických onemocnění v dětství	89
(<i>D. Krejčířová</i>)	
6.5.1 Dětská mozková obrna (DMO)	89
6.5.2 Epilepsie	92
6.5.3 Infekce CNS	94
6.5.4 Úrazy hlavy u dětí	94
6.5.5 Diagnostika organicity u dětí	96
6.6 Sluchově postižené dítě	107
6.6.1 Neslyšící dítě v klinické praxi	107
(<i>E. Vymlátilová</i>)	
6.6.1.1 Vady sluchu u dětí	107
6.6.1.2 Vývoj neslyšícího dítěte	108
6.6.1.3 Faktory ovlivňující psychický vývoj dítěte	109
6.6.1.4 Osobnost neslyšícího	111

6.6.1.5	Neurotické projevy a poruchy chování	111
6.6.1.6	Psychodiagnostika	112
6.6.1.7	Terapeutické postupy – programy zaměřené na dítě	113
6.6.1.8	Psychoterapie rodičů	113
6.6.2	Kochleární implantáty u dětí	116
6.6.2.1	Psychologická kritéria výběru kandidátů	116
6.6.2.2	Diagnostika předpokladů pro rozvoj mluvené řeči	117
6.6.2.3	Očekávání rodičů	118
6.6.2.4	Poradenství a psychoterapie rodičů	119
6.6.2.5	Výsledky dětí s kochleárním implantátem	119
6.6.2.6	Etický přístup k problematice kochleárních implantací	121
6.6.3	Sluchově postižené dítě ve výchovně-vzdělávacím procesu	122
	(Z. Šedivá)	
6.6.3.1	Diagnostika sluchově postižených	122
6.6.3.2	Vzdělávání a výchova sluchově postižených	125
6.6.4	Filozofický přístup k výchově a vzdělávání sluchově postižených	128
6.6.4.1	Klinický přístup	128
6.6.4.2	Etnický přístup	128
6.7	Děti se zrakovým postižením	129
	(L. Pihrtová)	
6.7.1	Děti nevidomé od narození, odlišnosti ve vývoji	129
6.7.2	Děti s kortikálním postižením zraku	133
6.7.3	Děti a dospívající se získanou poruchou zraku	134
6.7.4	Zásady pro psychologické vyšetření dětí se zrakovým postižením	135
6.7.5	Diagnostické postupy a metody	136
6.7.6	Psychoterapeutické přístupy	137
6.7.7	Podpora rodiny	137
6.7.8	Poradenství při vstupu dítěte do školy nebo sociální instituce	138
6.7.9	Psychologická pomoc v období dospívání	139
7.	PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY PSYCHOSOMATICKÝCH PORUCH	
	V DĚTSTVÍ A DOSPÍVÁNÍ	141
	(K. Balcar)	
7.1	Povaha psychosomatických poruch	141
7.2	Zdroje psychosomatických poruch	142
7.3	Nejdůležitější úrovně rozboru a léčení psychosomatických poruch	145
7.4	Psychologická stránka psychosomatických poruch	147
7.5	Rodinná stránka psychosomatických poruch	148
7.6	Diagnóza psychosomatické poruchy u dítěte	149
7.7	Psychoterapie u psychosomatických onemocnění	150
8.	SPECIFICKÉ PORUCHY UČENÍ A CHOVÁNÍ	155
	(J. Šturma)	
8.1	Zdroje konceptu specifických poruch chování v historickém pohledu	155
8.2	Koncept lehkých dětských encefalopatií	156
8.3	Lehké mozkové dysfunkce jako typ specifických vývojových poruch	157

8.4	Poruchy čtení, psaní a pravopisu v historickém přehledu	158
8.4.1	Vymezení dyslexie	159
8.4.2	Společné rysy dyslexie a lehkých mozkových dysfunkcí	160
8.5	Specifické poruchy učení	162
8.6	Specifické vývojové poruchy: specifické poruchy učení a specifické poruchy chování	163
8.7	Co po jménu...	164
8.8	Organizace nápravné péče o děti se specifickými vývojovými poruchami	164
8.8.1	Pětistupňový model péče o děti se specifickými vývojovými poruchami	165
8.9	Školská opatření a organizace péče o děti se specifickými vývojovými poruchami	167
8.9.1	Integrace dětí se specifickými poruchami	168
8.10	Klinické obrazy specifických poruch učení	170
8.10.1	Dyslexie a její typy	170
8.10.1.1	Dyslexie na podkladě percepčních deficitů	170
8.10.1.2	Dyslexie s převahou obtíží v oblasti motorické	171
8.10.1.3	Dyslexie na podkladě integračních obtíží	171
8.10.1.4	Dyslexie s poruchou dynamiky základních psychických procesů	172
8.10.1.5	Dyslexie z hlediska vzájemného vztahu verbální a názorové složky intelektu	172
8.10.1.6	Dyslexie z hlediska lateralizace mozkových hemisfér	173
8.10.2	Psychologické vyšetření dyslekтика	173
8.10.2.1	Vyšetření čtení, psaní a pravopisu	174
8.10.2.2	Vyšetření intelektu	174
8.10.2.3	Vyšetření řeči	174
8.10.2.4	Vyšetření speciálních funkcí	174
8.10.2.5	Soubory zkoušek k diagnostice specifických poruch učení	176
8.10.2.6	Sepětí diagnostiky a nápravy (terapie)	176
8.10.3	Dyskalkulie	177
8.10.3.1	Třídění dyskalkulie	177
8.10.3.2	Diagnostika a náprava	178
8.10.4	Dysmúzie	178
8.10.5	Dyspraxie	178
8.10.6	Dyspraxie	178
8.11	Specifické vývojové poruchy a mezinárodní klasifikace nemocí	179
9.	PORUCHY ŘEČI U DĚTÍ	181
	<i>(D. Krejčířová)</i>	
9.1	Vývojové poruchy řeči	181
9.1.1	Vývojová dysfázie	181
9.1.2	Diagnostika dětí s vývojovou dysfázií	184
9.1.3	Poruchy artikulace	186
9.1.4	Specifické poruchy řeči	186
9.2	Získané poruchy řeči u dětí (afázie)	187

9.3	Rehabilitační a terapeutické přístupy u dětí s poruchami řeči	188
9.4	Poruchy plynulosti řeči	189
9.4.1	Koktavost (balbuties)	189
	(<i>E. Vymlátilová</i>)	
9.4.1.1	Příznaky	189
9.4.1.2	Příčina	190
9.4.1.3	Psychoterapie a logopedická terapie	191
9.4.2	Breptavost	193
	(<i>D. Krejčířová</i>)	
9.4.3	Elektivní mutismus (F94.4)	193
10.	MENTÁLNÍ RETARDACE A PERVAZIVNÍ VÝVOJOVÉ PORUCHY	195
	(<i>D. Krejčířová</i>)	
10.1	Mentální retardace	195
10.1.1	Lehká mentální retardace (IQ 50–69)	198
10.1.2	Středně těžká mentální retardace (IQ 35–49)	198
10.1.3	Těžká mentální retardace (IQ 20–34)	199
10.1.4	Hluboká mentální retardace (IQ < 20)	199
10.1.5	Problematika integrace dětí s mentální retardací do běžných škol	200
10.1.6	Diagnostika dětí s mentální retardací	202
10.1.7	Diferenciální diagnostika MR	204
10.2	Demence u dětí	205
10.3	Pervazivní vývojové poruchy (F84)	205
10.3.1	Časný infantilní autismus (F84.0)	206
10.3.2	Psychologická podstata autismu	208
10.3.3	Diagnostika dětí s autismem	212
10.3.4	Psychologické vyšetření dětí s autismem	213
10.3.5	Diferenciální diagnostika oproti poruchám mimo autistické spektrum	214
10.3.6	Diferenciální diagnostika poruch v rámci autistického spektra	217
10.3.6.1	Atypický autismus	217
10.3.6.2	Jiná dezintegrační porucha v dětství (F84.3)	217
10.3.6.3	Aspergerův syndrom	218
10.3.6.4	Přechodné autistické syndromy	220
10.3.7	Výchova, vzdělávání a terapie u dětí s autismem	221
11.	EMOČNÍ PORUCHY A PORUCHY CHOVÁNÍ V DĚTSTVÍ	
	A V DOSPÍVÁNÍ	225
11.1	Úzkostné poruchy	225
	(<i>D. Krejčířová</i>)	
11.1.1	Patologická úzkost	226
11.1.2	Generalizovaná úzkostná porucha (F41.1)	226
11.1.3	Vyhýbavá porucha (F93.2)	226
11.1.4	Školní fobie a separační úzkost (F93.0)	227
11.2	Disociativní a konverzní porucha (F44)	229
	(<i>D. Krejčířová</i>)	

11.3	Somatizační porucha	230
	(<i>D. Krejčířová</i>)	
11.4	Obsedantně-kompulzivní porucha	230
	(<i>J. Kocourková</i>)	
11.5	Deprese u dětí (F32)	233
	(<i>D. Krejčířová</i>)	
11.5.1	Kojenecký věk	234
11.5.2	Batolecí věk	234
11.5.3	Předškolní věk	234
11.5.4	Školní věk	235
11.5.5	Puberta a adolescence	235
11.6	Suicidální chování v dětském a adolescentním věku	238
	(<i>J. Kocourková</i>)	
11.7	Poruchy chování u dětí (F91)	240
	(<i>D. Krejčířová</i>)	
11.7.1	Psychologicky podmíněné poruchy chování	241
11.7.2	Rodinně podmíněné poruchy chování	242
11.7.3	Diagnostika dětí s poruchami chování	242
11.8	Poruchy přizpůsobení	244
	(<i>D. Krejčířová</i>)	
11.9	Agresivita u dětí	245
	(<i>Z. Toužimská</i>)	
11.9.1	Vymezení pojmu	245
11.9.2	Agresivita jako symptom psychické poruchy	245
11.9.3	Faktory podporující agresivitu u dětí	246
11.9.4	Terapie a prevence agresivního chování u dětí	248
12.	PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY A SPÁNKU U DĚTÍ	251
12.1	Poruchy příjmu potravy	251
	(<i>J. Kocourková</i>)	
12.1.1	Mentální anorexie	251
12.1.2	Mentální bulimie	252
12.1.3	Diagnostika poruch příjmu potravy	252
12.1.4	Etiopatogeneze	253
12.1.5	Terapie poruch příjmu potravy	255
12.2	Neprospívání bez organické příčiny (kojenecký a batolecí věk)	255
	(<i>D. Krejčířová</i>)	
12.3	Nechutensví u dětí	257
	(<i>D. Krejčířová</i>)	
12.4	Poruchy spánku	258
	(<i>D. Krejčířová</i>)	

13. PROBLÉMY PŮSOBENÉ ALKOHOLEM, NÁVYKOVÝMI LÁTKAMI A HAZARDNÍ HROU V DĚTSTVÍ A DOSPÍVÁNÍ	261
<i>(K. Nešpor)</i>	
13.1 Některé zvláštnosti těchto problémů u dětí a dospívajících	261
13.2 Epidemiologie	262
13.3 Diagnostika problémů působených alkoholem a jinými návykovými látkami podle 10. revize mezinárodní klasifikace nemocí	263
13.3.1 Přehled	263
13.3.2 Skupiny psychoaktivních látek	264
13.3.3 Diagnostické kategorie	271
13.3.4 Patologické hráčství (F63.0)	274
13.3.5 Jiné formy návykového jednání	274
13.4 Krátká intervence u problémů působených alkoholem, jinými návykovými látkami a hazardní hrou	274
13.4.1 Specifika krátké intervence u dětí a dospívajících	276
13.5 Léčba problémů působených alkoholem, jinými návykovými látkami a hazardní hrou	277
13.6 Prevence škodlivého užívání návykových látek a problémů působených hazardní hrou	280
14. PSYCHOSEXUÁLNÍ VÝVOJ A JEHO PORUCHY	283
<i>(P. Weiss)</i>	
14.1 Biologická determinace pohlavního vývoje	283
14.2 Determinanty psychosexuálního vývoje	284
14.2.1 Sexuální identifikace	284
14.2.2 Sexuální role	284
14.2.3 Sexuální preference	285
14.2.4 Sexuální chování	285
14.3 Závěr	286
15. DĚTI OHROŽENÉ PROSTŘEDÍM	287
15.1 Psychická deprivace, týrání a zanedbávání dítěte	287
<i>(D. Krejčířová)</i>	
15.2 Vývoj dětí s psychickou deprivací	288
<i>(D. Krejčířová)</i>	
15.3 „Syndrom týraného dítěte“	289
<i>(D. Krejčířová)</i>	
15.4 Sexuální zneužívání dětí	291
<i>(J. Kocourková)</i>	
15.5 Rizikové faktory vztahové patologie	295
<i>(D. Krejčířová)</i>	
15.6 Prevence týrání a špatného zacházení s dítětem, terapeutické možnosti . . .	298
<i>(D. Krejčířová)</i>	

16. ŠKOLNÍ ZRALOST A JEJÍ PORUCHY	301
(J. Šturma)	
16.1 Pojetí školní zralosti	302
16.2 Znaky školní zralosti	302
16.2.1 Tělesný vývoj a zdravotní stav	302
16.2.2 Věk	303
16.2.3 Rozdíly mezi chlapci a dívkami	303
16.2.4 Podnětnost výchovného prostředí	304
16.3 Požadavky školy	304
16.4 Psychická zralost	305
16.4.1 Zralost poznávacích a rozumových funkcí a schopností	305
16.4.2 Pracovní vyspělost	305
16.4.3 Citová a sociální zralost	306
16.5 Školní nezralost	306
16.6 Opatření pro školsky nezralé děti	307
16.6.1 Zaměřené rozvíjení a náprava	307
16.6.2 Humanizace školy	308
16.6.3 Vyrovávací třída	308
16.6.4 Odklad školní docházky	309
16.6.5 Přípravné třídy pro děti se sociálním znevýhodněním	310
16.7 Diagnostika školní (ne)zralosti	310
16.7.1 Zásady vyšetření	310
16.7.2 Některé metody vyšetření školní zralosti	310

DÍL III.

KLINICKOPSYCHOLOGICKÁ DIAGNOSTIKA

17. STRATEGIE KLINICKOPSYCHOLOGICKÉHO VYŠETŘENÍ	315
(P. Říčan)	
17.1 Princip cíleného vyšetření	315
17.2 Ekologický princip	316
17.3 Princip kontinuálního psychologického poznávání dítěte	316
17.4 Zdroje informací o dítěti	317
17.5 Princip frakcionovaného vyšetření	318
18. VEDENÍ PSYCHOLOGICKÉHO VYŠETŘENÍ	319
(P. Říčan)	
18.1 Předběžné studium dokumentace	319
18.2 Navázání a udržení kontaktu	319
18.3 Řazení diagnostických technik	321
18.4 Ukončení vyšetření	321
19. TECHNIKY PSYCHOLOGICKÉ DIAGNOSTIKY V DĚTSKÉM VĚKU	323
19.1 Umění rozhovoru	323
(P. Říčan)	

19.2	Rozhovor s rodinou	326
	(<i>P. Říčan</i>)	
19.2.1	Obsah rodinného rozhovoru	326
19.2.2	Technický aspekt rodinného rozhovoru	329
19.3	Analýza rodinné interakce	330
	(<i>P. Říčan</i>)	
19.4	Metody hodnocení psychického vývoje dítěte raného věku	333
	(<i>J. Dittrichová, D. Krejčířová</i>)	
19.4.1	Škály chování novorozence	333
19.4.1.1	Zvláštnosti vyšetřování novorozence	333
19.4.1.2	K vývoji škál chování novorozence	334
19.4.1.3	Brazeltonova škála chování novorozence	334
19.4.1.4	Neurobehaviorální metody	335
19.4.2	Škály a vývojové testy do věku 3 let	336
19.4.2.1	Zvláštnosti vyšetřování malého dítěte	336
19.4.2.2	Postup vyšetření	337
19.4.2.3	Nejvýznamnější klasické vývojové škály	337
19.4.2.4	Gesellův test	338
19.4.2.5	Škály N. Bayleyové – Bayley Scales of Infant Development (BSID)	340
19.4.2.6	Mnichovská vývojová diagnostika	343
19.4.2.7	Vývojový screening	343
19.4.2.8	Reliabilita a validita klasických vývojových škál	343
19.4.2.9	Klinické využití vývojových škál	344
19.4.3	Nové tendenze v rozvíjení škál a testů raného psychického vývoje	345
19.5	Inteligenční testy a soubory	346
	(<i>M. Vágnerová, D. Krejčířová</i>)	
19.5.1	Diagnostika inteligence u dětí předškolního věku	346
19.5.1.1	Stanford-Binetova zkouška	347
19.5.1.2	Škála McCarthyové	353
19.5.1.3	Kaufmanův ABC	354
19.5.2	Wechslerovy zkoušky inteligence	355
19.5.2.1	Wechslerovy inteligenční testy pro děti školního věku	355
19.5.2.2	Wechslerův inteligenční test pro předškolní děti	356
19.5.2.3	Wechslerovy inteligenční soubory pro dospělé	357
19.5.2.4	Interpretační možnosti Wechslerových souborů	358
19.5.3	Neverbální individuálně administrované zkoušky	364
19.5.3.1	Snijders-Oomenův neverbální inteligenční test (SON)	364
19.5.3.2	Kohsovy kostky	364
19.5.4	Skupinově použitelné inteligenční testy	365
19.5.4.1	TSI – Test struktury inteligence (R. Amthauer)	365
19.5.4.2	Stavělova orientační zkouška	366
19.5.4.3	Ravenovy testy	366
19.5.4.4	TIP – Test intelektového potenciálu (Říčan, 1971)	369

19.5.5	Klinická diagnostika inteligence	369
	(<i>M. Vágnerová</i>)	
19.5.5.1	Základní pravidla klinické diagnostiky inteligence	369
19.5.5.2	Interpretace výsledků vyšetření	374
19.6	Diagnostika dílčích schopností, znalostí a dovedností	376
	(<i>M. Vágnerová</i>)	
19.6.1	Metody určené k hodnocení zrakové a sluchové percepce	377
19.6.1.1	Testy zrakové percepce	377
19.6.1.2	Testy sluchové percepce	382
19.6.2	Metody určené k hodnocení motorických schopností a laterality . .	384
19.6.3	Metody určené k hodnocení pozornosti	387
19.6.4	Metody určené k hodnocení paměti	390
19.6.4.1	Testy neverbální paměti	391
19.6.4.2	Testy verbální paměti	393
19.6.4.3	Komplexní paměťové testy	393
19.6.4.4	Hodnocení metapaměti	394
19.6.4.5	Jiné možnosti posouzení paměti u dětí a dospívajících .	395
19.6.5	Metody určené k hodnocení řeči, jazykových schopností a dovedností	396
19.6.5.1	Slovníkové zkoušky	397
19.6.5.2	Testy jazykového, resp. řečového vývoje	398
19.6.6	Metody hodnocení znalostí a obecné informovanosti	399
19.6.7	Metody hodnocení školských znalostí a dovedností	401
19.6.7.1	Zkoušky čtení	401
19.6.7.2	Zkoušky psaní a pravopisu	403
19.6.7.3	Zkoušky matematických schopností a dovedností	405
19.6.7.4	Jiné možnosti posouzení úrovně školských znalostí a dovedností	408
19.7	Neprojektivní kresebné techniky	409
	(<i>M. Vágnerová</i>)	
19.7.1	Kresebné techniky zaměřené na orientační posouzení celkové vývojové úrovně	409
19.7.2	Kresebné techniky zaměřené na hodnocení senzomotorických dovedností	416
19.8	Projektivní techniky	419
19.8.1	Interpretační projektivní techniky	419
19.8.1.1	Rorschachova metoda u dětí	419
	(<i>M. Šebek</i>)	
19.8.1.2	TAT u dětí	425
	(<i>M. Šebek</i>)	
19.8.1.3	Další metody odvozené od TAT	432
	(<i>P. Říčan, D. Krejčířová</i>)	
19.8.1.4	Ostatní interpretační techniky	435
19.8.2	Verbální projektivní metody	436
19.8.2.1	Techniky verbálně asociační	436

19.8.2.2	Ostatní verbální projekтивní techniky	437
19.8.3	Techniky volby (preferenční)	438
19.8.4	Scénické techniky	438
19.8.4.1	Scénotest	438
19.8.4.2	Testy světa	439
19.8.5	Výtvarné techniky	441
19.8.5.1	Kresba lidské postavy	441
19.8.5.2	Test stromu	443
19.8.5.3	Kresba rodiny	444
19.8.5.4	Kresba začarované rodiny	446
19.9	Neuropsychologické metody u dětí a adolescentů	446
	(<i>M. Šebek, D. Krejčířová</i>)	
19.9.1	Dětská neuropsychologie	447
19.9.2	Neuropsychologický rozbor testových výsledků	450
19.9.3	Neuropsychologické baterie	451
19.10	Dotazníky a posuzovací škály	453
	(<i>M. Vágnerová</i>)	
19.10.1	Obecná charakteristika	453
19.10.2	Přehled dotazníků a posuzovacích škál používaných v dětské klinické psychiatrii či poradenské praxi	455
19.10.2.1	Dotazníky a škály sebehodnocení	455
19.10.2.2	Dotazníky a škály hodnocení jiných lidí či sociálních skupin	464
20.	FOREZNÍ DIAGNOSTIKA	477
	(<i>M. Šebek</i>)	
20.1	Posuzování věrohodnosti	477
20.1.1	Věrohodnost obecná	477
20.1.1.1	Věk zkoumaného	477
20.1.1.2	Rozumová úroveň zkoumaného	477
20.1.1.3	Úroveň mravního vývoje	478
20.1.1.4	Emotivita	478
20.1.1.5	Specifické motivační rysy	478
20.1.1.6	Integrita osobnosti a její psychopatologie	478
20.1.2	Věrohodnost specifická	478
20.2	Zjišťování psychických následků trestních činů spáchaných na nezletilých	481
20.3	Rozbor motivace závažných trestních činů	483
21.	FORMULACE KLINICKÉHO NÁLEZU	485
	(<i>P. Říčan</i>)	
21.1	Trojí funkce psychologického nálezu	485
21.1.1	Sdělení výsledku lékaři	485
21.1.2	Informace pro psychologické vyšetření v budoucnosti	486
21.1.3	Katamnestická zpětná vazba	486

21.2	Obsah nálezu	487
21.3	Resumé	489

DÍL IV.

NÁPRAVA PORUCH PSYCHICKÉHO VÝVOJE

22. PSYCHOTERAPIE U DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH	493	
<i>(K. Balcar)</i>		
22.1	Povaha psychoterapeutického působení	493
22.1.1	Klinické psychologické poradenství	493
22.1.2	Psychologické vedení	494
22.1.3	Vlastní psychoterapie	495
22.1.4	Zvláštnosti poruch u dětí	497
22.1.5	Zvláštnosti psychoterapie s dětmi	499
22.2	Druhy psychoterapeutické činnosti	501
22.2.1	Řízená stimulace jednotlivých funkcí	501
22.2.2	Hra	504
22.2.3	Cílená činnost	506
22.2.4	Tvůrčí činnosti	507
22.2.5	Rozhovor	510
22.2.6	Zásahy do prostředí dítěte	515
22.3	Typy psychoterapeutických přístupů	516
22.3.1	Motivace	517
22.3.2	Orientace	519
22.3.3	Chování	520
22.3.3.1	Kladné zpevňování	521
22.3.3.2	Nápodoba vzoru	521
22.3.3.3	Protipodmiňování strachu	521
22.3.3.4	Přesycení	522
22.3.3.5	Negativní nácvik	522
22.3.3.6	Averzivní podmiňování	522
22.3.4	Fyziologie	523
22.3.4.1	Hypnotická sugesce	524
22.3.4.2	Autogenní trénink	524
22.3.4.3	Biologická zpětná vazba	525
22.3.5	Interpersonální vztahy	525
22.3.5.1	Interakční přístupy	526
22.3.5.2	Strukturní přístupy	527
22.4	Formy psychoterapie s dětmi	528
22.4.1	Individuální a hromadná psychoterapie s dětmi	529
22.4.1.1	Individuální psychoterapie	529
22.4.1.2	Hromadná psychoterapie	530
22.4.2	Skupinová psychoterapie s dětmi	530
22.4.3	Rodinná psychoterapie s dětmi	532
22.4.4	Volba psychoterapeutického postupu	534

22.5	Logoterapeutická péče u dětí a dospívajících	536
22.5.1	Na cestě k životnímu smyslu	536
22.5.2	Noogenně podmíněné problémy a poruchy u dětí a mládeže	539
22.5.3	Logoterapeutická pomoc u noogenně podmíněných problémů a poruch	541
22.5.3.1	Školní selhávání na základě poruch pozornosti	541
22.5.3.2	Potíže v kontaktu v podobě agresivity	542
22.5.3.3	Poruchy motivace a sebehodnocení	545
22.5.3.4	Závěr	549
23.	PSYCHOLOGIE V RÁMCI SLUŽEB PRO RODINY S MENTÁLNĚ NEBO TĚLESNĚ POSTIŽENÝM DÍTĚTEM	551
	<i>(D. Krejčířová)</i>	
23.1	Psychologické služby pro rodiny s mentálně nebo tělesně postiženým dítětem	554
23.2	Práce se sourozenci postiženého dítěte	557
23.3	Psychoterapeutická práce s pohybově nebo mentálně postiženým dítětem	558
24.	DĚTSKÁ KLINICKÁ PSYCHOLOGIE A NÁBOŽENSTVÍ	561
	<i>(P. Říčan)</i>	
24.1	Úvodem	561
24.2	Teoretický soulad mezi náboženstvím a klinickopsychologickou praxí	562
24.2.1	Nosná náboženská antropologie	562
24.2.2	Orientace na osobně významné aktivity, zkušenosti a postoje pacienta vedoucí psychologa k zájmu o náboženství	563
24.2.3	Profylaktický, terapeutický a rehabilitační potenciál náboženských komunit	564
24.3	Faktické disonance	565
24.3.1	Selhání církevních institucí	565
24.3.2	Slabiny současné křesťanské spirituality	566
24.3.3	Minoritní status křesťanství	566
24.3.4	Negativní role náboženství v rodinných vztazích	567
24.3.5	Doktrinární pojetí misie	567
24.3.6	Společenská „zakázka“	567
24.3.7	Problematické pokusy o christianizaci psychiatrie a psychologie	568
24.4	Praktická doporučení	568
24.4.1	Plošný zřetel k duchovní dimenzi	568
24.4.2	Transparentnost poradce a terapeuta	569
24.4.3	Jak využít náboženství k podpoře duševního zdraví	570
24.4.4	Klinická práce s náboženskými aspekty patologie	571
LITERATURA		573
REJSTŘÍK		591

PŘEDMLUVA KE ČTVRTÉMU VYDÁNÍ

S radostí jsme přijali výzvu nakladatelství GRADA PUBLISHING připravit nové vydání naší knihy. Náš obor se vyvíjí a požadavky praxe se mění, nároky na odbornost rostou – a knihy stárnou, je nutné je omlazovat – nebo opouštět. Přestože však od prvního vydání uplynulo již 14 let, nepovažujeme dosud za nutné měnit celkové pojetí knihy. Také jádro autorského kolektivu zůstává, většina jeho členů se teprve dostává do „nejlepších let“ své profesní dráhy.

Od předchozího vydání se kniha rozrostla o dvě zcela nové kapitoly – jednak o oddíl vztahující se k poruchám řeči, které patří k nejčastějším vývojovým poruchám u dětí, a dětský klinický psycholog v nich musí být pro svou praxi dobře orientován, jednak o téma agresivity v dětském věku, které je dnes nesporně vážným problémem klinickým i celospolečenským. Všechny ostatní části byly upraveny s ohledem na pokroky oboru a zohledňují současné výzkumné i klinické trendy. Významně byl např. rozšířen oddíl zabývající se tématem kochleárních implantátů u dětí s těžkými poruchami sluchu, přepracována je kapitola týkající se zneužívání psychotropních látek nebo kapitola o pervazivních vývojových poruchách, ale i většina ostatních. Třetí díl knihy, zaměřený na otázky psychodiagnostiky, byl přepracován tak, aby nabídl čtenářům aktuální přehled nejdůležitějších diagnostických metod – včetně těch, které byly u nás vydány teprve v posledních letech (a v menší míře i významných metod zahraničních).

Podobně jako tomu bylo v předchozím vydání, redaktorský i autorský má na knize lví podíl Dana Krejčířová. Jde ovšem o dílo poměrně širokého autorského kolektivu mnoha zkušených odborníků – kliniků i učitelů oboru, a právě jejich společné úsilí a navzájem se doplňující klinické a pedagogické zkušenosti jsou největším kladem knihy v té podobě, v jaké ji nyní čtenář dostává do rukou.

Za autorský kolektiv
prof. PhDr. Pavel Říčan

ÚVOD

P. Říčan

Dětská klinická psychologie – a podobně to platí o celé klinické psychologii – je oborem, který se rychle rozvíjí a stále expanduje do dalších oblastí medicíny. Zároveň spolu s medicínou, zvláště sociálním lékařstvím a dětskou psychiatrií, proniká do dalších oblastí společenské praxe. Úměrně s tím roste počet specializovaných dětských klinických psychologů. Vzrůstá proto i zájem o ucelenou orientaci v tomto oboru mezi lékaři, pedagogy a dalšími odborníky, kteří se dostávají do kontaktu s dětskou klinickou psychologií jako s odvětvím zdravotnické praxe. Jim všem je tato publikace určena. Pro klinické psychology má být „existenčním minimem“, tj. souhrnem nejzákladnějších poznatků z oboru, ostatní zainteresovaní odborníci, případně i studenti, v ní mají najít příručku, k níž se budou obracet a vracet podle své potřeby.

Kniha je dílem kolektivu a je přirozené, že každá kapitola nese osobní pečeť svého autora. Přesto jsme se snažili, aby naše dílo mělo jednotný ráz daný koncepcí, kterou považujeme za moderní a která spočívá především v následujících důrazech.

Ontogenetický důraz: Každý problém se snažíme, pokud je to možné, uchopit jako problém opožděné nebo deviantní ontogeneze a jeho řešení hledáme ve vytvoření takových podmínek, aby byl vývojový deficit vyrován či alespoň zmírněn, ať už sám o sobě nebo ve svých důsledcích.

Personologický důraz: Všude, kde je to možné, se zaměřujeme nejen na jednotlivé psychické funkce, činnosti, mechanismy, prožitky a jejich projevy, ale také na osobnost jako integrovaný či k integraci směřující celek. Jde nám více o nemocné nebo jinak poškozené a ohrožené dítě jako o jedinečnou lidskou bytost s jeho osobní minulostí a budoucností, než o danou nemoc nebo jiné postižení. To platí v psychodiagnostice stejně jako v psychoterapii nebo v rehabilitaci. Snažíme se tedy, aby každá analýza byla vyvážena odpovídající syntézou.

Autosanační důraz: Základní sílu, směřující k dosažení nebo obnovení normality, k vyrovnaní vývojového deficitu a k obnovení integrace osobnosti, vidíme v postiženém jedinci samém, v jeho autosanačním potenciálu. Na něj má být orientováno každé nápravné úsilí, a tedy i poznávání jedince nebo skupiny, kteří jsou předmětem naší péče.

Ekologický důraz: Jedince, kterému je třeba pomoci, vidíme co nejdůsledněji v interakci s jeho prostředím, zejména sociálním (rodina, učitelé, dětský kolektiv apod.). Přihlížíme tedy vždy k interpersonálním i širším sociálním vztahům, do nichž je dítě začleněno, nebo z nichž je – většinou ke své škodě – vytrženo. Proto akcentuujeme rodinnou diagnostiku, poradenské ovlivňování rodinných vztahů a rodinnou terapii.

Autoreflexivní důraz: Předmětem klinické psychologie má být nejen pacient či klient, jeho stavy a vlastnosti, případně diagnostické a terapeutické prostředky, jež máme k dispozici, nýbrž také sám subjekt psychologické pomoci, klinický psycholog jako jedinec i jako pracovník zapojený do určitých, konkrétně historicky daných

zdravotnických týmů a institucí i do své profesní obce. Tento důraz nám pomáhá vidět možnosti jinak snadno přehlížené, spočívající například v účasti psychologů na výchově a metodickém vedení středních zdravotnických pracovníků. Pomáhá nám vidět také nešvary klinickopsychologické práce, např. alibistická samoučelná vyšetření i samoucké psychoterapeutické počínání.

Eticky důraz: Nejvlastnější základ profesionální činnosti klinického psychologa vidíme ve *specifickém zodpovědném postoji* k pacientovi či klientovi, jemuž pomáhá. K tomu přistupuje odpovědnost vůči jeho rodině a dalším společenským útvarům, jichž je tento jedinec součástí, a ovšem i vůči vlastním spolupracovníkům a celému společenskému organismu. *Nadosobní hodnotová orientace* – nejen verbálně vyznávaná, nýbrž i žitá a prožitá – je kompasem pro životní cestu i profesionální dráhu každého z nás.

První díl knihy je věnován, v souladu s pojetím, které bylo právě naznačeno, obecným otázkám oboru, interdisciplinárním souvislostem a problémům profese klinického psychologa. *Druhý díl* podává přehled poruch, jimiž se dětský klinický psycholog zpravidla zabývá, přičemž tyto poruchy vykládáme, pokud je to možné, v jejich vývojové dynamice. Psychopatologii, tak jak se jí zabývají psychiatrické publikace, přitom ponecháváme v podstatě stranou. *Třetí díl* je věnován tradičně prioritnímu úkolu klinických psychologů, psychodiagnostice, a to jak nejdůležitějším diagnostickým technikám, tak nejzávažnějším diagnostickým problémům. Zvláštní důraz zde klademe jednak na ústřední úlohu racionální analýzy při řešení diagnostických úkolů, jednak na komunikaci psychologa s těmi, kteří jsou adresáty jeho nálezu. Poslední, *čtvrtý díl* se zabývá nápravou a rehabilitací vývojových poruch, přičemž je v popředí specifická úloha klinického psychologa tak, jak vykrytalizovala v českém zdravotnictví.

Přes poctivou snahu o soustavnost není možno probrat v této knize všechno, co by do ní patřilo. Náš výběr dílčích témat je určen zčásti jejich aktuálností a dostupnosti kompetentních autorů, zčásti tím, která téma považujeme za pedagogicky klíčová, tj. taková, že jejich zvládnutí usnadní samostatnou orientaci čtenáře v širší příbuzné problematice.

Naše dílo je, pokud je nám známo, v českém písemnictví svým pojetím a záměrem nové. Vděčně čerpáme, pokud jde o diagnostiku, zejména ze Švancarou uspořádané Diagnostiky psychického vývoje. Nejvíce však vycházíme z tradice pražské klinickopsychologické školy, reprezentované jmény prof. Josefa Langmeiera a prof. Zdeňka Matějčka, k nimž se hlásíme jako ke svým učitelům nejpřednějším.

DÍL I.

OBECNÉ OTÁZKY DĚTSKÉ KLINICKÉ PSYCHOLOGIE

1. KLINICKÁ PSYCHOLOGIE JAKO APLIKACE PSYCHOLOGICKÝCH VĚD A JAKO ODPOVĚĎ NA POTŘEBY PRAXE

P. Říčan

Snad jen ve speciální metavědecké studii nebo v populárně-vědeckém textu by se dnes někdo odvážil načrtnout mapu současných badatelských a aplikovaných proudů, jež se hlásí k celému „povodi“ psychologie. Právem se mluví spíše o psychologických vědách než o psychologii jako o jednotném vědním oboru. I když se omezíme na otázku, co je dnes v psychologických vědách nejaktuálnější pro dětskou klinickou psychologii a její současný rozvoj, dostáváme téma, jehož se můžeme v rámci této knihy vlastně jen dotknout, spíše než o něm soustavně pojednat. Navíc sama otázka po aktuálnosti je v každém oboru aplikované psychologie problematizována skutečností, že praxe je nezbytně eklektická: nové myšlenky a směry se v ní ve srovnání s akademickou psychologií prosazují málo výrazně a často se jeví jen jako zdůraznění něčeho, co kliničtí praktici nemohli nikdy zcela opomíjet.

Celou scénu současné psychologie charakterizuje již delší dobu **pád behaviorismu**, který u nás dálno předvídal Tardy. Obnovuje se respekt k prožívání jako k prvořadému předmětu vědeckého zájmu. Jeho ústřední úlohu v řízení lidského jednání uznávají většinou i současné psychodynamické směry. Klinickým psychologům nikdy nebyl cizí pečlivý fenomenologický popis prožívání; pokračující konjunktura kognitivistické psychologie představuje do značné míry rehabilitaci a renesanci těchto tradičních motivů.

Permanentní revoluce v biologii člověka zasahuje klinickou psychologii z několika směrů. Především ji ovlivňuje prostřednictvím základního neuropsychologického výzkumu (např. studia evokovaných mozkových potenciálů). Nové poznatky o mozku, například o diferenciaci a kooperaci hemisfér, přinejmenším silně revidují globální představy o neurologickém substrátu lidské osobnosti; a tyto představy pak mají ovšem značný vliv v klinické psychologii, jež je (má být) především aplikací psychologie osobnosti. Na pomezí tradičních výzkumných polí vznikají celé nové disciplíny, jež mají teoretický i přímý aplikovaný význam, jako např. psychoneuroimunologie. Další podněty přicházejí prostřednictvím klinické neurologie a psychiatrie: například počítačová tomografie mozku rozsáhle mění úlohy klinické neuropsychologie; pokroky psychofarmakologie nezůstávají bez vlivu na psychopatologii a psychoterapii a tím i na klinickou psychodiagnostiku, jež zde pracuje v měnícím se „terénu“ praxe.

Etiologie a ekologie, původně subhumánní biologické disciplíny, dnes patří mezi nejprogresivnější směry věd o člověku. V psychologii vede tento trend k zájmu o prožívání a chování v přirozených podmínkách a inspiruje sociální psychologii malých skupin (dyáda, např. matka-dítě, ale i celá rodina) i širších společenství. Tako

získávané poznatky se uplatňují především v psychoterapii, ať už individuální, rodiné nebo skupinové.

Není snad v psychologii oblast, která by nebyla v pohybu, tento pohyb však není vždy převratný. Například **psychodynamické teorie a výzkumy odvozené od psychoanalýzy** představují dnes už tradiční, osvědčený zdroj poznatků pro poznávání a ovlivňování osobnosti, jak zdravé, tak postižené psychopatologií. Také **elementaristické teorie učení** mají pro klinickou psychologii trvalý význam. Relativně nejkonzervativnější je patrně **studium individuálních rozdílů**, jak je vidět na klinické psychodiagnostice, jejíž techniky, mnohdy zjevně zastaralé, jsou jen pomalu vytlačovány technikami moderněji koncipovanými. **Vývojová psychologie** se bouřlivě vyvíjí, pokud jde o prenatální stadium a rané dětství, zejména stadium novorozence. Zde pod vlivem etologie (a také pod vlivem zdokonalené registrace chování a psychofyziologických projevů) rychle přibývá prakticky klinicky použitelných poznatků; jinak ve vývojové psychologii převládá – byť stále dokonalejší a velmi užitečný – popis nad výkladem.

Klinickou psychologii nelze pochopit jen jako aplikaci psychologických věd. Musíme v ní vidět i **odpověď na potřeby a požadavky společnosti**, která před našima očima prochází prudkými proměnami. Klinický psycholog přebírá, zčásti po boku psychiatra nebo jiného lékaře, zčásti samostatně, funkce, jež ještě před sto lety skoro beze zbytku pokrývali učitel sítí se svou obcí, lékař prvního kontaktu, rozumný právník, starosta, farář či jiní nositelé patriarchální i matriarchální rodinné a rodové autority, zkušenosti a moudrosti. Tam, kde řadový člen tradiční společnosti při vedení svého života vystačil s identifikačními vzory, jež byly po ruce pro rodinný život, pracovní uplatnění i život veřejný, kulturní a duchovní, kde se mu nabízely použitelné vzorce k překonávání osobních krizí a frustrací, k přijetí těžkého životního údělu, k nesení ztrát a jiného utrpení, tam dnes musí často zasáhnout profesionálně připravený konzultant, psychagog, psychoterapeut, soudní znalec. Paradigma „mít vědecké poznatky ⇒ aplikovat je v praxi“ zde neplatí, nebo platí v omezené míře. Psycholog jako vědecky vzdělaný člověk (neboť věda má většinou rozhodující prestiž) je volán, aby zastával role, které zřejmě je třeba zastávat a pro něž prakticky není jiné obsazení. Je pro tyto role jen omezeně vědecky vybaven. Často jsou důležitější jeho **všeobecné vzdělání, duchovní orientace, osobní zkušenost a empatie sjednocené určitou profesionální kázní a zodpovědným postojem**. Klinická psychologie jako vědní obor je do značné míry jen málo „proorganizovaným“ souborem poznatků, praxe pak dokonce – jak to s nadsázkou říká tradovaný aforismus – aplikací vědeckého poznání, které ještě neexistuje. Zdrženlivější řečeno: Nejednou musíme lidem pomáhat při řešení problémů, ve kterých se věda v nejlepším případě teprve začíná orientovat. Tím důležitější ovšem je stálé zodpovědné kritické přezkoumávání této fakticky existující praxe, tj. sebereflexe oboru.

Jaké postavení má dětská klinická psychologie v současné medicíně?

Klinická psychologie jako vědní obor i klinický psycholog jako nositel určité role ve zdravotnictví mají svou dosud ne zcela vyhraněnou „niku“ a tvoří i přetvářejí svou identitu v podmírkách, jež jsou dány proměnami zdravotnické praxe a trendy medicínských věd. Výjmenujeme několik výrazných a z našeho hlediska významných rysů těchto proměn a trendů.

V medicíně se ještě stále stupňuje **specializace** lékařů a dalších pracovníků i pracovních týmů. Tím je umožněno praktické využívání rychle přibývajících poznatků. Nežádoucím vedlejším účinkem specializace (spolu s technizací a stále komplikovanější organizací léčebné péče) je atomizace péče a ztráta osobního kontaktu mezi pacientem a jeho lékařem. Psycholog je jedním ze specialistů, kteří pacienta vyšetřují a ošetřují, a v této své funkci je nezastupitelný. Charakter jeho práce však vede zároveň i k tomu, že vzniká **ucelený obraz pacienta** jako subjektu, který se určitým způsobem orientuje ve svém „civilním“ životě a který se také určitým sobě vlastním způsobem orientuje – či zůstává dezorientován – ve svém léčení a spolupracuje na něm (případně je i zanedbává, nebo dokonce sabotuje), který má vůči zdravotníkům určitá očekávání a určitou důvěru i nedůvěru. V souvislosti s prací s dětmi je zde zvláště v popředí úloha rodiny, která někdy naléhavě vyžaduje odbornou analýzu, a tu může zpravidla nejlépe provést právě psycholog.

Klinickopsychologické vyšetřování dětí je trvalou potřebou dětské psychiatrie, pediatrie i dalších oborů. Zdá se, že v současné době požadavky na tato vyšetření neúměrně rostou. Vidíme (kromě zmíněné specializace) dvě příčiny tohoto stavu. První spočívá v nedostatečné průpravě a snad i neochotě lékařů věnovat se psychologickému poznávání dětí, udělat si rozhovorem s rodiči obraz o životní situaci dítěte při psychogenních a psychosomatických obtížích apod. Druhý důvod spočívá v byrokratizaci medicíny: Psychologické vyšetření se zde stává formální záležitostí, indikuje se jen proto, „aby se nic nezanedbalo“; jen málokdy dochází k takovému odcizení práce psychologa jako v tomto případě.

Moderní zaměření medicíny na **prevenci** perspektivně otvírá klinickým psychologům široké pole působení. Není pochyb o tom, že depistáž duševních poruch a sekundární preventivní vyšetření dětí, u nichž byla dříve diagnostikována duševní porucha, s navazujícím klinickým poradenstvím nebo terapií dává klinickým psychologům možnost k užitečnému a odborně zajímavému působení. V našem zdravotnictví se však prozatím tato možnost realizuje jen minimálně.

Jedním z nejrychleji rostoucích oborů činnosti ve zdravotnictví je **psychoterapie** pacientů s psychickými a psychosomatickými poruchami. Prosazování tohoto trendu je úzce spjato s profesí klinického psychologa, protože je to většinou právě psycholog, kdo se nejvíce angažuje v zavádění a uplatňování tohoto druhu léčby.

2. HISTORIE OBORU VE SVĚTĚ A U NÁS

J. Šturma

Říká se, že psychologie má dlouhou minulost, ale krátkou historii. V plném mříži to platí i o psychologii klinické, včetně psychologie dětské. I zde bychom mohli shledávat předchůdce již ve filozofii antické, středověké i novější. Vlastní vznik disciplíny byl však umožněn až rozvojem experimentální psychologie, jejímž mezníkem bylo založení psychologické laboratoře Wilhelmem Wundtem (1832–1920) v Lipsku v roce 1879, a empirické (induktivní) psychologie, soustřeďující se zejména na poznatky o dětském psychickém vývoji, jeho podmíněnosti a poruchách. K Wundtovým žákům patřil též Američan Lightner Witmer (1867–1956), který první razil termín „klinická psychologie“ a jako jeden z prvních usilovalo to, aby poznatky nové vědy pomáhaly bezprostředně lidem s problémy psychologické povahy. V roce 1896 založil ve Filadelfii při Pensylvánské univerzitě první klinickopsychologické zařízení – poradnu zaměřenou na diagnostiku a terapii především školních dětí s výukovými a výchovnými problémy. Na podkladě takto získaných zkušeností vedl pak i kurzy s výkladem a kazuistickými semináři pro odborné zájemce. Krátce předtím založená a více akademicky orientovaná Americká psychologická společnost byla k Witmerovu projektu zprvu značně zdrženlivá, ne-li odmítavá. Nicméně společenská potřeba našla svou odezvu. Witmerovy snahy se staly bezprostředním předchůdcem dětských poraden zvaných „Child Guidance Clinic“, jež v USA hojně vznikaly od roku 1909. V Německu byla první poradna pro nervózní a psychicky nemocné děti založena v roce 1903 v Hamburku, v roce 1906 vznikla v Berlíně poliklinika pro výzkum dětí a výchovné poradenství.

Prvými odbornými časopisy oboru se staly *Journal of Abnormal Psychology* (1906), *Psychological Clinic* (1907) a *Zeitschrift für Pathopsychologie* (1912). V roce 1917 vznikla v USA první odborná společnost klinických psychologů. Dalším podnětem k aplikaci psychologie na klinické problémy bylo hnutí mentální hygieny, zaměřené ve svém počátku na humanizaci péče o duševně nemocné a delinkventní osoby (zprvu dr. William Healy v Chicagu, později nadace soudce Bakera v Bostonu). V tomto rámci vznikaly i poradny, jejichž týmy navštěvovaly jednotlivé školy a zařízení a prováděly šetření přímo v terénu. Psychologové tu zpravidla pracovali jako členové týmu, společně s lékaři, pedagogy, sociálními pracovníky a soudci. V Německu od roku 1914 vznikaly specializované poradny pro mládež do 21 let.

Velkou zásluhu na rozvoji dětského poradenství má Alfred Adler (1870–1937). Založil v roce 1920 ve Vídni první individuálně psychologickou poradnu, po jejímž vzoru bylo zřízeno mnoho dalších. Mnohdy na ně navazovaly i specializované třídy v rámci elementárních škol, jejichž poslání bylo blízké moderně pojatým specializovaným třídám. Vcelku nezávisle se takové třídy prvně objevily ve 20. letech 20. století také u nás, v rámci hnutí pokusných škol (E. Štorch, F. Krch, A. Heveroch). Podle údajů z roku 1928 působilo celkem 42 individuálně psychologických poraden

(22 ve Vídni, 2 v dalších částech Rakouska, 14 v Německu, 2 v Holandsku, 1 v Estonsku a 1 v Československu). Zaměřovaly se na děti obtížně vychovatelné a neurotické, především ze základních škol.

U nás, stejně jako ve světě, je rozvoj dětské psychologie (tehdy ještě nenazývané klinická, ač se zabývala problémy, které dnes tvoří náplň práce klinických psychologů) nerozlučně spjat s rozvojem péče o děti s postiženimi, především mentálními. Od samého začátku to byla práce týmová. Nejen počátek, ale též rozvoj této péče je spojen s trojicí vynikajících osobností. Byli to především profesor Karlovy univerzity František Čáda (1858–1918), který řídil oddělení filozofického semináře univerzity, z něhož později vzniklo psychologické oddělení a nakonec katedra psychologie. Je zakladatelem naší vývojové a dětské psychologie. Dalším v této trojici je lékař Karel Herfort (1871–1940), náš první habilitovaný psychopatolog dětského věku, zakladatel naší dětské psychiatrie. Konečně třetím z nich je Josef Zeman (1867–1961), učitel a dnes bychom řekli speciální pedagog, s jehož působením je spojen rozvoj speciálního školství u nás.

Čáda je autorem řady průkopnických prací, jimiž se podstatným způsobem podílel na konstituování naší dětské psychologie. Vzpomeňme zejména jeho přehled geneze pedopsychologie jako vědy *Počátky psychologie dítěte* (1918), originální studie o dětské kresbě *Pedagogický význam kreseb dětských* (1903) či tři kapitoly *Z psychologie žáka* (1911), vše shrnuto na konci jeho života v jednom svazku (1918). Za prostudovalní stojí i jeho na vlastním průzkumu založená práce *Psychologie výpovědi* (1911).

Po prof. Čádovi přednášel na pražské Univerzitě Karlově na téma z dětské a podradenské psychologie prof. František Šeracký (1891–1942). Pedagogickou psychologii vyučovali mezi dvěma válkami prof. Otakar Kádner (1870–1936), prof. Václav Příhoda (1889–1979 – pedagogická a vývojová psychologie, autor naší nejobsáhlejší klasické učebnice ontogeneze), J. V. Klíma (1874–1948), J. Hendrich (1888–1950), S. Velínský (1899–1991, autor monografie *Psychologie pozornosti*, 1938), Otakar Chlup (1875–1965). K. Herfort byl od roku 1902 ředitelem Ústavu pro mentálně postižené, založeného roku 1871 Karlem Slavojem Amerlingem (1807–1884). Roku 1896 vznikla první pomocná (dnes bychom řekli zvláštní) třída při škole u sv. Jakuba na Starém Městě Pražském z podnětu prof. Josefa Šaueru z Augenburku, žáka Amerlingova. V téže době Alfred Binet (1857–1911) hledal způsob, jak hodnotit inteligenci dětí, později, v roce 1905, s Théodorem Simonem (1873–1961) vypracoval praktickou metodu k jejímu měření a tím i k výběru dětí do zvláštních škol.

V roce 1904 se konala ve Vídni I. rakouská konference pro péči o slabomyslné, ještě bez naší účasti. Na II. konferenci v roce 1906 byl již K. Herfort místopředsedou. Bylo zásluhou především Čádovou, že ještě před vypuknutím války bylo možno přibývající ruch a zkušenosti na tomto poli představit a dále stimulovat na třech českých sjezdech. Na tyto sjezdy po přerušení válkou navázaly v nově vzniklé republice sjezdy pro výzkum dítěte.

V tradici Čádově zakládají Herfort a Zeman v roce 1924 časopis *Úchylná mládež*, který se stává odborným fórem i pro příspěvky pedopsychologické a psychopatologické. V roce 1918 byl úsilím těchto tří osobností ustaven Spolek pro péči o slabomyslné, jehož prvním předsedou byl prof. F. Čáda, následovaný (do roku 1922) prof. Antonínem Heverochem (1869–1927), autorem našeho prvého soubornějšího pojednání o dětské psychiatrii (1904), prof. K. Herfortem (do roku 1938) a konečně neurologem

prof. J. Šebkem (1895–1955). V roce 1930 zřídil spolek Poradnu pro mládež úchylou – další pracovní příležitost pro pracovníky formujícího se oboru, kterou v roce 1932 spojil s poradnou pro volbu povolání při Sociálně-zdravotním ústavu v Praze na Žižkově a po dočasném přerušení činnosti (od roku 1940) s aktivitami Ústavu pro výzkum dítěte. Již v době před II. světovou válkou se zabýval profesionálním poradenstvím mládeži Ústav lidské práce.

Jiným významným impulzem pro rozvoj psychologického zkoumání dítěte a zaměřené pomoci bylo zřízení Pedologického ústavu hl. m. Prahy v roce 1910 ředitelem měšťanské školy u Nejsvětější Trojice Janem Dolenským (1859–1933). Inspirací mu byla účast na pedologickém sjezdu v Belgii o rok dříve spolu s návštěvou v Schuytenově ústavu v Antverpách (Schuyten je znám jako autor jedné z prvních stupnic k hodnocení dětské kresby).

Po I. světové válce byla činnost ústavu obnovena pod názvem Ústav pro výzkum dítěte a dorůstající mládeže v Praze za ředitelování Herfortova. Jedno ze čtyř oddělení bylo oddělení pedopsychologické, vedené dr. Cyrilem Stejskalem (1890–1969). V ústavu, jak píše K. Herfort, „lékař, pedagog a psycholog podávají si svorně ruce ke společné práci ku prospěchu dítěte“. V novější době tu byli psychology dr. Luděk Kubíčka (nar. 1924), dr. Richard Bursík a dr. Jiří Veselý. Herfortovým nástupcem ve funkci ředitele ústavu se stal doc. MUDr. PhDr. Josef Apetaur (1898–1955), který v roce 1947 založil a vedl dětské oddělení na Psychiatrické klinice Univerzity Karlovy v Praze, kde zprvu jako psycholog působil doc. Jan Srnec (nar. 1928), po něm dr. Hana Drábková (nar. 1924).

V roce 1935 zřídilo Zemské ústředí péče o mládež v Čechách (na jehož práci v okresech navazovala okresní péče o mládež – obdoba dnešních oddělení péče o rodinu a děti na okresních a obvodních úřadech) Zemský pedologický ústav jako sběrnou, diagnostickou a třídicí stanici. Pozoruhodným počinem tu byla snaha o jednotnou evidenci postižených dětí a mládeže. Zemský pedologický ústav byl po válce obnoven jako Zemská třídicí stanice (1946), později přejmenovaná na Sociodiagnostický ústav. V pražském Sociodiagnostickém ústavu, jehož ředitelem byl MUDr. Oldřich Říha a pediatrem MUDr. Karel Macek, získávali psychologické zkušenosti i podněty a podklady k původním objevům a výzkumům klasické naší dětské klinické psychologie. Je to prof. Josef Langmeier (nar. 1921), jenž pak přešel na dětské oddělení nemocnice v Havlíčkově Brodě, přeměněné později v Dětskou kliniku Institutu pro další vzdělávání lékařů, jež byla později přenesena do Thomayerovy nemocnice v Praze. Zde založil Kabinet psychologie ILF a stal se jeho prvním vedoucím. Jeho nejbližším spolupracovníkem byl prof. Zdeněk Matějček (1922–2004), od roku 1969 do roku 1991 působící na Dětské klinice ILF, který po půl století vyučoval na katedře psychologie Filozofické fakulty UK dětskou klinickou a poradenskou psychologii. Zde jako jedni z našich prvních dětských psychologů působili též dr. Anna Smržová (1903–1974), nedávno zesnulá dr. Rudolfa Rónová (nar. 1908) a dr. Milada Nováková (nar. 1915).

Sociodiagnostické ústavy vznikaly pak rychle na úrovni krajů, v roce 1951 jich bylo celkem 12. Z průkopníků dětské psychologie působil tehdy v Žilině dr. Ladislav Košč (nar. 1924) a v Košicích dr. Štefan Tatranský (nar. 1919). Úkolem psychologa bylo pozorovat projevy dítěte a analyzovat všechna získaná data o něm s cílem učinit závěr postihující a vysvětlující současný psychický stav dítěte s jeho individuálními

zvláštnostmi či nedostatky jako podnět k účinné a racionální výchově. Práce psychologa, praví se v tehdejším prohlášení zástupců sociodiagnostických ústavů (1951), se stýká s prací psychiatra a pedagoga, aniž by jejich přístupy mohly být nahrazeny – nutná je úzká spolupráce. V roce 1953 po sjednocení zdravotnictví se tato zařízení stávají součástí dětské psychiatrické služby, bývalý Pedologický ústav hl. m. Prahy např. Psychiatrickým oddělením pro děti a mladistvé fakultní polikliniky v Praze 2, Sociodiagnostický ústav v Praze Psychiatrickou poradnou pro děti a mládež KÚNZ Středočeského kraje.

Dětská klinická psychologie se pak rozvíjí zejména v rámci dětské psychiatrie a také v rámci pediatrie, v současné době proniká i do řady dalších oborů péče o děti.

K zakladatelské generaci klinické psychologie vůbec a dětské zvlášť náleží v Praze již zemřelý doc. Jaroslav Jirásek (nar. 1922), v Brně prof. Robert Konečný (1906–1981) a prof. Josef Švancara (nar. 1924) se svou manželkou Leou (nar. 1923), na Slovensku prof. Anton Jurovský (1908–1985) a dr. Ladislav Ličko (nar. 1914). Psychologii v péči o děti útlého věku začal u nás rozvíjet zejména doc. Jaroslav Koch (1910–1979), v pediatrii dr. L. Srp a dr. Z. Herrmannová. Z dalších jmenujme alespoň dr. Felixe Třísku a doc. Františka Jiránka (1914–1977), prof. V. Smékala (nar. 1935), prof. S. Kratochvíla (nar. 1932) a po emigraci v USA působícího již zemřelého prof. Josefa Brožka. Tento ilustrativní výčet si ovšem zdaleka nečiní nároky na úplnost. Z lékařů, úzce spolupracujících s dětskými psychology, kteří si uvědomovali význam práce psychologa v týmu, vzpomeňme zejména Vojtěcha Trnku a Otakara Kučeru (1907–1986).

Začínala-li zakladatelská generace před čtyřiceti lety za situace, kdy společně tvořila jen malou skupinku zanícených pracovníků, v roce 1989 jsme měli – soudě podle členství v odborných psychologických společnostech – v tehdejším Československu přes 2550 psychologů. Odhadovalo se, že jen v České republice působilo tehdy na 500–600 klinických psychologů, z nichž jistě polovinu tvořili psychologové dětí. V posledních letech stouplo příliv zájemců o studium psychologie na našich univerzitách. Řada z těchto studentů se orientuje směrem k dětské klinické psychologii.

Dětská klinická psychologie se ovšem v průběhu času rozvíjela nejenom kvantitativně, nýbrž i ve svém pracovním zaměření. Z historického přehledu jsme viděli, že v popředí jejího zájmu byly nejdříve vážné poruchy a výrazné defekty, především psychopatologické povahy, jako např. mentální retardace. Aniž by angažovanost psychologů v této oblasti poklesla (spíše naopak, přibývá jich v nově vznikajících zařízeních komplexní péče o postižené děti, jako jsou denní a týdenní stacionáře apod.), vzrůstá význam a společenská závažnost jemnějších poruch a odchylek, jako jsou specifické vývojové poruchy učení a chování či psychická subdeprivace v rodině (vedle poškození v důsledku dlouhodobé ústavní péče) apod. Kliničtí psychologové se dnes uplatňují jako spolupracovníci lékařů téměř ve všech oblastech medicíny, v péči o psychosomaticky nemocné, v péči o nemocné s onemocněními převážně somatické povahy, u nemocí chronických a s infaustní prognózou.

V popředí zájmu klinického psychologa není jen jedinec sám, nýbrž i sociální prostředí, v němž žije. Jeho pozornost se zaměřuje k primárním skupinám, jako je rodina, stejně jako ke skupině vrstevníků či k instituci pro vývoj dítěte tak významné, jako je škola. Zde všude se snaží i o terapeutické působení.

Diagnostika a pomoc v případě rozvinutých onemocnění a poruch je samozřejmou součástí práce klinického psychologa, k níž náleží i prevence. Stále víc se však důraz přesouvá do oblasti pozitivního rozvíjení a podpory zdraví, chápaného nejen jako ne-přítomnost nemoci, nýbrž jako dynamický stav plného rozvoje všech pozitivních možností člověka (např. J. Šurma, E. Urban, 1989). Klinická psychologie se v tomto smyslu stává součástí širšího konceptu psychologie zdraví (zdravotní psychologie).

Minulá doba vypudila více psychologů z vlasti a mnozí z nich se vynikajícím způsobem uplatnili v klinické praxi i ve výzkumu. Změna společenských poměrů po listopadu 1989 umožnila obnovit, popř. zveřejnit kontakty těchto psychologů s původní vlastí, takže přicházejí sdělovat své zkušenosti, smějí být citováni a jejich knihy mohou u nás volně vycházet. Jmenujme alespoň zemřelého prof. Hanuše Papouška (nar. 1922, s chotí Mechthildou, uznávané světové kapacity v oblasti studia časné interakce mezi dítětem a matkou) a Jiřinu Prekopovou (nar. 1929, protagonistku terapie pevným objetím). Postupně se podařilo dosáhnout jmenování profesory pro osobnosti jako J. Langmeier, Z. Matějček a J. Švancara, o nichž jsme v 1. vydání této knihy mohli psát pouze jako o docentech. Někteří se teprve nyní mohli habilitovat, ač odborné a lidské předpoklady měli již dávno (mj. Václav Břicháček, nar. 1930, Pavel Říčan, nar. 1933, Jan Srnec, nar. 1928, Jan Vymětal, nar. 1945, Karel Balcar, nar. 1939), popř. byli jmenováni i profesory. Českomoravská psychologická společnost (jejíž předsedy po listopadu 1989 byli doc. V. Břicháček, prof. P. Říčan, dr. H. Junová, nar. 1937, v současnosti pak je předsedou dr. Jaroslav Šurma, nar. 1944) iniciovala alespoň morální rehabilitaci těch psychologů, kteří byli zbaveni za doby normalizace možnosti působit jako psychologové (mj. E. Stuchlíková a V. Michal).

Klinická psychologie, osvobozená z oficiálního ideologického krunýře, který nutil mnohé přístupy a školy rozvíjet jen neoficiálně, ne-li tajně, které se však přesto uplatňovaly v práci psychologů s pacienty i ve vzdělávání, se konečně může rozvíjet ve všech svých výrazových podobách, jak tomu je i jinde ve světě a jak to odpovídá naší tradici. Z polooficiálních iniciativ kolem Psychoterapeutické společnosti, Kabinetu psychoterapie (založeného J. Skálou), výcvikového systému SUR (Jaroslav Skála, nar. 1916, Jaromír Rubeš, 1918–2000, a Eduard Urban, 1928–2001) vyrůstá Psychotherapeutická fakulta (J. Skála, J. Růžička, nar. 1946, aj.) a posléze Vysoká škola psychosociálních studií a další systémy přípravy psychoterapeutů. Jednotlivé směry a školy naplno rozvíjejí svoje formační a vzdělávací programy (např. psychoanalýza – Václav Mikota, nar. 1944, Jiří Kocourek, nar. 1948, Petr Příhoda, nar. 1939, Michael Šebek, nar. 1946, aj., nedirektivní psychoterapie – prof. J. Vymětal, tvarová terapie a logoterapie – doc. K. Balcar, kognitivně-behaviorální terapie – K. Durecová).

Nové podmínky kladou ovšem nové nároky na klinickou psychologii jako profesi. Jednotný systém zdravotní péče ve státní správě se rychle diferencoval. Vznikla řada pracovišť a zařízení soukromých, založených jedinci či právnickými osobami. Vedle zařízení státních jsou jiná, jejichž zřizovateli jsou obce. Klinický psycholog působí často ve své soukromé praxi. Zdravotnictví prochází rozsáhlou transformací, jež dosud nebyla ukončena. Nový důraz na stavovské otázky vede k vzniku odborných asociačí, jakou je Asociace klinických psychologů s aktivitami v rámci ČR i v jednotlivých regionech. Mnoho diskusí je věnováno otázce přípravy Psychologické komory, kdy komora (a zatím asociačce) mj. pomáhá při vytváření legislativního rámce práce klinických psychologů v systému českého zdravotnictví. Asociace klinických psychologů hájí

zájmy klinických psychologů ve zdravotnictví při jednáních s Ministerstvem zdravotnictví ČR, při dohodovacím řízení o ohodnocení klinickopsychologické práce se zdravotními pojišťovnami, při výběrových řízeních apod. Pečuje rovněž o profesionální a etickou úroveň klinických psychologů. AKP má dnes na 550 řádných a čestných členů. Je složena z 9 regionálních poboček. Současným prezidentem Asociace je PhDr. Petr Goldmann. Asociace spolupracuje s naší největší psychologickou organizací – Českomoravskou psychologickou společností (s asi 1100 členy). Standardy a kritéria, která jsou předpokladem výkonu činnosti klinického psychologa jako samostatné odborné činnosti, jsou dnes podrobně upraveny zákonem. Činnost klinických psychologů vychází z nařízení vlády ČR č. 463/2004 z 28. 7. 2004, kterým se stanoví obory specializačního vzdělávání a označení odborností zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí. Pod č. 11 je zde uvedena klinická psychologie a dětská klinická psychologie. Toto nařízení vlády navazuje na Zákon o způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání č. 96/2004. Specializační průprava pro získání způsobilosti k výkonu práce klinického psychologa trvá 5 let, po jejím úspěšném absolvování může klinický psycholog pokračovat v navazující specializační přípravě v dětské klinické psychologii. Pro přípravu k činnosti psychoterapeuta slouží akreditované psychoterapeutické vzdělávací programy zahrnující sebezkušenostní výcvik v rozsahu zpravidla nejméně 500 hodin, teoretické vzdělávání a supervizi. Specializační přípravu pro práci klinických psychologů a atestační zkoušky organizuje a zabezpečuje subkatedra klinické psychologie Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví v Praze, jehož vedoucím je v současnosti Jan Ženatý (nar. 1946) a kde pro oblast dětské klinické psychologie působí Dana Krejčířová (nar. 1953), autorka osvědčených učebních textů z oblasti dětské klinické psychologie a diagnostiky.

3. PROFESE KLINICKÉHO PSYCHOLOGA

P. Říčan

3.1 PROFESIOGRAM

Nelze stanovit obecně platný profesiogram klinického psychologa, a to ani když se omezíme na určité věkové rozpětí klientely, například na předškolní děti. Podáváme proto, bez nároku na úplnost, fakultativní soupis činností, které přísluší klinickému psychologovi, pracuje-li s dětmi a s dospívajícími.

1. **Psychoterapie:** Tuto činnost uvádíme na prvním místě, přestože se jí prozatím zabývá jen menšina (byť rychle rostoucí) klinických psychologů. Psychoterapie má množství různě náročných variant, počínaje jednorázovou intervencí (např. u dítěte, které je v akutní úzkosti a odmítá spolupracovat při bolestivém výkonu), přes krátkou racionální psychoterapii, která jen o málo přesahuje poradenský rozhovor, až po velmi náročnou skupinovou psychoterapii s odkrývajícími prvky nebo dlouhodobou individuální psychoterapii při závažné psychické poruše.
2. **Režimová terapie:** Tuto činnost je možno zahrnout pod psychoterapií v širším smyslu, má však některé specifické rysy, pro které je vhodné řadit ji zvlášť. Patří sem v některých případech činnosti, kdy psycholog není s nemocným v přímém kontaktu, spíše metodicky řídí práci středního zdravotnického personálu, např. pokud jde o organizaci volného času dětí na psychiatrických a pediatrických odděleních. Nuda je stejně patogenní faktor jako nevhodná stimulace. Není jistě pod úroveň psychologa navrhovat, které knihy a hračky mají být pro děti zakoupeny a jak má být oddělení vyzdobeno – nemluvě o konzultacích pro sestry, které mají s dětmi konflikty nebo na ně nevhodně působí, např. škodlivými tresty.
3. **Psychodiagnostika:** Psycholog vyšetřuje děti podle požadavků lékaře; na lůžkovém oddělení má vyšetřovat děti i z vlastní iniciativy (po dohodě s ošetřujícím lékařem), jestliže zjistí, že vyšetření je indikováno. Na ambulantních odděleních má být psycholog iniciativní v navrhování kontrolních vyšetření, která bývají spojena s poradenskou činností. (Už sama perspektiva toho, že za měsíc nebo i za delší dobu se někdo bude zajímat o školní prospěch, o psychické obtíže dítěte, o výchovné problémy rodičů apod., mívala příznivý vliv na dítě a na jeho rodinné prostředí.)
Na školách (včetně mateřské) je na místě *preventivní diagnostika*, depistáž zjišťující, které děti se nejhůře přizpůsobují kolektivu, které jsou úzkostné, stažené do sebe apod. Tato činnost nesporně patří k profesiogramu klinického psychologa, i když se v praxi dosud provádí jen výjimečně.
4. **Klinické poradenství:** Řadu problémů, které přivedly dítě do psychiatrické ambulance, řeší psycholog na základě vyšetření, které provede bud' zcela samostatně, nebo v návaznosti na psychofarmakoterapii ordinovanou lékařem. Jde o konflikty

dítěte s rodiči a s učiteli, o neprospěch zaviněný psychickými obtížemi, nižší inteligencí a specifickými poruchami učení; velmi často zjistíme poruchy funkce rodiny, v největším počtu případů v souvislosti s matrimoniopatologií.

5. **Výzkum:** Psycholog je veden k výzkumné práci již v pregraduálním studiu. Jeho metodologická průprava by se měla uplatnit i tehdy, pracuje-li v rutinní praxi. Každé pracoviště má svá specifika, daná zvláštnostmi populace i životních podmínek v jeho lokalitě. Z toho plyne, že je třeba ověřovat přinejmenším *lokální validitu psychodiagnostických technik*, účinnost poskytovaných rad i terapeutických postupů, zvláště psychoterapie. Každý výrok obsažený v psychologickém nálezu je možno chápat jako hypotézu, jež vyžaduje ověření, a u co největšího procenta případů je proto žádoucí provádět aspoň orientační *katamnestická šetření*. Materiál, který se psychologovi hromadí pod rukama, přímo vybízí ke „zlepšovacím návrhům“, jejichž nosnost je ovšem třeba ověřovat.

3.2 NÁROKY NA ODBORNOST A OSOBNOST KLINICKÉHO PSYCHOLOGA

P. Říčan, D. Krejčířová

Výkon povolání klinického psychologa předpokládá absolvování jednooborového studia psychologie. Na ně navazuje **specializační příprava** pro výkon práce ve zdravotnictví v oboru klinická psychologie, která je ukončena atestační zkouškou a je analogická specializační přípravě lékařů.

Absolvování specializační přípravy kvalifikuje psychologa k samostatné práci v oboru s dospělými pacienty i k poskytování základních klinickopsychologických služeb dětem (krizová intervence, případně krátkodobé, spíše poradenské vedení zejména dětí starších – od předškolního věku). Na tuto základní atestaci dnes navazuje užší specializační příprava v dětské klinické psychologii, jejíž absolvování opravňuje psychologa k systematické práci s dětskými pacienty, k vedení dětských klinickopsychologických pracovišť i k výuce klinické psychologie dětí a k vedení začínajících kolegů. Vykávání některých zvláště náročných činností však vyžaduje znalosti a dovednosti, které přesahují náplň specializační přípravy. To je zřejmé, pokud jde o systematickou psychoterapii. V současné době je proto požadováno, aby psycholog (i lékař vykonávající psychoterapii) prošel speciálním teoretickým i praktickým výcvikem v terapii toho druhu, který hodlá vykonávat, včetně delší práce pod supervizí zvlášť vzdělaného a zkušeného terapeuta. Prosazuje se také požadavek, aby každý psychoterapeut, ať pracuje jakýmkoli technikami, prošel sebezkušenostním výcvikem formou skupinové, případně individuální terapie. Pokud jde o psychodiagnostiku, potřeba speciálního výcviku pro některé zvlášť náročné výkony (Rorschachova metoda, vývojové škály pro děti útlého věku apod.) byla uznána až v posledních letech, kdy jsou nabízeny intenzivní úzce zaměřené certifikované kurzy (výcviky v používání jednotlivých metod), zakončené ověřením znalostí (včetně ověření dovednosti jejich praktické aplikace). Po získání specializace (ať již všeobecné nebo

v oboru dětské klinické psychologie) je ovšem psycholog povinen „držet krok“ s rozvojem oboru a zákon o postgraduálním vzdělávání ve zdravotnictví (z roku 2004) mu stanovuje velmi konkrétně minimální požadavky tzv. „celoživotního“ kontinuálního vzdělávání.

Úroveň práce klinického psychologa záleží v neposlední řadě i na jeho všeobecném rozhledu a vzdělání. Ani jeho diagnostickou, ani terapeutickou činnost nelze omezit na formalizované a technicky beze zbytku určené kroky. Psycholog má sdílet s nemocným, ať už ho vyšetřuje nebo léčí, obecně lidskou zkušenosť a má být dobré **orientován v jeho sociokulturním a duchovním světě**. Jen tak mu může skutečně rozumět – a jen na základě porozumění mu může poskytnout plně kvalifikovanou pomoc. Klinický psycholog má mít určité osobní kvality, které nelze získat vzděláním; je ovšem možno k nim přispět sebevýchovou. Sem patří nezbytná míra duševní výrovnatnosti, vhled do vlastních motivů, zejména do motivů k profesní činnosti, schopnost introspekce, empatická citlivost k druhým lidem a sociální inteligence. Neměl by patrně být ani extrémním introvertem, ani extravertem; i v řadě dalších osobnostních vlastností bývají extrémy na škodu.

Nároky na postgraduální vzdělávání klinických psychologů stoupají. Od roku 2006 trvá základní specializační příprava psychologů po ukončení jednooborového studia psychologie na vysoké škole celkem 5 let a navazující příprava v oboru dětské klinické psychologie další 2 roky. Tato příprava má probíhat na akreditovaných psychologických pracovištích a jejím základem je supervidovaná praxe začínajícího psychologa přímo na akreditovaném (či pověřeném) pracovišti, povinnou součástí jsou dále krátkodobé pobity (event. formou stáží) na dalších pracovištích. V rámci základní klinické specializace jde zejména o vlastní zkušenosť psychologa s prací (a) na psychologickém pracovišti pro dospělé, (b) na psychologickém pracovišti pro děti a (c) na psychologickém pracovišti, které poskytuje své služby pacientům jiných (ne-psychiatrických) lékařských oborů. V oboru dětské klinické psychologie je podobným způsobem požadována alespoň kratší praxe jak na ambulantním, tak i na některém lůžkovém dětském psychologickém pracovišti. V průběhu předtestační přípravy je psycholog také povinen absolvovat praktický výcvik v poskytování první pomoci.

Po celou dobu přípravy tedy psycholog pracuje pod vedením (supervizí) akreditovaného odborníka, příprava se zaměřuje na zvládnutí základních dovedností psychodiagnostiky, včetně jejích teoretických základů, dále na psychoterapeutické vedení pacientů a na teoretickou znalost základů hlavních psychoterapeutických směrů. Oprávnění k vykonávání systematické psychoterapie však psycholog získává až po absolvování specializovaného psychoterapeutického výcviku, který obsahuje složku sebezkušenostní, složku teoretickou i supervizi vlastní terapeutické práce (a který je doporučován jako součást předtestační přípravy; psycholog jej ovšem může absolvovat i kdykoliv po jejím ukončení).

Teprve absolvováním předtestační přípravy a složením specializační zkoušky se psycholog stává psychologem klinickým a je oprávněn vykonávat samostatnou klinickopsychologickou praxi – ať již v rámci většího státního zdravotnického zařízení nebo otevřením vlastní soukromé praxe.

3.3 PROFESIONÁLNÍ ETIKA

P. Říčan

Nejzávažnější problematikou klinickopsychologické profese je problematika etická. Etika té které profese je tím důležitější, čím je práce v ní společensky odpovědnější a zároveň méně kontrolovatelná ve svých výsledcích. Druhá z těchto podmínek je v klinické psychologii přítomna velmi výrazně. Vnější úspěch je zde – ještě více, než je tomu v medicíně – dán často více dovedností přesvědčit zdravotnickou i laickou veřejnost o svých schopnostech a efektu své práce než skutečnou odborností, svědomitostí a užitečností této práce.

Východiska profesionální etiky klinického psychologa jsou stejná jako východiska etiky obecně. Řada etických situací a dilemat však vyžaduje specifické promýšlení a konkrétní aplikaci obecných etických zásad, jež není vždy nasnadě. Etika není deduktivní disciplína, ve které by bylo možno ze základních axiomů odvodit, co je v dané situaci mrvavné a co nemrvavné. Etické poznání se rozvíjí pouze na základě **etic-kého života**, osobního mrvavního zápasu, v němž se ukazuje hodnota určitého profesionálního jednání; a etika zobecňuje takto získanou zkušenosť. Kromě toho není vždy snadné vůbec objevit etickou povahu a závažnost určitého rozhodování, jež se často na první pohled jeví jako záležitost čistě odborné rutiny. Někdy *teprve sociologická a psychologická analýza*, užitá jako nástroj etické reflexe, *zjišťuje přítomnost a závažnost mrvavních otázek*. Například teprve tehdy, když psychologická analýza objeví v určité situaci kolizi mezi motivy zúčastněných partnerů, kteří se v této situaci setkávají – jeden jako potřebný pomocí a druhý jako ten, kdo má pomoc poskytovat –, stává se tato kolize motivů tématem, tj. vědomým obsahem mrvavního života.

Zevrubné pojednání o etické problematice klinické psychologie by vyžadovalo mnoho místa. Zde se proto omezíme jen na některé závažné a často v literatuře i v praxi opomíjené zásady, jež by měly platit ve vztahu mezi psychologem a nemocným, ve vzájemném vztahu mezi psychology a v jejich vztazích ke zdravotnickým pracovníkům, a konečně ve vztahu psychologa k sobě: nelze opomíjet ani mrvavní povinnosti k sobě samému.

3.3.1 KRITIČNOST K OBORU A K VLASTNÍ OSOBĚ

Laická i odborná veřejnost mají o současných možnostech psychology řadu iluzí, často očekávají více (a něco odlišného), než odpovídá realitě. Avšak i sami psychologové, zvláště pokud nejsou orientováni ve výzkumech účinnosti psychoterapie a v základních psychometrických pojmech, bývají nadměrně optimističtí. Dovedeme popřít (ve smyslu obranného mechanismu) fakt, že mnohé testové příručky i „kuchařky“ k psychoterapii jsou dávno zastaralé nebo nemají daleko od pouhých reklamních prospektů. Přehlížíme skutečnost, že kvalitní samostatná práce v tomto oboru nezbytně vyžaduje zároveň zkušenosť získanou v „dílně“ mistra i daleko hlubší teoretickou průpravu, než může běžně poskytnout vysokoškolské studium. Iracionální důvěra k technikám, jež jsou k dispozici, se snadno přenáší i na vlastní osobu: psycholog věří, že „to umí“, a improvizuje. Setkáváme se, právě u nezkušených, s praktiková-

ním psychoterapeutických technik, jež sami vytvořili, stejně jako s interpretací projektivního kresebného testu nebo malého Lüscherova testu odvolávající se příliš odvážně na vlastní postřehy. Jsou ovšem i situace, kdy se nevyhneme technické nebo teoretické improvizaci. Je třeba dělat to s vědomím rizika, které na sebe bereme.

Nelze příliš zdůraznit nutnost stálého vzdělávání. Klinický psycholog musí tolerovat značnou nejistotu, pokud jde o správnou volbu i správné provedení svých odborných výkonů. A i když si je jist, že postupoval naprosto správně, *lege artis*, musí tolerovat nejistotu, pokud jde o výsledek: i správně provedená technika může selhat pro nějakou těžko poznatelnou psychickou zvláštnost osoby, se kterou pracujeme, nebo v důsledku okolností, jež nám zůstanou skryty.

3.3.2 PROBLÉM OBĚTAVOSTI

Veřejnost žádá od zdravotníků obětavost a tato vlastnost je také tématem, jímž se zdravotník zabývá ve svém etickém životě. Požadavek obětavosti nepotřebuje zdůvodnění. Spiše je naopak třeba zdůraznit prostou skutečnost, že činnost klinického psychologa nesleduje a nemůže sledovat jen zájem jeho pacientů. Psycholog, stejně jako lékař, myslí přirozeně i na výdělek a na zasloužený odpočinek po práci a sleduje i jiné zájmy, o nichž pojednáme níže. Nelze od něj očekávat ani maximální intenzitu práce po celou pracovní dobu: například vyčerpávající skupinová terapie má naplňovat jen část jeho pracovní doby. Kromě toho je **třeba myslet i na psychoprofylaxi**: práce klinického psychologa představuje specifickou záťěž a nárok na emoční stabilitu. To platí zejména tehdy, když jeho pacienti akutně silně trpí. Nesprávně pojatá obětavost může také přivést psychologa k práci, která je sice sama o sobě záslužná, ale prozatím nad jeho psychické síly, např. k práci s onkologickými pacienty.

Někdy se setkáváme se „spasitelským komplexem“ u nadměrně obětavého pracovníka, který podléhá iracionálnímu, určitou nevědomou potřebu uspokojujícímu dojmu, že právě on je poslední nadějí všech, kteří se k němu obracejí s prosbou o radu a pomoc.

3.3.3 ODBORNÝ ZÁJEM PSYCHOLOGA A OSOBNÍ ZÁJEM PACIENTA

Odborný zájem psychologa se snadno dostává do rozporu se zájmem pacienta, a to jak při diagnostické práci, tak při psychoterapii. Psycholog může zadat další test, aby si ověřil hypotézu, která ho zajímá, ačkoli již ví všechno, co potřebuje k formulaci závěru; jindy klade otázky, jimiž pacienta zbytečně uvádí do rozpaků nebo i traumatisuje. (Může zde hrát roli i zvědavost z osobních motivů, když pacientův příběh psychologovi připomíná jeho vlastní životní situaci.) V psychoterapii máme sklon přijímat přednostně k léčbě pacienty se zajímavými obtížemi a takové, u kterých lze očekávat rychlejší a prokazatelnější výsledky, i když nejde o pacienty nejpřečnější. Jindy je z hlediska odborného zájmu lákavé pokračovat v odkrývající psychoterapii i tehdy, když by bylo *lege artis* ukončit ji a zabývat se jinými pacienty.

3.3.4 SATURACE CITOVÝCH POTŘEB PSYCHOLOGA

Už jsme se zmínili o „spasitelském komplexu“, který je jedním z případů emočního využívání pacientů. Psychodiagnostika, ale zejména psychoterapie, dává psychologovi možnost uspokojit řadu dalších potřeb, většinou nevědomých. Patří sem i prostá potřeba lidského kontaktu, která zůstává z různých příčin neuspokojena. Emoční blízkost s pacientem lze navodit bez rizika odmítnutí nebo jiného zklamání, které je jinak v lidských vztazích běžné; zde je vždy možno couvnout do bezpečné profesionální distance a pacientovo frustrující chování vyložit psychopatologicky, např. jako agování. Někteří terapeuti, ale i diagnostikové, také rádi poučují nebo stavějí na odiv svou osobní dokonalost, zvláště mravní. Za tímto postojem se může skrývat pohrdání, které bývá obranou před pomyšlením, že já (psycholog) bych mohl mít, nebo dokonce mám podobné problémy jako můj pacient, že bych s ním mohl být v určitém smyslu „na jedné lodi“. Jindy si bezděčně libujeme v pocitu moci nad pacientem, který je nám všude jinde odepřen, ale můžeme ho mít při inteligenčním testu. Pacienta lze – subtilně, ale vydatně – trestat, nebo je možno být k němu blahosklonný, je možno s ním eroticky flirtovat a jeho reakci vyložit jako přenosovou. Vůči dětskému pacientovi se můžeme cítit jako mocní, spravedliví, ale laskaví rodiče. Ve všech těchto případech dochází k *vyžívání, jehož prostředkem se stává pacient* (na rozdíl od skutečného partnerství v řádném citovém životě).

3.3.5 KOLEGIÁLNÍ VZTAHY

Jako každá profesionální etika, i etika klinického psychologa zahrnuje také regulaci kolegiálních vztahů. Zde lze stanovit řadu zásad, z nichž vybíráme následující.

Poskytování nezkreslených a úplných informací, jež psycholog o pacientovi získal, a závěrů, k nimž dospěl. V našich podmírkách je aktuální požadavek daleko hojnější komunikace mezi psychology, kteří se postupně zabývají týmž pacientem. Je třeba sdělovat i nejistotu, otázky, na něž se nepodařilo najít odpověď, údaje, které nezapadají do celkového obrazu, který jsme si o daném pacientovi udělali.

Profesionální solidarita při informování pacienta (v dětské psychologii informování rodičů pacienta). Je nutné zdržet se nejen přímých sdělení, ale i náznaků, kterými by byla ohrožena důvěra k jinému psychology (a ovšem i k lékaři). Náprava chyb, které jsme u svých kolegů zjistili, se musí ubírat jinými cestami.

3.3.6 PROFESIONÁLNÍ TAJEMSTVÍ

Psycholog není ze zákona vázán mlčenlivostí jako lékař, který nesmí vyzradit informace, jež se dozvěděl při výkonu svého povolání o nemocných, ledaže by to vyžadoval důležitý státní zájem. K mlčenlivosti ho zavazuje pouze pracovní řád organizace nebo pracovní smlouva, je-li to v ní uvedeno.

Lze se také opírat o princip služebního tajemství, ten však není v zákoně dostatečně jasně definován. Jestliže psychology odmítá v zájmu pacienta poskytnout o něm informace, jež získal při jeho vyšetření, nemá k tomu v zákoně tak pevnou oporu jako lékař. Tím větší význam má etický požadavek mlčenlivosti, který je v případě psychology stejný jako v případě lékaře. U adolescentů se můžeme dostat do psychologicky

obtížné situace, když nám pacient prozradí něco, o čem si nepřeje, aby se dozvěděli rodiče, přičemž informovat rodiče je nutné v objektivním zájmu dítěte (gravidita, protizákonný čin apod.).

DÍL II.

**PORUCHY PSYCHICKÉHO
VÝVOJE V DĚTSKÉM
A DOROSTOVÉM VĚKU**

4. OBECNÉ PRINCIPY PSYCHICKÉHO VÝVOJE JAKO ZÁKLAD PRO POZNÁNÍ PSYCHICKÝCH PORUCH U DĚTÍ

P. Říčan

Vývoj můžeme definovat jako změnu struktury (biologické, sociální, psychické aj.) charakterizovanou těmito znaky:

1. **Jde o změnu nevratnou.** Zatímco např. smutná nálada se často střídá s veselou (změna vratná), celkový ráz adolescentova citového života se nemůže změnit v předpubertální citovost, jež mu předcházela.
2. **Jde o změnu zákonitou.** Jestliže se např. člověk těžce zraní a zůstane invalidní, jde z hlediska jeho vývoje o nahodilou změnu, která samozřejmě ovlivní jeho další tělesný a duševní vývoj, není však jeho součástí.
3. **Jde o změnu determinovanou zevnitř i zvenčí.** Kus plastelíny se nemůže vyvíjet, lze jej jen formovat; na druhé straně vývoj obilného zrna, které dobře „ví“, čím se chce stát, je možný jen v určitém prostředí.
4. **Jde o změnu od méně dokonalého k dokonalejšímu.** Vzhledem k tomu, že někdy není snadné rozhodnout, co je dokonalejší (jde o axiologický soud), mluví se často místo o dokonalosti o složitosti, přesněji o strukturní pročleněnosti nebo i o negentropii.¹

V psychickém vývoji, podobně jako ve vývoji organismu i ve vývoji společnosti, probíhá pročlenování struktury jednak diferenciací, tj. vznikáním nových jevů, resp. funkcí či útvarů, jednak integrací toho, co se diferencovalo. Pro ontogenezi psychiky je typická integrace hierarchizací řídicích (regulačních) systémů. Za nejvyšší integrační „instancii“ považujeme (ve shodě se Švancarou i mnoha jinými) vědomí, zvláště pak vědomí já, resp. strukturu jáství, jež je úzce spjata s fenoménem odpovědnosti (připomeňme Buberovu tezi, že já neexistuje samo o sobě, nýbrž jen jako já-ty nebo já-ono).

5. **Vývoj nespočívá** (a předpokládali jsme to už v předchozích bodech) **v pouhém kvantitativním růstu, nýbrž i v kvalitativních změnách.** Například ve vývoji řeči kvantitativně roste počet slov, jichž batole užívá, zatímco nové gramatické obraty představují nově dosažené kvality. Můžeme mluvit o dialektice kvantitativních a kvalitativních změn v procesu vývoje: kvalitativní změna (uskutečněná

¹ Zde se vědomě dopouštíme zjednodušující nepřesnosti, protože každá struktura spěje posléze zákonitě k úpadku a zániku, k entropii. Protože však dětství je obdobím převážně vzestupného vývoje, je toto zjednodušení únosné. Musíme ovšem počítat i se zákonitě úpadkovými jevy v dětství. Patří sem např. ztráta tzv. eidetické vlohy a ztráta dětské spontaneity, projevující se u většiny lidí zhoršením kresebného sebevýjádření atd. Také přechod od adolescentního mravního idealismu k běžným konzumentským kompromisům dospělosti je sotva vzestupnou změnou.

znenáhla nebo skokem) umožňuje kvantitativní růst toho, co jí vzniklo; a naopak kvantitativní změny mohou vést ke změnám kvalit.

Jedním z vrcholných vědeckých výkonů ve vývojové psychologii je stanovení **vývojového stadia**, které je charakterizováno konzistentním výskytem jevů určitého druhu, jako např. Piagetovo stadium konkrétních operací ve vývoji inteligence. Správně stanovené stadium umožňuje hypoteticky předpokládat výskyt velkého počtu jevů daného druhu a nepřítomnost² jiných jevů, jestliže jsme vyšetřili přítomnost, resp. nepřítomnost několika málo klíčových jevů, podle nichž jsme poznali, zda dítě je, či není v daném stadiu.

Ideálem vědce zabývajícího se vývojem bývá stanovit řadu stadií pokrývajících ve svém úhrnu celou vývojovou linii (vývoj inteligence, psychosexuálních vztahů apod.), a to tak, aby všechna stadia byla definována jednotně, s maximální pojmovou úsporností. Tím je provedena kompletní periodizace vývoje z daného hlediska. Také přechody mezi stadii by se měly řídit jednotnou zákonitostí.

Doposud byl uspokojivě periodizován – kromě vývoje dílčích funkcí – zejména vývoj inteligence (Piaget) a vývoj morálního usuzování (Kohlberg). Ve vývoji osobnosti jako celku se obtížně hledají obecně platná stadia a předěly mezi nimi, pokud nejsou způsobeny výraznými změnami biologickými (tělesná puberta) nebo sociálními (zahájení školní docházky), s nimiž se osobnost musí vyrovnat. Životní období, jako věk kojence, batolete, předškolního dítěte atd., jsou spíše dána konvencí, než že by vyplývala z podstatných rysů vývojové dynamiky osobnosti. Nejširší uznání si získala dnes už klasická teorie E. H. Eriksona (1950), k níž se vrátíme na konci této kapitoly. Podle Eriksonovy teorie lze stanovit jednotlivá stadia normálního vývoje osobnosti podle dominujících vývojových úkolů, které před jedincem klade (v lepší či horší souhře) zároveň tělesný vývoj i společnost, vytvářející adekvátní příležitosti a výchovné tlaky.

Tam, kde nelze stanovit jasně odlišená stadia a přechody mezi nimi, spokojujeme se s tím, že definujeme vývojově citlivé vlastnosti, které, když se jednou objevily, narůstají buďto plynule, nebo s méně významnými urychleními a zpomaleními až po konečný stav, jehož se dosahuje zpravidla v dospělosti. Jedním z mnoha příkladů je zde tenacita pozornosti. Vývojově citlivé vlastnosti však můžeme stanovit i tam, kde lze vývoj periodizovat. Můžeme například charakterizovat inteligenci, bez ohledu na její vývojová stadia, plynule narůstající mírou, již je hrubý skór v inteligenčním testu, případně – což je krok dále ve vědecké abstrakci – mentální věk.

Zbývá zmínit pojem normální (normativní) **vývojové krize**. Jde o děj, který se vyznačuje zvýšeným napětím mezi protiklady, případně kvalitativním skokem s přerušením kontinuity, jež se může týkat i nejvyšších integračních instancí. Krizi lze chápat jako prudký přechod mezi dvěma stadii, během nichž vývoj probíhá relativně klidně, s převahou kvantitativních změn. V tomto smyslu se mluví i o tranzitorní krizi. Poněkud jinak chápe vztah mezi stadiem a krizí Erikson. Podle něj bývá krize spojena s plněním nejvlastnějšího vývojového úkolu, což je ústřední dění daného stadia; přechody mezi stadii se Erikson nezabývá.

² Z vývojového hlediska je důležité rozlišit zákonitou „ještě-nepřítomnost“ a „již-nepřítomnost“ vývojově podmínených jevů.

Hybné sily psychického vývoje lze vidět převážně nebo pouze v hereditě (nativismus); opačnou krajní pozici představuje názor, že vývoj záleží převážně nebo pouze na vlivech prostředí (environmentalismus), což v případě lidské psychiky znamená především na sociálním prostředí.³ Jednoduchými formulemi to lze označit jako $O = f(H)$, tj. osobnost, jež je výsledkem vývoje, je funkcí heredity, a $O = f(E)$, tj. osobnost je funkcí prostředí. Kompromisní stanovisko pak vyjadřuje formule $O = f(H, E)$, to jest: vývoj záleží na obojím. Určitý, byť omezený smysl má součtový model, například $O = f(H + E)$: lze např. smysluplně tvrdit, že individuální rozdíly v neuroticismu jsou dány z 80 % dědičností a z 20 % prostředím (Eysenck); poukazuje se však na to, že je velmi obtížné odlišit vliv heredity od vlivu intrauterinního prostředí, tedy dědičné od vrozeného. Obecnější platnost má formule $O = f(H \times E)$, tj. osobnost je funkcí interakce mezi hereditou a prostředím. Tím se rozumí, že přínos faktorů heredity a prostředí je vzájemně vázán, např. že dítě si ze svého prostředí vybírá podněty pod vlivem svých hereditárně podmíněných dispozic (někdy chorobných) a tyto podněty na ně pak působí určitým způsobem. (Můžeme pochybovat i o náhodnosti úrazů, protože existují osoby se sklonem k úrazům.) Nejhrubší matematickou formulací interakce je násobení.

V průběhu psychického vývoje je možné sledovat měnící se citlivost vůči vlivům prostředí, a to jak příznivým, tak nepříznivým. Na subhumánní úrovni byla prokázána období, kdy absence určitých vlivů prostředí dočasně nebo trvale ovlivní vývoj: například nedostatek mateřské péče zablokuje vývoj k mateřskému chování v dospělosti. Tato období se nazývají kritická. U člověka se nepodařilo najít takto ostře ohrazená období citlivosti, mluví se proto spíše o senzitivních obdobích. Z hlediska vývojové psychopatologie jsou důležitá období zvýšené citlivosti ke škodlivým vlivům i k pozitivním formativním vlivům (nebo k jejich absenci).

Vývoj je **výkladový pojem** a musíme se varovat běžné chyby, jež spočívá v jeho záměně s popisným pojmem. Jestliže jsme zjistili a konstatovali určitou posloupnost dvou projevů dítěte, např. že projevy vzteku předcházejí řeči nebo chůzi, máme jistě pravdu, ale není ještě nic vyloženo a jsme ve výzkumu vývoje na „nulté rovině“ popisu. O vývoji jsme oprávněni mluvit teprve tehdy, když známe, nebo aspoň hypoteticky předpokládáme, určitou zákonitost, kterou se řídí zjištěná posloupnost změn. V uvedeném případě tomu tak zřejmě není. V naší souvislosti jde především o to, vysvětlit vývojovou zákonitostí jevy a stavy, případně psychické vlastnosti, jež vybočují nežádoucím způsobem z ontogenetické normy, a také jejich nápravu, spočívající v dohnání normálního vývoje nebo v návratu k některé z přijatelných vývojových variant.

Kvantitativní poruchy vývoje

Dovedeme-li stanovit vývojovou linii přijatelně teoreticky opodstatněnou (vývoj inteligence, vývoj objektních vztahů apod.), můžeme uvažovat o odchylkách od normálního vývojového pohybu po takové linii, pokud jde o rychlosť a směr, zejména o vývojovém urychlení nebo zpomalení. Abstrahujeme-li od kvalitativních odchylek, k nimž přitom vždy dochází – a to je z metodických důvodů jistě aspoň předběžně oprávněné –, můžeme výstižně mluvit o kvantitativních vývojových poruchách.

³ Spor nativismu s environmentalismem měl výrazné ideologické až politické konotace: nativismus zejména popíral, že na nízkých skórech dělnických dětí v inteligenčních testech se výrazně podílí handicapující výchovné prostředí.

Kvantitativní poruchou v uvedeném smyslu je vývojová **retardace**, opoždění. Tohoto modelu se nejčastěji užívá v souvislosti s vývojem intelektu, kde je termín mentální retardace podle Mezinárodní statistické klasifikace nemocí termínem oficiálním. Většinou se však termínu retardace užívá nepřesně, u případů, kdy je zřejmé, že vývojové manko nebude nikdy dohnáno. Pak je přesnější mluvit o omezeném vývoji a v souvislosti s vývojem intelektu je na místě „tvrdší“ termín oligofrenie.

Další kvantitativní vývojovou poruchou je **stagnace**, předčasná zástava vývoje (což může, ale nemusí být reparabilní stav); ve vztahu k psychosexuálnímu vývoji se zde někdy mluví o fixaci.

Nejvýraznější kvantitativní „minusovou“ vývojovou poruchou je **regrese**, vývojový návrat. Dochází k ní z různých příčin, např. v důsledku psychické deprivace při hospitalizaci, ale někdy i v důsledku narození sourozence. Dítě se začne projevovat jako mladší, a to v řadě činností, např. ve hře. K podobným následkům mohou vést podle Drvoty (1982) i organické příčiny: např. po zánětu mozku ve druhém nebo třetím roce života se může objevit ztráta pohybových dovedností a návyku čistotnosti, echopraxie a pohybové automatismy, návrat ke žvatlavé řeči, ke strachu z neznámého člověka apod., tedy k regresi v několika vývojových liniích současně. K regresi může vést i psychotrauma, jak je představuje např. těžký astmatický záchvat (kde ovšem nelze vyloučit ani vliv hypoxie).

Zavedením pojmu regrese se nedostáváme do rozporu s principem nevratnosti psychického vývoje, který je uveden na str. 45. Regrese se totiž nikdy netýká celé psychiky, resp. osobnosti. Celek se regresí dostává do disharmonie, do kvalitativně nového stavu.

Opakem retardace je **předčasná progrese**, nežádoucí urychlení vývoje, např. psychosexuálního vývoje při pubertas praecox. Jakékoli výrazné urychlení vývoje je vždy parciální a i v nejpříznivějších případech (hudební nebo jazyková genialita) riskantní pro vývoj osobnosti, neboť není snadné kompenzovat vývojovou disharmonii, jež takto vzniká.

Kvalitativní poruchy

Zatímco při kvantitativních poruchách lze (zhruba) říci, že osobnost zůstává na klasické vývojové cestě, při kvalitativních poruchách z této cesty vybočuje.⁴ Příčinou kvalitativní vývojové poruchy bývá aktualizace dědičné, resp. vrozené vlohy, při větší či menší spoluúčasti vlivů prostředí. Tak je tomu zpravidla při vzniku výrazných psychosexuálních anomálií a velmi často při vzniku závažných duševních onemocnění dětského věku (dětská schizofrenie).

V některých případech lze kvalitativní vývojovou poruchu chápat jako výsledek nezvládnuté tranzitorní krize, jež se z nějakých důvodů abnormálně vyhrotila. V tomto smyslu se mluví zejména o patickém vývoji puberty nebo (podle Eriksona) o krizi identity, jež může vést ke zvýraznění anomálních rysů osobnosti. Smělejší spekulace hledá přímo souvislost se schizofrenií, jež nemusí být – je-li tohoto původu – životní tragédií (první ataka schizofrenie zůstane často atakou poslední).

⁴ I v rámci normálního vývoje shledáváme nekonečnou kvalitativní rozmanitost interpersonální, meziskupinovou, transkulturní a historickou. Jedním z úkolů pedagogické psychologie je objevovat nové, dosud nerealizované (ale možné) hodnotné vývojové varianty; je to aktuální zejména při výchově dětí v některém smyslu vysoce nadaných.

Rozeznáme-li vývojovou zákonitost psychické poruchy, může to mít význam pro její nápravu. Například při mentální retardaci, k níž došlo výchovným zanedbáním, lze dítěti poskytnout pečlivě programovanou příležitost (odborným termínem coaching), aby své zpoždění dohnalo. Podobně se u neurotiků zkouší nácvik sociálních dovedností, k jejichž osvojení neměli v patřičné době dostatek příležitosti nebo odvahy.

Ke složitější vývojové úvaze vede základní hypotéza psychoanalýzy: Pacient před mnoha lety uvázl v intrapsychickém konfliktu, což vedlo k nezdravému vývoji jeho pozdějších interpersonálních vztahů, ke vzniku neurotických mechanismů, obtíží a příznaků. Náprava spočívá v tom, že se nezvládnutý konflikt oživí v přenosovém vztahu k terapeutovi a že se dodatečně zvládne, což je, zjednodušeně řečeno, rozhodující krok k vyřešení současných obtíží.

4.1 STADIA VÝVOJE OSOBNOSTI PODLE ERIKSONA

Prvním vývojovým úkolem, resp. vývojovým tématem, je **důvěra** (podle pozdější Eriksonovy formulace **naděje**: i tam, kde se ztratí všechna důvěra, může mít člověk ještě naději, že bude jinak). V nejranějším stadiu, podle Freuda orálním, si dítě osvojuje – obrazně i doslova v materškém náručí – základní důvěru (basic trust). Důvěřující naděje je celoživotním základem citových vztahů k těm, na jejichž péči je člověk odkázán (lékař, učitel, kněz, ale i manželský partner nebo blízký přítel), i vztahů k tomu, co lidského jedince přesahuje: základní důvěra je – z psychologického hlediska – také nejhlbším základem víry v Boha. Z tohoto zdroje se čerpá síla k překonání všech nezdarů a zklamání, všech rozvracejících pochybností o vlastní hodnotě.

Nevybuduje-li si dítě v základní důvěře celoživotní hlubinu bezpečnosti, je na celý život ohroženo nejvážnějšími duševními poruchami – depresí, paranoiditou (Kleinová, Bálint) a těžkými narcistickými poruchami (Kohut).⁵ Je-li deprivace příliš silná, je ohrožen i tělesný vývoj.

Druhé stadium – zhruba řečeno batolecí věk – se točí kolem tématu **autonomie**. Dítě se učí vědomě chtít (i nechtít), ovládat vlastní tělo i psychické procesy. Prosazuje svou vůli i v sociálních vztazích, přičemž je nápadně zvláště odporování vůli druhých, charakteristický batolecí vzdor (negativismus). Ve střetnutí s vůlí autority, jež omezuje jeho vlastní vůli, si osvojuje princip spravedlivého rádu; v něm nachází i oporu své autonomní aktivity a sebevlády.

Autonomie, opírající se o rád, může být podložena pochybnostmi a zahanbením. Tyto funkce slouží sociální regulaci a jsou pozitivním přínosem batolecího období. Jestliže však převáží nad tím, co mají regulovat, je základní úkol stadia splněn chyb-

⁵ Lze namítnout, že v dětském věku se řada duševních poruch, např. právě paranoidita, ještě nevyskytuje. Odpověď spočívá v tom, že rozvinuté formy duševních poruch vyžadují kognitivní diferenciaci, mezi jiným introspektivní, a poměrně vyspělé obranné mechanismy, jež v dětském věku chybí. Proto jsou v děství některé symptomy i při těžkých poruchách jen primitivně naznačeny. Ostatně i v dospělosti někdy chybí pozitivní symptomatologie (simplicní schizofrenie) nebo je klíčový symptom nahrazen funkčními tělesnými poruchami (larvovaná deprese). Současná vývojová psychologie, užívající přesnějších výzkumných technik, nachází u dítěte v prvním roce života stále více projevů, jež byly dříve pozorovány až u starších dětí. To by mělo v budoucnosti umožnit i diferencovanější popis rané psychopatologie.

ně. Osobnost je natrvalo ohrožena ve volní sféře, např. nutkavými poruchami. (Zajímavý je v této souvislosti dosud neobjasněný fyziologický výskyt rituálů v batolecím období.)

Následuje stadium **iniciativy**, jež zhruba odpovídá předškolnímu věku (a Freudovu falickému stadiu). Dítě se učí – opět na celý život – směle a s rozkoší pronikat do prostoru činů a střetů. Objevuje se také nový, vyšší způsob autoregulace – schopnost cítit vinu, tedy svědomí (přesněji zvnitřně normy, resp. superego). Nevhodná výchova může vypěstovat, zvláště u konstitučně disponovaného dítěte, příliš citlivé kruté svědomí, jež na dlouhou dobu, snad až do dospělosti, podváže iniciativu jedince a promění každé odvážnější přání v intrapsychický neurotický konflikt.

Školní věk (asi do pátého ročníku, Freudovo období latence) charakterizuje Erikson jako stadium **snaživé píle**. Nyní si dítě osvojuje vztah ke světu práce a perspektivu celoživotního uplatnění v něm. I to je zdroj adaptability a vyrovnavání s osobními problémy. Novým citem tohoto období je pocit méněcennosti⁶, jímž se dítě učí reagovat na nezdar a který je stimuluje k vyšším výkonům. Trvalé neúspěchy mohou však vést k tomu, že pocit méněcennosti převáží, dítě kapituluje, stává se outsiderem a ztrácí důležitou složku životní perspektivy. K tomuto vývojovému selhání může přispět řada příčin: subnormální inteligence, specifické poruchy učení, syndrom LMD, syndrom hyperaktivity, nejistota citového zázemí domova ústíci ve školní fobii aj.

Následující dlouhé období (až asi do dvacátého roku života) označuje Erikson jako stadium **identity**. Někteří autoři je dále rozdělují na stadium **sociální identity** a pozdější stadium osobní identity. Sociální identitou se rozumí ztotožnění se skupinou vrstevníků a nalezení vlastního místa mezi nimi v soutěži i v solidaritě. To se připravuje již od mateřské školy, nyní však vrstevnická skupina nabývá zvláštního významu, protože se dítě citově radikálně odvrací od rodiny, v níž vyrostlo, zejména ovšem od rodičů (v dobrém případě jen dočasně). Nebezpečím stadia sociální identity je ztráta místa ve vrstevnické skupině a „couvnutí“ do dětské závislosti na rodině.

Stadium **osobní identity** má vést k osvojení relativně zralého pohledu na vlastní osobu i na prostředí, v němž jedinec žije, zejména na širší společenství obce, národa a celého lidstva, a také k mravní orientaci užívající abstraktního usuzování (hypotetické problémy). Kdo jsem, jaký jsem, kam patřím, čemu věřím, co hodlám podniknout se svým životem, to jsou nejpodstatnější otázky tohoto stadia. Dospívající opouští dětské a buduje si nové, dosud nezralé, ale v podstatě už dospělé sebepojetí. Tento přechod mívá podobu vyhrocené krize, diskontinuity mezi dětským a dospělým. Jsou adolescenti, kteří tento přechod neprodělají, přizpůsobí se požadavkům dospělosti v podstatě dětským způsobem: převezmou nabízené hodnoty, povrchně přijmou role, jejichž přijetí se od nich očekává, napodobí životní styl svých rodičů. Svou adolescentní krizi pak prožívají – pokud vůbec – se zpožděním třeba o řadu let, kdy ovšem má tato krize neadaptivní podobu. Jiní opustí či ztratí svou dětskou identitu, nejsou však schopni vytvořit si novou. Pak mluvíme o **agravované adolescentní krizi**, jež se projevuje zestřeným prožíváním vnitřních rozporů, rozervaností, bezradností nebo bouřlivým negativismem bez pozitivního programu – tedy vyhrocením jevů, které jsou příznačné pro adolescentní subkulturu. Psychiatr někdy váhá, má-li dia-

⁶ Nejasný je vztah mezi takto vývojově umístěným pocitem méněcennosti a novější kohutovskou teorií narcissmu.

gnostikovat agravovanou adolescentní krizi, schizoidní rysy osobnosti, nebo plíživě začínající schizofrenii.

U problémových adolescentů, zvláště u jedináčků a nejmladších dětí, je vždy třeba myslit na rodinnou problematiku. Ve vývojovém programu rodiny jde v této době o kvalitativní proměnu vztahu mezi rodiči a dítětem, o přechod od dětské závislosti a něhy k rovnocennějšímu a citově zdrženlivějšímu, i když nikoli nutně slabšímu a méně významnému vztahu. To bývá stejně obtížný problém pro rodiče jako pro dítě. Základní konflikt mezi vztahovou setrvačností a tendencí ke změně se může projevit neurotickou nebo jinou patologií. Pak je často indikována rodinná terapie.

Podle klasické psychoanalytické teorie je jádrem dospívání toto dění: Po stadiu latence se oživí – podníceno zvýšenou produkcí mužských i ženských hormonů a vývojem primárních a sekundárních pohlavních znaků – sexuální cítění. Toto cítění se obrací nejdříve k týmž osobám jako sexualita oидипovského období, tj. k rodičům. Ožíví se i oидипovský konflikt. Taková orientace je však podle společenských norem (jež jsou za normálních okolností již plně internalizovány) zcela nepřijatelná. Proto je vytěsněna do nevědomí a dospívající nachází nové osoby, zpravidla věkově přiměřené partnery, k nimž se obrací jeho erotika a sexualita. Nalezením těchto partnerů se dokončuje i psychosexuální identifikace s ženskou nebo mužskou sexuální rolí. Vyhrazení se také případná homosexuální tendence, jež se vytvořila prenatálně nebo v prvních letech života. Avšak i u jedinců s dosavadním normálním vývojem může dojít k tápání s přechodnými homosexuálními epizodami. (Určitý vliv na psychosexuální orientaci mají patrně i zážitky v dospívání, zejména homosexuální svedení; tento vliv může být u disponovaných jedinců rozhodující.)

Typickým jevem adolescence je podle Eriksona vývojové **moratorium**, období, kdy jedinec, který nemůže zvládnout nahromaděné úkoly tohoto stadia, svůj přechod k dospělosti odkládá a „sbírá síly“ k postupu vpřed. Po určitou dobu přitom žije způsobem, který mu umožňuje odklad a věnuje se často intenzivně nějaké činnosti, která ho plně zaujme, takže vývojové úkoly na něj přestanou doléhat. V té době se může plně věnovat nějakému hobby, může být oddaným přívržencem sociálně únosné (ale i sociálně neúnosné) party nebo sekty, může vyplnit určitou dobu sexuální promiskuitou (nikoli silným citovým vztahem, to by byl náročný vývojový krok kupředu) apod. Někdy je obtížné odlišit adolescentní moratorium, po němž vývoj bude moci normálně pokračovat, od povahového vyhraňování směrem k psychopatii.

5. DĚDIČNOST PSYCHICKÝCH VLASTNOSTÍ, JEJICH ODCHYLEK A PORUCH

M. Vágnerová

Vývoj nejrůznějších psychických vlastností a funkcí, jejich běžných i méně obvyklých variant, je závislý na mnoha faktorech. Tyto faktory nemusí mít v jednotlivých případech stejně 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 skoro vždycky, i když v různé míře, předurčen genetickými předpoklady. Průběh psychického vývoje tudíž závisí na individuálně specifické interakci **vrozených dispozic** a komplexu různých **vlivů prostředí**.

Genetické dispozice představují informace, na jejichž základě se vytvářejí **předpoklady pro rozvoj různých psychických vlastností**. Jejich souhrn je označován jako **genotyp**. V genetickém aparátu je zakódován program individuálního rozvoje jedince, který se projevuje variabilitou zrání, určitými rozdíly dosažené úrovně jednotlivých funkcí, psychických i somatických, a také koordinovaností a integrovaností jejich rozvoje.

V průběhu života dochází k **postupné aktivaci** jednotlivých složek genetického programu. Z tohoto důvodu dosahují psychické funkce určité kvality v daném, přibližně stejném období. Například vývoj různých poznávacích procesů závisí na aktivitě těch genů, které stimulují zrání konkrétních oblastí mozku, může se tak dít např. prostřednictvím geneticky časované funkční diferenciace obou mozkových hemisfér. **I tempo zrání je dáno geneticky**. To znamená, že dispozice k rozvoji různých schopností a dovedností se mohou projevit teprve v období, kdy dané funkce obvykle dozrávají. Do té doby nelze zjistit, zda dítě takové předpoklady má, nebo ne.

Genetické informace jsou zakódovány ve **formě genů**, které jsou lokalizovány na chromozomech. Každý člověk má dvě sady chromozomů, z nichž jedna pochází z otcovské zárodečné buňky a druhá z mateřské. Mezi dvojicí genů se stejnou funkcí se mohou vytvořit různé vztahy, totéž platí i pro jejich interakce v rámci větších komplexů. **Žádný gen se neprojevuje zcela izolovaně**, ale vždy integrovaně, v širších souvislostech a vztazích, resp. časovém plánu, v rámci celého genotypu, eventuálně celého organismu tohoto jedince, žijícího v určitém prostředí.

Pravděpodobnost vzniku určité kombinace dědičných dispozic je závislá na **způsobu partnerského výběru**. Různé psychické, resp. i tělesné 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 partnery, kteří jsou jim z tohoto hlediska podobní. Bylo zjištěno, že shoda mezi manžely je v této oblasti skutečně dost vyso-

ká, dosahuje průměrné hodnoty korelace 0,40 (Plomin, 1990). 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 různých schopností, odpovídá v takových rodinách úrovni rodičovské inteligence a s tím souvisejícího vzdělání.

- Příkladem **negativní selektivity** může být výběr partnera dle typu temperamentu (tj. osobního tempa, převládajícího způsobu emočního prozívání, 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. Typ temperamentu potomků pak bývá méně často nějak extrémně vyhraněný.

Genetické vlohy určují míru pravděpodobnosti rozvoje určité vlastnosti, stupně její intenzity či kvality. Její konkrétní varianta, kterou lze označit jako **fenotyp** (tím je např. úroveň rozumových schopností či citová stabilita), je však v různé míře závislá také na působení vnějšího prostředí. Vnější vlivy se významně spolupodílejí na vzniku definitivní podoby určité vlastnosti, resp. funkce. 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 zásadním způsobem nemění, zatímco komplex vnějších vlivů proměnlivý je, mění se z hlediska intenzity, kvality i času.

I pro psychické vlastnosti je důležitá míra, v níž mohou být předurčeny geneticky, a nakolik jsou ovlivnitelné prostředím. Tato míra dědičné podmíněnosti, neboli heritabilita, je u různých psychických vlastností rozdílná. **Podíl dědičnosti a vlivu prostředí** na vzniku určité psychické vlastnosti může být různý, v závislosti na povaze této vlastnosti. Míra dědičnosti se velmi těžko určuje, protože zde spolupůsobí celá řada různých faktorů. Prostředí nemusí mít stejný význam u hraničních genotypů, to znamená u nadprůměrně a podprůměrně disponovaných jedinců. Například nadprůměrně nadané dítě dokáže lépe využít všechny podněty, které se mu v jeho prostředí nabízejí, dovede je i aktivně vyhledávat. Podprůměrně disponované dítě to nedokáže.

Každý genotyp má své vymezené hranice, tj. reakční normu, v nichž je schopen na podněty prostředí reagovat. Prostředí rozhoduje o tom, která z variant v rámci daného rozmezí vznikne. Reakční norma určuje maximální dosažitelnou úroveň příslušné vlastnosti, jíž dosáhne jen tehdy, budou-li vlivy prostředí působit optimálně. Potíž 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 ale závisí i na jiných faktorech. To znamená, že je vhodnější **definovat dědičnost dynamicky**, podle toho, jak se může projevovat v určitém prostředí.

Genetické předpoklady a vlivy prostředí jsou od počátku vývoje ve vztahu **vzájemné interakce**. Děti s odlišnými dispozicemi se již v raném věku projevují rozdílným způsobem, a proto vyvolávají nestejně reakce okolí. Michel a Mooreová (1999) se např. domnívají, že značná shoda vývoje monozygotních dvojčat je dána nejen stejností jejich dispozic, ale i shodou viditelných znaků, které stimulují podobné rodičovské chování. Tento mechanismus může působit i v případě, že jsou děti vychovávány odděleně, i tehdy působí na své okolí podobně. Tendence k určitému způsobu

reagování, která je dána geneticky, může v krajním případě představovat rizikový faktor. Například impulzivní, neklidné a nezdrženlivé děti budou lidem nepříjemné, a proto budou s větší pravděpodobností odmítány i negativně hodnoceny. Taková dispozice se snadno stane příčinou rozvoje mnoha dalších potíží.

Podněty prostředí nepůsobí na různě disponované jedince stejně, jejich vliv může být **modifikován i samotnou dědičnou informací**. To znamená způsobem, jakým jsou zpracovávány. Děti s různými genetickými předpoklady mohou reagovat na stejné prostředí jinak, ať už jde o podněty určité kvality nebo jejich kvantitu. Určitá míra stimulace nemusí být pro rozvoj různě disponovaných dětí stejně přínosná. Například v intenzivně stimulujícím prostředí vysoce vzdělané rodiny se může velmi dobře rozvíjet nadprůměrně nadané dítě, zatímco sotva průměrný jedinec by v takové rodině mohl být přetěžován a stresován subjektivně nadměrným příslušenstvím podnětů i s tím souvisejícím očekáváním. Takové dítě by se lépe rozvíjelo v klidném a méně náročném prostředí.

Genetické dispozice se nemusí v průběhu vývoje projevovat stále stejným způsobem, resp. stejně intenzivně. **V určitých vývojových fázích** se mohou některé z nich **projevit nápadněji**. Děje se tak např. v období dospívání, kdy dochází k většímu osamostatňování. Mladší dítě je více závislé na rodině, jeho rodiče rozhodují o tom, co bude dělat a s kým se bude stýkat. Dospívající si začínají sami vybírat činnosti, které je zajímají, přátele i budoucí profesi. Ve větší míře než dřív tak spoluvtvářejí i své prostředí, které je ovlivňuje. Jeho vliv se aktuálně jeví efektivněji než působení rodiny či školy, protože může být 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 dospělým zdá, že se v době dospívání některé děti výrazněji mění.

Vývoj CNS, který je důležitým předpokladem rozvoje všech psychických vlastností a procesů, je určen genetickou informací. Projevuje se především vzhledem k organizační komplexity a vzájemného propojení jednotlivých oblastí. I když je primárně závislý na zrání, **mohou jej ovlivňovat mnohé vnější faktory**, dokonce i ty, které působí zprostředkováně. Například specifická zkušenosť může přispět k rozvoji určité oblasti mozku a naopak, podnětová deprivace jej může omezit. Vnější vlivy mohou podpořit takové funkční změny mozku, které vedou k proměně psychických projevů.

Vývoj CNS prochází v prenatálním i postnatálním období určitými fázemi, pro něž jsou typické různé strukturální i funkční změny nervové tkáně (Harris, 1998; Kulíšák, 2003; Siegler a kol., 2003):

1. *Vytváření neuronů* z neuroblastů probíhá na počátku prenatálního období.
2. *Migrace neuronů* do příslušné cílové oblasti. K ní dochází např. mezi 4. a 6. měsíčem prenatálního věku, mozkové buňky migrují do různých oblastí mozkové kůry i podkoří, a v důsledku toho dochází k jejich funkční diferenciaci. Jestliže se naruší časový program migrace nebo přesnost cílové lokalizace, mohou se objevit v pozdějším vývoji nějaké potíže, např. v rozvoji a integraci různých dílčích procesů. V době narození je většina korových neuronů na místě svého určení.
3. *Diferenciace funkcí neuronů*, k níž dochází poté, co se nezralé nervové buňky dostanou do cílové oblasti. To se mimo jiné projevuje specializací mechanismů

- zodpovědných za syntézu určitých důležitých látek, tzv. neuromediátorů. K tomuto procesu dochází rovněž především v prenatální fázi.
4. *Změny ve vzájemném propojení neuronů*, dotvoření jejich strukturálně funkční sítě. Propojení mezi neurony zajišťují synapse, které mohou fungovat na chemické či elektrické bázi. Chemické synapse využívají spojení, k němuž dochází pomocí různých látek, tzv. neuromediátorů.

Dispozice k rozvoji různých psychických vlastností jsou obvykle **dědičné komplexním, resp. multifaktoriálním způsobem** (Nussbaum, McInnes a Willard, 2004).

To znamená, že se na jejich vzniku spolupodílí větší, avšak přesně nezjištěné množství genů, které by izolovaně měly jen nepatrý účinek. Bez ohledu na počet genů a vztahy mezi nimi platí, že společně vytvářejí předpoklady k rozvoji určité vlastnosti. Její definitivní podoba závisí i na vlivu prostředí, které může její rozvoj v různé míře stimulovat, nebo naopak zpomalit či deformovat. 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 neuplatňují stejným způsobem, některé nejsou využity vůbec. Vlastnost, která není potřebná, se nemusí dále rozvíjet, stagnuje, nebo dokonce upadá. Příkladem může být výchovně zanedbané dítě ze sociálně slabého prostředí, jehož schopnosti se nerozvíjejí, protože pro tento způsob života nejsou potřebné.

Příkladem psychické funkce dědičné multifaktoriálním způsobem je inteligence. Její kvalita vždycky závisí na dědičných předpokladech, ale může ji významným způsobem ovlivnit i výchova a vzdělání. Úroveň rozumových schopností obou rodičů, která je podmíněná geneticky, bude ovlivňovat i způsob výchovy jejich dětí, podnětnost rodinného prostředí. To znamená, že inteligence rodičů ovlivní kvalitu intelektového vývoje jejich potomků jak biologicky (tj. prostřednictvím genetických dispozic), tak působením rodinného prostředí, které tito rodiče vytvoří. Méně disponovaní rodiče, kteří budou mít i méně nadané potomky, je ještě navíc zatíží nedostatečně podnětnou výchovou, která jim neumožní jejich předpoklady ani přijatelně využít.

Odhady míry **dědičnosti dispozic k rozvoji rozumových schopností** kolísají v rozmezí 50–70 % (Plomin, 1990). Důkazem platnosti tohoto předpokladu mohou být výsledky studií sourozenců, resp. srovnání rodičů a dětí:

- **Shoda inteligence monozygotních dvojčat**, jejichž genotyp je totožný, je vysoká, dosahuje v průměru 86 %. Rozdíly mezi nimi nejsou dány genetickými faktory, ale ani shoda jejich vlastností nemusí vždycky záviset jen na dědičných předpokladech. Může ji ovlivnit velmi podobný způsob výchovy, protože stejně vypadající a stejným způsobem se projevující děti budou s největší pravděpodobností stimulovat i podobné reakce okolí.
- **Shoda inteligence dítěte a jednoho z rodičů** dosahovala v průměru pouze 45 %, sourozenci narození v rozdílném období, a tudíž ovlivnění různými aktuálně působícími faktory, se shodovali ve 47–58 %. Pokud byli vychováváni v jiném prostředí, byla jejich vzájemná podobnost nižší, nanejvýš 40 %.
- **Shoda inteligence dětí a nevlastních rodičů** je poměrně malá, pouze 31 %. Z hlediska úrovně rozumových schopností si nejsou příliš podobní ani nepříbuzné děti,

které byly vychovávány společně, shodují se jen ze 23 %. Míra shody je za těchto okolností dána jak náhodnou podobností dědičných dispozic, tak jinými než genetickými faktory. Lze ji akceptovat jako odhad míry variability intelektových schopností dané působením prostředí (Bouchard et al., 1990).

Pokud nebude dítě přijatelným způsobem stimulováno, jeho schopnosti se nerozvinou. Za těchto okolností mu jeho dispozice nebudou příliš užitečné. Na druhé straně platí, že ani sebelepší vzdělávací systém nepovede k dobrým výsledkům, pokud by dětem chyběly potřebné předpoklady. Příčinou horšího školního prospěchu může být jak nižší nadání, tak **nedostatečná podnětnost** rodinného prostředí. Určitou výhodou zanedbaného dítěte je, že má větší šanci svoje schopnosti pod vlivem podnětnějšího prostředí dodatečně rozvinout a svoje nedostatky kompenzovat. Mnohé rozdíly ve vývoji rozumových schopností jednotlivých dětí mohou být dány i **náhodnými vlivy**, které nemůžeme kontrolovat. Jak velký vliv mají tyto faktory na rozvoj inteligence, neumíme zatím vyčíslit, ale nelze předpokládat, že by byly příčinou zásadních rozdílů.

Inteligence, stejně jako všechny multifaktoriálně podmíněné znaky, vykazuje v průběhu několika generací trend označovaný jako **regrese k průměru** (Thompson a Thompsonová, 1988). To znamená, že děti velmi nadaných rodičů mají tendenci být o něco blíže k průměru a opačně, potomci výrazně podprůměrných rodičů jsou nepatrně lépe disponováni. Toto pravidlo platí pro populaci, je zřejmě až ve velké skupině. Regrese k průměru má ekvivalentní protiváhu v tendenci k náhodnému odchylkování od průměru, jinak by krajní varianty zmizely.

V průběhu delšího časového intervalu, během posledních desetiletí minulého století, se zrychlilo tempo vývoje rozumových schopností, což např. kliničtí psychologové v praxi zaregistrovali ve formě nadhodnocování výsledků získaných pomocí starších testových metod (nejvýrazněji u Stanford-Binetova testu inteligence). Němečtí autoři (Mehlhorn a Mehlhorn, 1981; Weiss, 1982) mluví o tzv. **fenoménu IQ-akcelerace** jako o obdobě známé růstové akcelerace. Ani v jednom případě nejde o změnu genetického potenciálu, ale o změnu v oblasti sociální stimulace, spojenou se změnou životního stylu. Dědičné dispozice jsou v současnosti více využívány, takže se rychleji rozvíjejí a dosahují dříve vyšších hodnot. Weiss předpokládal obecný průměrný zisk v rozmezí 10–20 bodů IQ, což se v zásadě naplnilo. Tento trend dává určitou naději i různým stimulačním programům zaměřeným na zlepšení intelektových funkcí jedinců, jejichž aktuální úroveň se zatím nachází na levém konci Gaussovy křivky, tj. v pásmu výrazného podprůměru.

5.1 DĚDIČNOST PSYCHICKÝCH ODCHYLEK A PORUCH

Dispozice ke vzniku psychických poruch, resp. duševních onemocnění, mohou vyplývat z několika možných způsobů narušení genotypu, tj. **typů dědičnosti**. Míra genetické zátěže, resp. rizika vzniku takové poruchy, může být v těchto případech různá.

- **Porucha počtu nebo struktury chromozomů.** Poruchy tohoto typu nepotvrzují jenom význam genetické informace pro rozvoj určitých postižení, ale i důležitost koordinovaného a integrovaného působení jednotlivých genů. Pokud nějaká informace chybí, pak je jasné, že se příslušná vlastnost nemůže dobré rozvíjet. Jestliže genom obsahuje větší počet genů, než je obvyklé, pak musí takto vzniklá porucha záviset na narušení integrity a koordinace genetického programu. Tak je tomu např. u Downova syndromu (trisomie 21. chromozomu) nebo syndromu lomivého X. Porucha počtu nebo struktury chromozomů vede obvykle k závažnějšímu a komplexnějšímu postižení, mnohdy tak zásadnímu, že není slučitelné se životem. Poruchy počtu pohlavních chromozomů (XX u dívek a XY u chlapců) nemají tak závažné důsledky. Příkladem takové poruchy je Turnerův syndrom, kdy chybí jeden X chromozom.
- **Porucha funkce jednoho genového páru.** Příčinou takové 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 méně významných místech existuje větší variabilita než v oblastech, které jsou funkčně důležité. Takové poruchy se dále diferencují podle toho, zda k jejich vzniku stačí narušení funkce jednoho genu v páru nebo zda musí být dysfunkční oba.
- **Autozomálně dominantní typ dědičnosti.** V tomto případě ke vzniku poruchy stačí, aby byl defektní pouze jeden gen, druhý, nepoškozený gen nemá schopnost nahradit nebo omezit jeho negativní účinky. U nemocného jde zpravidla o novou mutaci a jeho rodiče bývají zdraví. Kdyby měl takový člověk děti, riziko jejich postižení by bylo 50 %. Poruchy dědičné tímto způsobem postihují různé orgánové systémy, často jde o postižení CNS a pak bývá jeden ze symptomů mentální defekt. Příkladem takového onemocnění může být tuberózní skleróza. Jiné psychické poruchy nebývají dědičné tímto způsobem.
- **Autozomálně recesivní typ dědičnosti.** V tomto případě vzniká postižení jen tehdy, je-li narušena určitá funkce obou genů. Rodiče bývají zpravidla zdraví, ale jsou přenašeči stejné patologické vlohy. Riziko, že se takovým lidem narodí postižené dítě, je 25 %, v 50 % jde o přenašeče, disponovaného stejně jako rodiče. Do této skupiny patří velký počet metabolických poruch, např. fenylketonurie, galaktosémie apod., které mohou být doprovázeny mentálním postižením různého stupně. Mentální retardace je za těchto okolností vlastně sekundární, mozek dítěte je poškozován metabolickými produkty vlastního organismu. Účinným řešením je radikální dieta, vylučující to, co postižený organismus nedovede adekvátně zpracovat.
- **Dědičnost** vázaná na X chromozom, tj. **závislá na pohlaví**. V tomto případě je narušený gen lokalizován na pohlavním X chromozomu, a odchylka se proto projevuje jen u chlapců, kteří mají pouze jeden X chromozom, takže jeho funkci nemůže nahradit příslušný párový protějšek. Tak je tomu např. u Loweho syndromu, jenž je mimo jiné spojen s mentální retardací středního stupně.
- **Maternální dědičnost mitochondriální DNA.** Mitochondriální chromozom je poměrně krátký, obsahuje 37 genů. Nachází se uvnitř mitochondriální organely, a nikoliv v jádře jako ostatní chromozomy. Mitochondriální geny jsou proměnlivější, ke vzniku mutací zde dochází mnohem snadněji než v jaderném genomu. Pro dědičnost informací, které se v něm nacházejí, je důležité, že všechny mitochondrie pocházejí z oplozeného vajíčka, a nikoliv ze spermie. Pro postižení v oblasti

mitochondriální DNA je tudíž typické, že je lze získat pouze od matky. Tyto poruchy mohou mít různý stupeň závažnosti, závisející na tom, kolik poškozených mitochondriálních chromozomů se v organismu nachází. Mezi jaderným a mitochondriálním genomem existuje těsný vztah, některé produkty jsou závislé na genech z obou oblastí. Poškození mitochondriálních genů může přispět ke vzniku různých potíží, samozřejmě i v oblasti CNS, a tudíž i psychiky; mohou to být některé demence, deprese apod. Tyto poruchy jsou multifaktoriálně podmíněné, jejich rozvoj ovlivňují i jiné faktory (Nussbaum, McInnes a Willard, 2004).

■ **Multifaktoriální dědičnost.** Základem postižení je kumulace většího, přesně neurčeného počtu specifických variant určitých genů (alel) a jejich vzájemné vztahy. (Alela je konkrétní varianta určitého genu.) Mechanismus působení takových genů je komplexní a může mít různý charakter. Obecně platí:

- Každá alela odpovídá jen z menší části (vyjadřitelné v procentech) za variabilitu rozvoje určitého projevu, např. za to, jak velký sklon k úzkostnému prožívání bude dotyčný jedinec mít.
- Různé geny, resp. jejich alely, mohou ovlivnit větší počet osobnostních vlastností, nemusí se projevit pouze v jedné.
- Různé osobnostní rysy i jejich odchylky mohou vzniknout na bázi kombinace různých, hypofunkčních, hyperfunkčních i dysfunkčních alel. Výsledek závisí na tom, jaké konkrétní varianty se nacházejí v genotypu daného jedince.
- Mezi téměř geny nemusí být jen aditivní vztah, to znamená, že výsledný efekt není dán pouhým součtem jejich účinku. Vzájemné působení jednotlivých alel může být složitější. Některá z nich může mít pro rozvoj určitého znaku klíčový význam, např. tím, že bude stimulovat či blokovat funkci několika dalších.
- Vznik a rozvoj takových poruch může ovlivnit i prostředí, resp. specifická interakce mezi určitým genotypem a konkrétními vnějšími vlivy. Riziko vzniku takových poruch se proto může za určitých okolností zvyšovat. K označení takto vzniklých použití se užívá termínu endofenotyp, což vyjadřuje skutečnost, že jde o výsledek vzájemného působení genetických i exogenních faktorů (Gottesman, 1991).

Dědičnost mnoha psychických poruch 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 stejně míře závislé na interakci s rozmanitými vnějšími vlivy (Zvolinský, 2001). Proto se často mluví pouze o zvýšené dispozici k rozvoji určité poruchy. Jednou z takových teorií je i **Gershonova teorie vulnerability**, tj. zvýšené zranitelnosti. Je definována jako stabilní vrozená citlivost, resp. dispozice k určitému způsobu zpracování zátežových podnětů, jako rizikový faktor pro vznik psychických poruch (Gershon a Cloninger, 1994). Vnější prostředí může ovlivnit další rozvoj takto disponovaného jedince.

Důležitým zjištěním je skutečnost, že **některé geny mohou mít větší vliv v určité vývojové fázi**. Například geny pro dopaminový receptor D4, na nichž závisí potřeba stimulace, tendence k hyperaktivitě, impulzivnímu reagování apod., se tímto způsobem projevují především v době mládí, ve starším věku takový vliv nemají.

Poruchy lidské psychiky jsou závislé na biochemických změnách v mozku, souvisejí s **odchylykami 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 přenášeč serotoninu (New et al., 2002). Potřeba vyhledávat neustále nová a vzrušující podněty závisí na množství dopaminových receptorů v oblasti limbického systému i na hustotě přenášečů serotoninu. Ty ovlivňují míru aktivace autonomního nervového systému a tím i tendenci vyhledávat intenzivní podněty. U takto disponovaných lidí se lze setkat s různými formami rizikového chování, i když daný gen k uvedenému projevu přispívá jen z 10 % (Benjamin et al., 2002; Ebstein et al., 2002; Prolo a Licinio, 2002; Zuckerman, 2002).

5.1.1 DĚDIČNOST MENTÁLNÍHO POSTIŽENÍ A PERVAZIVNÍCH VÝVOJOVÝCH PORUCH

Dědičnost mentální retardace. Příčinou mentální retardace je postižení CNS. Tato porucha může vzniknout různým způsobem, její etiologie se projeví kvantitativně i kvalitativně v klinickém obrazu, tj. závažností postižení a převažujícími symptomy. Jde o multifaktoriálně podmíněné postižení, na jehož vzniku se může podílet jak porucha genetických dispozic, které vedou k narušení rozvoje CNS, tak nejrůznější exogenní faktory, které poškodí mozek v rané fázi jeho vývoje. Obě složky působí ve vzájemné interakci. Pokud je mentální retardace geneticky podmíněna, může jít o různé typy dědičnosti:

■ Mentální retardace může být podmíněna **odlišným počtem či strukturou autozomů**.

- Typickým příkladem je trisomie 21. chromozomu, známá jako **Downův syndrom**. K poruše meiotického dělení, zodpovědné za vznik trisomie, dochází většinou u matky, v 10 % může být příčinou narušení meiózy u otce. (Přibližně 4 % dětí s Downovým syndromem mají normální počet chromozomů, ale jeden z nich vznikl tzv. Robertsonovskou translokací, to znamená, že je tvořen dlouhým raménkem chromozomu 21 a dlouhým raménkem jiného chromozomu, většinou 14 či 22. Jeden z rodičů je přenášečem příslušné kombinace a z toho vyplývá značné riziko postižení dalších dětí.) V případě Downova syndromu ale nejde jen o negativní vliv jednoho nadbytečného chromozomu, bylo zjištěno, že u zárodků s touto trisomií chybí celá jedna skupina genů, které se podílejí na diferenciaci neuronů a tvorbě synapsí. Jde o geny pro určitý transkripční faktor, působící především v období vývoje, v dospělosti se uplatňuje selektivně, v oblastech CNS spojených s učením a pamětí. Postižení s Downovým syndromem mají typický habitus, tj. jsou na první pohled také tělesně odlišní. Jejich mentální deficit bývá rovnoměrnější, zpravidla na hranici lehčího až středně těžkého stupně. Bývají klidní až bradypsychičtí, těžkopádní a ulpívaví, avšak emocionálně dobře ladění a přizpůsobiví.
- Příkladem strukturální poruchy chromozomů je **syndrom kočičího křiku**, jehož základem je delece, tj. ztráta části krátkého raménka 5. chromozomu. Tyto děti mají nápadné rysy obličeje, jsou těžce mentálně retardované a trpí srdečními vadami.