

Michaela Pugnerová, Jana Kvintová

PŘEHLED PORUCH PSYCHICKÉHO VÝVOJE

- Psychická deprivace
- Neurotické obtíže v dětském věku
- Poruchy chování a syndrom hyperaktivity
- Psychologie jedinců s různými typy postižení

Poděkování

Rády bychom na tomto místě poděkovaly svým kolegům za cenné rady, podněty a připomínky. Děkujeme především doc. PhDr. Josefu Konečnému, CSc., a doc. PhDr. Ireně Plevové, Ph.D.

KATALOGIZACE V KNIZE - NÁRODNÍ KNIHOVNA ČR

Pugnerová, Michaela

Přehled poruch psychického vývoje / Michaela Pugnerová, Jana Kvintová.

-- Vydání 1.. -- Praha : Grada, 2016. -- 296 stran. -- (Psyché)

ISBN 978-80-247-5452-9 (brožováno)

616.89-053.2 * 616-007 * 616.89-008 * 616.89-027.512

- dětská psychopatologie
- vývojové poruchy
- duševní poruchy
- speciální psychopatologie
- kolektivní monografie

616.89 - Psychiatrie [14]

Michaela Pugnerová, Jana Kvintová

PŘEHLED PORUCH PSYCHICKÉHO VÝVOJE

- Psychická deprivace
- Neurotické obtíže v dětském věku
- Poruchy chování a syndrom hyperaktivity
- Psychologie jedinců s různými typy postižení

Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

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

Mgr. Michaela Pugnerová, Ph.D.
PhDr. Jana Kvintová, Ph.D.

PŘEHLED PORUCH PSYCHICKÉHO VÝVOJE

Vydala Grada Publishing, a.s.
U Průhonu 22, 170 00 Praha 7
tel.: +420 234 264 401, fax: +420 234 264 400
www.grada.cz
jako svou 6427. publikaci

Recenzovali:

doc. PhDr. Josef Konečný, CSc.
doc. PhDr. Irena Plevová, Ph.D.

Odpovědný redaktor Zdeněk Kubín
Sazba a zlom Milan Vokál
Návrh a zpracování obálky Antonín Plicka
Počet stran 296
Vydání 1., 2016

Vytiskly Tiskárny Havlíčkův Brod, a. s.

© Grada Publishing, a.s., 2016
Cover Photo © allphoto.cz

ISBN 978-80-271-9520-6 (ePub)
ISBN 978-80-271-9519-0 (pdf)
ISBN 978-80-247-5452-9 (print)

Obsah

Úvod	11
1. Vymezení normality a abnormality	13
<i>Jana Kvintová</i>	
1.1 Druhy norem	15
<i>Statistická norma</i>	15
<i>Sociokulturní norma</i>	17
<i>Funkční pojetí normality</i>	19
<i>Zdraví jako norma</i>	20
<i>Mediální norma</i>	21
<i>Ontogenetická norma</i>	21
<i>Psychologická abnormalita</i>	22
1.2 Modely abnormálního chování	25
<i>Biologický model</i>	26
<i>Psychodynamický model</i>	27
<i>Behaviorální model</i>	28
<i>Kognitivní model</i>	28
<i>Humanisticko-existenciální model</i>	29
<i>Sociokulturní model</i>	29
<i>Integrativní (eklektický) model</i>	30
1.3 Klasifikace abnormálního chování	30
2. Zátěžové situace	34
<i>Jana Kvintová</i>	
<i>Frustrace</i>	34
<i>Konflikt</i>	36
2.1 Stres	38
<i>Vnímání stresu</i>	38
2.2 Dimenze stresu	42
<i>Emocionální dimenze stresu</i>	42
<i>Intelektuální dimenze stresu</i>	45
<i>Sociální dimenze stresu</i>	45
<i>Environmentální dimenze stresu</i>	47
<i>Spirituální dimenze stresu</i>	47
<i>Fyzická dimenze stresu</i>	48

2.3	Zvládání stresu	49
	<i>Obranné mechanismy</i>	51
2.4	Techniky zvládání stresu	53

OBEČNÁ ČÁST

3.	Psychická deprivace	60
	<i>Michaela Pugnerová</i>	
3.1	Definice psychické deprivace	60
3.2	Základní psychické potřeby	61
3.3	Typy deprivace	63
3.4	Podmínky vzniku deprivace	65
	<i>Vnější podmínky vzniku deprivace</i>	65
	<i>Vnitřní podmínky vzniku deprivace</i>	66
3.5	Projevy psychické deprivace	69
3.6	Psychická subdeprivace	72
3.7	Psychická deprivace v dospělém věku	73
4.	Náhradní rodinná péče (NRP)	78
	<i>Michaela Pugnerová</i>	
4.1	Definice náhradní rodinné péče	78
4.2	Systém náhradní rodinné péče	78
4.3	Adopce (osvojení)	79
4.4	Pěstounská péče (PP)	82
4.5	Další formy pěstounské péče	85
	<i>Pěstounská péče na přechodnou dobu</i>	85
	<i>Hostitelská péče</i>	87
	<i>Poručenství</i>	87
4.6	Ústavní péče	88
5.	Týrané a zneužívané dítě	94
	<i>Michaela Pugnerová</i>	
5.1	Příčiny vzniku	95
5.2	Fyzické týrání	95
5.3	Psychické týrání	98
	<i>Dopad psychického týrání na psychiku dítěte</i>	99
5.4	Sexuální zneužívání	101
	<i>Typy sexuálního zneužívání</i>	102
	<i>Hlavní tělesné ukazatele sexuálního zneužívání</i>	103
5.5	Zanedbávání	104
	<i>Hlavní ukazatele zanedbávání</i>	105
5.6	Další formy CAN – systémové týrání (tj. druhotné ubližování)	106

6. Neurotické obtíže v dětském věku	113
<i>Michaela Pugnerová</i>	
6.1 Příčiny vzniku	113
6.2 Druhy zátěže (neurotizace) typické pro jednotlivá vývojová období	115
6.3 Konkrétní neurotické (emoční) obtíže v dětství	118
<i>Neurotické obtíže spojené s afektivními projevy</i>	118
<i>Neurotické obtíže spojené s úzkostí, fobií a depresivními stavy</i>	120
<i>Neurotické obtíže spojené se zažíváním</i>	121
<i>Neurotické obtíže spojené s poruchami spánku a se somatickými stesky</i>	122
<i>Neurotické obtíže spojené s poruchami vyměšování</i>	123
<i>Neurotické obtíže spojené s poruchami komunikace</i>	125
<i>Neurotické obtíže spojené s neurotickými návyky a tiky</i>	126
7. Poruchy příjmu potravy	131
<i>Michaela Pugnerová</i>	
7.1 Tělové schéma	131
7.2 Mentální anorexie	132
<i>Příčiny vzniku</i>	133
<i>Osobnostní rysy dívek trpících mentální anorexií</i>	135
7.3 Mentální bulimie	136
7.4 Poruchy příjmu potravy v populaci chlapců, mužů	140
<i>Příčiny vzniku poruch příjmu potravy u chlapců, mužů</i>	140
7.5 Zdravotní důsledky poruch příjmu potravy	141
8. Poruchy chování	144
<i>Jana Kvintová</i>	
8.1 Klasifikace problémového chování	145
8.2 Příčiny vzniku	148
8.3 Agresivita a agrese	150
<i>Agrese jako obecná a základní pudová tendence</i>	150
8.4 Diferenciace poruch chování	158
<i>Porucha opozičního vzdoru</i>	158
<i>Agresivní poruchy chování</i>	159
<i>Variety šikany</i>	160
<i>Důsledky šikany pro agresora</i>	162
<i>Důsledky šikany pro oběť</i>	162
<i>Neagresivní poruchy chování</i>	163
9. Syndrom hyperaktivity, ADHD, ADD	170
<i>Michaela Pugnerová</i>	
9.1 Příčiny vzniku	170

9.2	Projevy hyperaktivity v jednotlivých vývojových obdobích	172
9.3	Další projevy	177
9.4	Přístup k dítěti s ADHD	179
9.5	Formy terapie ADHD	182
	<i>Farmakoterapie</i>	182
	<i>Psychoterapie</i>	183
	<i>Alternativní léčba</i>	183
	<i>EEG trénink (biofeedback)</i>	183
9.6	Nesprávné výchovné postupy	184
9.7	Důsledky ADHD, dospělost	185
10.	Záchvatovitá onemocnění – epilepsie	189
	<i>Michaela Pugnerová</i>	
10.1	Příčiny vzniku	190
10.2	Klasifikace (dělení) záchvatů (neepileptický a epileptický záchvat)	192
	<i>Klasická klasifikace záchvatů</i>	192
	<i>Mezinárodní klasifikace záchvatů</i>	193
10.3	Spouštěče záchvatů	196
10.4	Dítě s epileptickým onemocněním ve škole, povahové zvláštnosti	197
10.5	Epilepsie v dospělosti a ve stáří	198
10.6	Léčba epilepsie	199
10.7	První pomoc	200
10.8	Životaspráva jedinců trpících epilepsií	201
	SPECIÁLNÍ ČÁST	
11.	Psychologie jedinců s mentálním postižením	208
	<i>Michaela Pugnerová</i>	
11.1	Příčiny vzniku	210
11.2	Kvantitativní hodnocení mentální retardace	212
11.3	Poznávací procesy u jedinců s mentální retardací	214
11.4	Osobnost jedinců s mentální retardací	215
11.5	Charakteristika demence	217
12.	Psychologie jedinců se sluchovým postižením	225
	<i>Michaela Pugnerová</i>	
12.1	Vývoj dítěte se sluchovým postižením	225
12.2	Poznávací procesy dítěte se sluchovým postižením	227
12.3	Sociální a emocionální vývoj dítěte se sluchovým postižením	230
12.4	Přístup rodičů k dítěti se sluchovým postižením	232
12.5	Jedinci se sluchovým postižením jako sociálně-kulturní menšina	234

12.6	Současné možnosti rané diagnostiky poruch sluchu, intervence a možnosti	235
12.7	Psychologická diagnostika jedinců se sluchovým postižením	236
13.	Psychologie jedinců se zrakovým postižením	240
	<i>Michaela Pugnerová</i>	
13.1	Význam věku, ve kterém došlo ke vzniku zrakového postižení	240
13.2	Vývoj dítěte se zrakovým postižením	241
13.3	Poznávací procesy dítěte se zrakovým postižením	246
13.4	Výchovné postoje k dítěti se zrakovým postižením	251
13.5	Specifika v sociálních a emocionálních projevech jedinců se zrakovým postižením	253
13.6	Psychologická diagnostika jedinců se zrakovým postižením	255
14.	Psychologie jedinců s tělesným postižením	257
	<i>Michaela Pugnerová</i>	
14.1	Příčiny vzniku	257
14.2	Vývoj dítěte s tělesným postižením	258
14.3	Poznávací procesy dítěte s tělesným postižením	262
14.4	Sociální a emocionální vývoj dítěte s tělesným postižením	263
14.5	Pocity méněcennosti	264
14.6	Vyrovnění se s postižením	265
14.7	Přístup k dítěti s tělesným postižením	266
14.8	Psychologické služby pro rodiny s tělesně postiženým dítětem	269
	Souhrn	272
	Abstract	273
	Autorky	274
	Použitá literatura	275
	Rejstřík věcný	288
	Rejstřík jmenný	291

Pedagog se v současné době ve své praxi setkává s různorodými obtížemi. Bylo tomu tak vždy a mnoho poznatků mělo svou platnost jak v minulosti, tak i nyní. Každá doba je však něčím specifická a přináší nejen nové problémy, ale také nutnost jejich pojmenování a potřebnost řešení.

Současný pedagog základní školy se nesetkává pouze s „normalitou“, ale zcela přirozeně i s „abnormalitou“ tak, jak ji přináší život sám. Pokud se má orientovat v mezilidských vztazích, rozumět dětem a rodičům, kteří o ně pečují, je potřeba získat orientaci v širších souvislostech. Měl by být proto schopen se orientovat nejen v psychologické normalitě, ale i v patologii. Pedagogové musí řešit různé typy výukových obtíží, jež se mohou objevovat v rámci tzv. integrací. S očekávaným zavedením tzv. inkluze se budou setkávat s žáky, kteří mají výukové obtíže z rozličných příčin.

V kontextu této publikace jsou poruchy psychického vývoje pojímány jako poruchy, které se vyskytují v průběhu dětského psychického vývoje, nezahrnují však poruchy nacházející se pod stejnojmennou kategorií v MKN-10 (viz první kapitola). I z toho důvodu je kniha rozdělena na část úvodní, poskytující základní informace a část obecnou (v níž je přehled často se vyskytujících obtíží a poruch v dětském věku zasahujících do celého spektra dětské populace, včetně dětí s postižením). Následuje speciální část, která je věnována dětem s postižením mentálním, senzorickým a motorickým.

Naším cílem nebylo předložit vyčerpávající popis celé širší psychických obtíží, ale spíše zprostředkovat, ať již budoucím, či stávajícím pedagogům, základní orientaci ve vybrané psychologické problematice. Zaměřily jsme se na témata a problematiku, která se nám jevila jako nejfrekventovanější v pomáhajících profesích, konkrétně v profesi učitele působícího na všech typech a úrovních vzdělávání.

Při koncepci obsahu jsme vycházely z rešeršní analýzy odborné literatury a výzkumných šetření vztahujících se k této problematice. Použitá metodologie případových studií (design case studies) patří mezi ustálené směry kvalitativního výzkumu a reflektuje nový trend v pedagogicko-psychologickém výzkumu akcentující metody zaměřující se na individualizovaný přístup získávání dat.

Jednotlivé kapitoly v rámci této publikace nejsou řazeny podle důležitosti a jsou svým významem pro práci učitele rovnocenné. Každá kapitola je ukončena různě obsáhlou kazuistikou vztahující se k vybrané problematice. Kazuistiky, příklady doplňující syntézu poznatků a kresby, jsou čerpány z praxe, jména jsou však pozměněna z důvodu zachování anonymity. Případové studie jsou analyzovány, interpretovány a kvalitativně zpracovány tak, aby došlo k pochopení jevu v jeho celistvosti a vztazích, zároveň však s respektováním individuálních specifík daných konkrétním případem a situačními

faktory. Publikace tak propojuje teoretická východiska a dosavadní poznatky o vybraných tématech s výzkumem konkrétních případů.

Naším cílem bylo informovat o tématech, jejichž znalost pomáhá pedagogům lépe pochopit problematiku dítěte, a pomoci tak zkvalitnit jejich pedagogickou činnost a orientaci v dané problematice.

Autorky

1. Vymezení normality a abnormality

Jana Kvintová

Pojmy normality a abnormality patří k základním stavebním jednotkám v oblastech, kde je potřeba rozlišit určité charakteristiky jedince z hlediska jejich zařazení do různých kategorií.

Vymezení normality a abnormality umožňuje sledované jevy hodnotit, srovnávat a zařazovat (Pugnerová, Konečný, 2012). Syřišřová (1972) v této souvislosti poukazuje na skutečnost, že není možno porozumět psychickým abnormalitám bez studia lidského chování a bez porovnání s určitým modelem normality.

Nejdříve je nutno obecně vymezit pojmy **norma** a **normalita**. Vztah normy a normality by se dal jednoduše vyjádřit tak, že normalita je specifický stav vyjádřený vlastními charakteristikami a těmito charakteristikami mohou být normy. Normalitu můžeme také považovat za jev, který odpovídá očekávání, tedy předem stanovené normě. Někteří autoři dokonce nespátřují v těchto termínech žádný rozdíl.

Munková (2001) pojímá normalitu jako síť obecně uznávaných norem chování v určité společenské struktuře a v určitém čase. Normy chování v tomto smyslu jsou pravidla, která determinují, co je v dané společnosti dovoleno a co není, a reflektují základní hodnoty společnosti. Normy jedinci zprostředkovávají, co je *osvědčené, přípustné, správné a žádoucí*. Jejich existence však není podmíněna nutným souhlasem všech účastníků společnosti, nakonec ani jejich většinovým dodržováním. Normy jsou spojeny s autoritou, ať již oficiální, nebo přirozenou, a také se sankcemi. Uplatňování a přisnost sankcí odráží relativní hodnotu konkrétní normy.

Jak dodávají Urban, Dubský a Bajura (2012), normy jsou pro společnost existenčně důležité, organizují a zajišťují sociální soudržnost, bez nich bychom nevěděli ani nedokázali předvídat, co udělají druzí. Normy uspokojují naši potřebu orientace a smysluplného světa tím, že poskytují informace o způsobech chování, které jsou přijatelné a jež mohou být použity k uspokojování osobních potřeb či dosažení nějakého cíle. Normy také uspokojují potřebu jistoty a bezpečí. Jedinec ví, které chování je žádoucí a respektované a u kterého tomu tak není.

Vymezit, jaké projevy jsou považovány za běžné a „normální“, je poněkud obtížný úkol. Orel (2014) v této souvislosti upozorňuje, že hranice mezi zdravím a patologií je v problematice psychických poruch někdy nejednoznačná. WHO (World Health

Organisation) definuje zdraví jako stav úplné psychické, sociální a tělesné pohody, kde vymezení termínu „pohoda“ je významně syceno subjektivním posouzením a je tak velmi těžko objektivně definovatelné.

↓ PŘÍKLAD: ABNORMÁLNÍ CHOVÁNÍ

Marta (58 let) má již delší dobu problémy s usínáním. Pokud se jí podaří usnout, pak je brzy ráno vzhůru a už „nezabere“. Často pláče, v noci, ale i přes den. Má problémy se soustředit, její výkon v práci je velmi slabý, na což ji zaměstnavatel již několikrát upozorňoval. Za poslední půlrok zhubla 15 kg, a ačkoliv tuto skutečnost okolí pozitivně hodnotí, jí nepřináší žádnou radost. V poslední době jí vlastně nic nepřináší radost. Přátelům se vyhýbá a nabízená pozvání odmítá, nechce být na obtíž, nechce ostatní zatěžovat svými problémy.

↓ PŘÍKLAD: ABNORMÁLNÍ CHOVÁNÍ

Kamila (45 let) pociťuje často vnitřní tenzi, má ustaraný výraz, je nezaměstnaná. Má problémy se spaním, chodí kontrolovat, zda jsou dveře dobře zamknuté, zda jsou okna zavřená. Tato kontrola probíhá i několikrát denně. Kontrola se rozšiřuje na sporák a varnou konvici. Nikam nechodí, péče o její dvě děti ji vyčerpává. Když chodí ven, tak se neustále rozhlíží a kontroluje okolí, když ji osloví známý, vypadá ustrašeně.

Většina z nás pravděpodobně označí uvedené případy za psychologicky abnormální, nebo „nenormální, chorobné, nezdravé“. Jak se ale změní posouzení obou příkladů, když přidáme informaci, že Martě zemřel před půl rokem manžel po dlouhé a těžké nemoci a Kamila se odstěhovala od agresora, který ji psychicky týral a stále jí vyhrožuje ublížením na zdraví. Po doplnění informací a uvedení příslušného kontextu lze k popsáním příkladům přistoupit jako k pochopitelným a v podstatě přirozeným projevům chování a prožívání v dané situaci.

Psychologické abnormality či problémy, odchylky v chování nebo prožívání, mohou postihnout každého z nás. Nikdo proti nim není imunní, ať je bohatý, nebo chudý, mediálně známý, či neznámý, vzdělaný, nebo bez vzdělání. Psychické problémy mohou znamenat psychické utrpení, ale také být zdrojem inspirace a energie (Comer, 2007). Jelikož jsou problémy spojené s naším prožíváním tak běžné, věnuje se tomuto tématu hodně pozornosti, nejen z řad odborníků, ale s touto problematikou se setkáváme všude kolem nás. Stovky románů, her, filmů, televizních programů, knih poskytují rady, jak se bránit různým psychickým problémům, jak vypadají psychické poruchy a jak s nimi žít.

Vágnerová (2004) upozorňuje, že k pochopení dynamiky vývoje různých psychických odchylek a poruch (tzn. kdy se jedná pouze o odchylku a kdy už hovoříme o konkrétní poruše) je nutné, abychom se pokusili odhalit jejich **příčinu**. Nesmíme však zapomínat na **vývojově podmíněné výkyvy**, které mohou být s ohledem k určitému vývojovému

období, jímž jedinec aktuálně prochází, považovány za přirozené. Jak z výše uvedených příkladů vyplývá, nelze při posuzování opomenout ani **situační kontext**, ale ani **individuální dispozice** jedince.

POZNÁMKA

Někteří autoři vnímají situační kontext jako centrální faktor, jenž ovlivňuje a určuje definování abnormality a normality. Nazývají jej kulturní relativismus. Podle kulturního relativismu je to prostředí, konkrétně kulturní či sociální normy, které určují abnormální chování. Jinými slovy, neexistují univerzální standardy nebo pravidla vymezující abnormální chování, jež se vždy odvíjí od konkrétní společnosti (Nolen-Hoeksema, 2004).

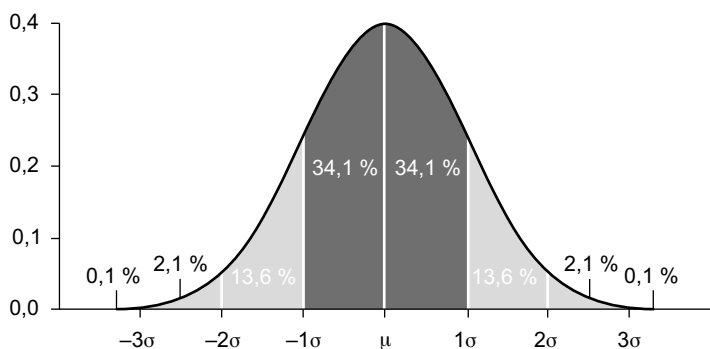
1.1 Druhy norem

Normalitu a abnormalitu můžeme také chápat jako dva protipóly téhož kontinua, které nejsou odděleny striktní hranicí. Můžeme souhlasit s tvrzením, že **hranice normy jsou pohyblivé** a normalita může být posuzována podle mnoha kritérií. Každé z těchto kritérií má však své nedostatky a k jejich interpretaci je třeba přistupovat obezřetně.

Normy lze pojímat z mnoha hledisek, uvedeme si jen některé z nich: hledisko statistické, sociokulturní, funkční, vývojové a přítomnost či nepřítomnost psychopatologických symptomů (Syřišťová, 1972; Giddens, 1999).

Statistická norma

Z pohledu **statistického** se normalita vymezuje dle četnosti či intenzity pozorovaného jevu, pokud je tento jev možno kvantifikovat (změřit, číselně vyjádřit) (Vágnerová, 2004). Vyjadřuje míru výskytu tohoto jevu ve sledované skupině, případně populaci. Je vyjádřena průměrnou hodnotou a směrodatnou odchylkou, která vymezuje míru variability daného jevu a tím i pásmo normy a abnormy. Graficky lze rozložení četnosti jednotlivých hodnot sledovaného jevu znázornit tzv. **Gaussovou křivkou** normálního rozdělení (obr. 1). Je třeba upozornit, že toto vyjádření hodnotí pouze **výskyt** konkrétního jevu ve zkoumaném vzorku, **nikoliv kvalitu** sledovaného znaku. Statistická norma je někdy označována za normu skupinovou či hromadnou. Jinými slovy lze říci, že ze statistického pohledu je abnormalita vyjádřena nízkou mírou výskytu v populaci.



Obr. 1 Gaussova křivka (D)

POZNÁMKA

Statistické vyjádření normality zahrnuje jevy vyskytující se nejčastěji, nejobvykleji, které lze získat běžnou zkušeností a jsou syceny pocity známosti a očekávanosti. Zřejmě se zde uplatňuje druh učení – habituace, tzv. přivykání. Opakovaně působící podněty přestanou vyvolávat reakci jedince, ztrácí pro organismus význam, nevyvolávají pozornost a vytvářejí pocit obvyklosti, normy. Nový podnět následně vyvolá orientačně pátrací reakci a pocit abnormálnosti. Příkladem může být na modro nabarvené mládě kachny, které nebude přijato ostatními, a může být dokonce pro svoji odlišnost atakováno ostatními mláďaty. Neobvyklost vyvolá pocit ohrožení.

- ✓ **Výhody:** relativní objektivita, exaktnost, rychlost v posouzení interindividuálních (mezi jednotlivými jevy či subjekty) rozdílů ve sledovaném vzorku, možnost srovnávání, případná predikce a praktická využitelnost.
- ✗ **Nevýhody:** nehodnotí kvalitu daného jevu (nejobvyklejší neznamená nutně žádoucí jev) a při interpretaci je nutná obezřetnost s ohledem na sledovaný znak.

POZNÁMKA

Příkladem „nevýhod“ statistického pojetí může být distribuce inteligence v populaci. Ze statistického hlediska nadprůměrné hodnoty inteligence by mohly být považovány za abnormální, patologické, za což se nepovažují, proto je nutné přidat ke statistickému pojetí příslušný vysvětlující komentář (Koukolík, Drtilová, 2006).

↓ PŘÍKLAD: SLABINY STATISTICKÉHO POJETÍ

Na základní škole byl proveden výzkum ve třech třídách 7. ročníků sledující výskyt agresivního chování, jelikož si učitelé stěžovali na zvýšený výskyt tohoto chování. Předem bylo stanoveno a vymezeno, které nežádoucí agresivní chování bude sledováno. Byl vyjádřen průměr a směrodatné odchylky představující nejčastější výskyt agresivních projevů v tomto vzorku. Zjistilo se, že většina třídy vykazovala vyšší výskyt agresivního chování. Samozřejmě se nejedná o reprezentativní vzorek, ale vzato přísně statisticky, neagresivní chování v této třídě je abnormální a patologické. Tento příklad demonstruje skutečnost, že statistické pojetí má své slabiny, že vyjádří počet opakování sledovaného jevu, ale ne kvalitu, proto je nutné výsledek náležitě okomentovat.

↓ PŘÍKLAD: KVANTITA NEZNAMENÁ KVALITU

V Mirkově třídě (6. třída) jsou pouze čtyři jeho spolužáci, kteří nemají žádnou zubní plombu. Lze předpokládat, že podobný výsledek se objeví u dospělých jedinců v celé naší populaci. Statisticky je tedy v populaci většina, která má alespoň jednu zubní plombu. Znamená to tedy, že pokud někdo nemá plombu, je toto považováno za abnormální, patologické? Ze statistického hlediska je závěr správný, ale je nelogický z funkčního hlediska.

POZNÁMKA

Existují příklady, kdy se chování stalo normou, až bylo empiricky potvrzeno, že je v populaci široce rozšířené. Takovým příkladem je sexuální masturbace (Comer, 2007).

Sociokulturní norma

Sociokulturní normy, **vnější a vnitřní pravidla správného chování**, vždy odrážejí vliv konkrétní kultury, historie, tradice, zvyků, společenských očekávání a jsou vázány také ke konkrétnímu času a místu. Jednoduše řečeno, za normální je považováno to, co je v dané společnosti obvyklé, očekávané, tolerované a jaké jsou možné následky při vybočení z normy.

Na tomto pojetí můžeme nejlépe demonstrovat, že norma se v průběhu času mění, vyvíjí a posunuje. V rámci této normy lze identifikovat dvě její složky. První složka je **průřezová** a znamená, že stejné věci či jevy mají ve stejném čase na odlišných místech různou hodnotu a význam. Druhá složka je **průběhová** – vyjadřuje jevy a události, jež se v té konkrétní společnosti odehrály dříve, objasňuje tzv. evolučně-psychologické pojetí normality.

V rámci tohoto pojetí můžeme definovat sociální normy dle Americké psychologické asociace jako sociálně determinované normy klasifikující chování v rámci dvou skupin (Comer, 2010):

- **Popisné normy** – chování, které je považováno za typické v daném kontextu.
- **Příkazující normy** – chování, jež je považováno za správné.

Dále můžeme diferencovat sociální normy z jiných hledisek. Například dle rozsahu na **obecné** (platné celospolečensky) a **partikulární** (platné pouze pro určitou skupinu osob), dále na základě formální stránky na **formální** (přesně slovně formulovány) a **neformální** (předávány ve formě zvyků, tradic aj.) (Urban, Dubský, Bajura, 2012).

- ✓ **Výhody:** odráží vývoj vědecko-technického pokroku ve všech odvětvích, odráží aktuální úroveň poznání dané společnosti a předávají a zachovávají odkaz našich předků.
- ✗ **Nevýhody:** rozdílné pojetí normality u jedinců pocházejících z jiného sociokulturního prostředí (stereotypy, nálepkování – labelling). Odlišné chování je posuzováno jako nepřijatelné, abnormální, spíše se podporuje konformita, ne originalita. Sociální normy se v čase mění, v minulosti akceptovaná norma se může stát v současnosti neakceptovatelnou a naopak.

↓ **PŘÍKLAD: ZMĚNA NORMY V ČASE**

Příkladem vývoje norem může být změna v přístupu společnosti k homosexuálním jedincům, který se za posledních 25 let významně změnil. Americká psychiatrická asociace považovala homosexualitu do roku 1973 za duševní poruchu (Nolen-Hoeksema, 2004; Schneider et al., 2014). V roce 2006 byl přijat v České republice zákon o registrovaném partnerství, známé osobnosti se hlásí k této sexuální orientaci veřejně, přístup naší společnosti se změnil, třebaže je v souvislosti s tímto tématem a přístupem společnosti stále na čem pracovat.

POZNÁMKA

Každý národ má své sociokulturní normy, které se od jiných národů v něčem odlišují a v něčem jsou podobné. Například společnost, jež oceňuje soutěživost a asertivitu, může také akceptovat určitou formu agresivního chování, které v jiné společnosti může být neakceptovatelné, a dokonce považováno za asociální.

↓ PŘÍKLAD: SOCIOKULTURNÍ ROZDÍLY

Kassin (Comer, 2007) zkoumal problémy dospívajících v USA a Thajsku. Zjistil, že mají podobné problémy, ale rozdílné se s nimi vyrovnávají. Dospívající v USA reagovali na zátěž hádkami s učiteli, rvačkami, ubližovali jiným, potřebovali to ze sebe vybit, kdežto v Thajsku jsou děti odmalička učeny negativní emoce skrývat a potlačovat. Dospívající tedy reagovali na zátěž uzavřením se do sebe, přestali mluvit, více spali a trpěli poruchami vyměšování stolice (zácpami).

Funkční pojetí normality

V rámci funkčního pojetí je normalita vyjádřena **pragmaticky**, a to dosažením určitého funkčního stavu, bez ohledu na to, jakým způsobem je jí dosaženo (Vágnerová, 1999). Normální je pak takový projev, který vede k potřebnému efektu. Pro funkční pojetí normality je důležité, že určitý systém plní správně a efektivně svoji funkci. Urban, Dubský, Bajura (2012) se zmiňují o hlavních kategoriích, s nimiž toto pojetí operuje, a to je *užitečnost, výhodnost a proveditelnost*. U člověka bychom tedy mohli hovořit o **optimálním fungování** jedince, pak ale vyvstává otázka, co je optimální fungování. Toto pojetí se nesnaží vyjádřit vztahy jedince ke zbytku sledovaného vzorku ani nevyjadřuje optimální ideální normu, ale za „normální“ považuje stav jedince přiměřený jeho cílům a výkonům. Jinými slovy, to „nejlepší, čeho může daný člověk dosáhnout“ (Paritz, Troy, 2014). Člověk je považován za abnormálně fungujícího, pokud se nedokáže vyrovnat s běžnou zátěží každodenního života. Jeho chování se tak stává maladaptivním.

- ✓ **Výhoda:** zdůrazňuje individuální zvláštnosti jedince. Poskytuje možnost posuzovat jevy jinak než statisticky. Výskyt jevu ze statistického hlediska se může měnit, ale určitá funkce v některých situacích je v zásadě neměnná.
- ✗ **Nevýhoda:** zkreslení obrazu o jedinci z důvodu nerespektování všech složek osobnosti. Další nevýhodou je diskutabilnost prostředků k dosažení určitého stavu, které uvádí Vágnerová (2004), například kolaborace – odsouzeníhodný prostředek k dosažení cíle, jímž je přežití a fungování. Další nevýhoda může být spatřována v případech, kdy abnormální chování může být pro některého jedince přínosné a nápomocné (např. člověk trpící obsedantně kompulzivní poruchou, který si několikrát za den myje ruce). Tento akt ho zbaví úzkosti, cítí se lépe a pomáhá mu zvládat každodenní zátěž, tzv. běžně fungovat.

↓ PŘÍKLAD: FUNKČNÍ VERSUS STATISTICKÉ POJETÍ NORMY

Mirek jde k lékaři. Lékař zjistí nedostatečnou činnost ledvin, činnost tohoto orgánu označí za abnormální (patologickou). Při posuzování není ovlivňován tím, zda je tato porucha

častá či nikoliv (statistické pojetí), ale tím, že zná funkci a účel správného fungování vylučovacího systému (jaké je optimální fungování).

Zdraví jako norma

To, co je **normální, je zdravé**. Tak by mohlo znít zjednodušeně vymezení tohoto hodnotícího kritéria. Definování zdraví jako nepřítomnosti nemoci je však zastaralé, k člověku je nutno přistupovat holisticky, jako k **bio-psycho-sociálnímu** (příp. i duchovnímu) celku, což koresponduje s definicí zdraví dle WHO, jak již bylo v úvodu kapitoly zmíněno. Slováčková (2008) dodává, že lze tuto multidimenzionální holistickou koncepci rozšířit ještě o pracovní a ekologické podmínky, které vstupují do interakce s dalšími oblastmi, a upravuje tento přístup na **bio-eko-psycho-sociální a spirituální jednotu**. Z pohledu lékařského jsou pojmy „zdraví“ a „normální“ často směřovány. Ne vždy však tyto pojmy splývají. Jedinec může být z pohledu lékaře zdravý, nebyla zjištěna žádná patologie, přesto se v subjektivní rovině nemusí cítit dobře.

POZNÁMKA

Učitelská profese patří mezi povolání s poměrně vysokou pracovní zátěží. Jak z výzkumů vyplývá, subjektivní hodnocení zdraví, úroveň stresu, jakož i celková životní spokojenost dosahuje u učitelů nižší úrovně než u jiných profesních skupin ekonomicky aktivního obyvatelstva (Sigmund a kol., 2014; Urbanovská, 2010).

- ✓ **Výhoda:** vede k propagaci zdravého životního stylu, komplexního pohledu na jedince.
- ✗ **Nevýhoda:** opomíjí vývojové hledisko, je založeno na subjektivním posouzení, diskriminuje nemocné či jinak postižené.

POZNÁMKA

Příkladem, kdy se vývojové hledisko nebere do úvahy, jsou například senioři. U seniorů považujeme řadu poruch, pokud nepřekročí jistou mez, za normální (např. poruchy paměti, snížená schopnost učení, zpomalení reflexů atd.). U jiné věkové skupiny by tyto poruchy byly považovány za abnormalitu.

Mediální norma

Masmédia mohou žádoucím, ale především nežádoucím způsobem ovlivňovat postoje lidí ve společnosti. Zobrazují určité věci jako žádoucí a atraktivní, ale v mnoha případech jde o prezentaci spíše zidealizované reality.

Média mají informativní funkci, ale do konstrukce mediálního obrazu vstupuje více proměnných. Ne vždy je však profesionalita s odborností či etikou kritériem rozhodujícím, jak upozorňují Urban, Dubský a Bajura (2012). V mnoha případech převažuje hledisko komerční, tedy ekonomické.

- ✓ **Výhoda:** rychlost a snadná dostupnost v získávání informací.
- ✗ **Nevýhoda:** prezentuje zidealizovanou realitu, může záměrně manipulovat.

POZNÁMKA

Takzvaný product placement znamená, že oblíbený herec v seriálu používá konkrétní produkt, čímž ovlivňuje své fanoušky. Nemusí to však znamenat, že herec tento produkt osobně opravdu používá.

Ontogenetická norma

Při posuzování normality je nutné zohledňovat také vývojové hledisko. Konkrétní projevy chování mohou být přijatelné v mezích u malého dítěte, ale v dospělém věku se ty stejné projevy mohou hodnotit jako abnormální. Příkladem může být období vzdoru kolem dvou let věku dítěte, které je typické vznětlivými reakcemi, odmítáním, prosazováním se, případně i výbuchy zlosti (tzv. temper tantrums), ale pokud by se takové chování u dítěte objevovalo kolem osmého roku, hodnocení by již nebylo tak tolerantní.

Existuje zde popis kritérií a typických znaků vývoje dítěte, ať již z hlediska somatického, nebo psychologického, které můžeme nazvat obecně stanovenými normami vývoje a s nimiž lze srovnávat reálný vývoj dítěte. Nicméně je nutné vždy respektovat **individuální odlišnosti** dítěte ve vývoji a nezapomínat také na **situační kontext**, jenž může dočasně u dítěte vyvolat abnormální chování, které za běžných podmínek nevykazuje. V dětském věku zatím vývoj psychických funkcí není dokončen, a proto se k přítomným abnormálním projevům nepřistupuje jako k projevům konkrétní psychické poruchy, ale jako k tendencím, jež jsou „nehotové“, mohou se změnit, vymizet a navrátit do „normálních“ mantinelů vývoje. Vágnerová (2008) však upozorňuje, že v některých případech je tato tolerance neúčelná, jelikož se některé psychické poruchy mohou manifestovat již v raném dětství a mohou poměrně brzy předznamenat závažnější a trvalejší poruchu (např. poruchu osobnosti).

POZNÁMKA

K normám může být přistupováno z mnoha hledisek. Dalším příkladem může být rozlišení individuální a skupinové normy. Individuální norma je ovlivněna osobností, minulou zkušeností, aktuálním somatickým a psychickým stavem jedince a schopností adekvátně interpretovat realitu. Skupinová norma může mít svá specifická kritéria odlišující ji od jiných skupin, nebo dokonce i od společenské normy. Kritéria se vymezují buď společným cílem skupiny, nebo nějakým znakem vyjadřujícím příslušnost ke skupině (např. stejný věk, náboženská příslušnost aj.).

Psychologická abnormalita

Vymezení normality z psychologického a psychopatologického hlediska naráží na stejný problém jako obecné vymezení normality. Neexistuje jasná definice, která by byla všeobecně přijímána. V odborné literatuře lze najít různé pokusy klasifikace kritérií normality, nebo-li normálních charakteristik definujících mentální zdraví.

Mezi kritéria vymezující normalitu z psychopatologického hlediska můžeme uvést následující:

- přiměřené vnímání reality;
- pozitivní pohled na sebe sama;
- schopnost se vyvíjet a růst;
- autonomie a nezávislost;
- schopnost ovládat vlastní chování;
- schopnost navazovat pozitivní přátelství a vytvářet citové vazby;
- schopnost zvládat neustále se měnící nároky života.

Je prakticky nemožné, aby byl člověk schopen neustále naplňovat všechna tato kritéria. Každý se někdy dostane do situace, kterou z nějakých důvodů nezvládne, přestože netrpí žádnou konkrétní psychickou poruchou.

POZNÁMKA

Slabinou vymezení psychologické normality také může být skutečnost, že daná kritéria nemusejí platit na všechny etnické skupiny, které v dané společnosti žijí. Chování vycházející z kultury daného etnika pak může být zaměněno za symptomy duševní poruchy, například magické myšlení a pověřivost v rómské populaci se mohou jevit jako psychotické příznaky.

Jedno z pojetí, které charakterizuje psychologickou abnormalitu, se nazývá čtyři D (v originále „the four D’s“ podle počátečních písmen jednotlivých kritérií – deviace, distres, dysfunkce a nebezpečí). Nabízí čtyři kritéria vymezující psychologickou abnor-

malitu, abnormalitu chování a prožívání. Popisuje čtyři znaky, které se v různých definicích při popisu psychologické abnormality vyskytují a opakují nejčastěji (Comer, 2010). Autoři této koncepce předpokládají, že pokud jedinec naplňuje **tři z uvedených znaků**, pak lze hovořit o psychické abnormalitě:

■ **Deviace** (*deviance*)

Vzhledem k tomu, že tento termín je u nás spojen spíše s úchylkou, perversí sexuálního charakteru a má poněkud pejorativní zabarvení, navrhuje proto používat termínu neobvyklost. Znamená nějakou odchylku či odlišnost od společensky uznávané normy. Při vymezení nesmíme zapomínat na kontext, na prostředí, v němž se chování odehrává. Deviaci lze popsat jako odchylku chování, myšlenek a emocí, které jsou následně charakterizovány jako odlišné, extrémní, zřídka se vyskytující, neobvyklé, či dokonce bizarní a liší se od běžně uznávaných sociálně kulturních norem společnosti.

↓ **PŘÍKLAD: DEVIANTNÍ (NEOBYKLÉ) CHOVÁNÍ**

Příklad neobvyklého, odlišného, extrémního chování lze demonstrovat na příkladu otužilců. Je to úzká skupina lidí v populaci, kteří plavou venku v řece při $-5\text{ }^{\circ}\text{C}$ a jejichž chování můžeme považovat za neobvyklé, extrémní, odlišné od většiny populace. Znamená to tedy, že jsou psychicky abnormální? Jejich chování je extrémní, ale neprožívají při této aktivitě žádné negativní emoce, ba naopak. Pokud v každodenních záležitostech fungují dobře, pak není důvod, aby jedno splnění kritéria znamenalo psychickou abnormalitu.

■ **Distres**

Další důležitou komponentou je, že chování, myšlenky a emoce způsobují distres, což bychom mohli přeložit jako strádání, trápení se, negativní emocionální rozrušení, nějaký dyskomfort v prožívání apod. (Nolen-Hoeksema, 2004). Tak jako u prvního kritéria i toto kritérium samo o sobě nic neznamená.

↓ **PŘÍKLAD: DISTRES A KONTEXT**

Mirka má problémy se spaním, má strach zavřít oči. Pokud usne, probudí se s noční můrou, zpocená, s pocitem silné úzkosti. Má neustálou obavu o svoji malou dceru. Když s ní jde ven, pořád se rozhlíží, dceru nabádá, ať nikomu nevěří, prožívá neustálou úzkost. Potud příklad popisuje dyskomfortní pocity, distres. Pokud by se tyto pocity a chování projevovaly v naší společnosti, pak by byly pravděpodobně považovány za abnormální, ale pokud tato žena bude bydlet v sociálně slabé čtvrti amerického předměstí, na hranicích chudoby, kde je vysoká nezaměstnanost a kriminalita na denním pořádku, pak je chování normální s ohledem na prostředí, v němž se odehrává.

■ Dysfunkce

Abnormální chování bývá často dysfunkční, což znamená, že zasahuje a narušuje každodenní fungování jedince. V reálném životě se pak jedinec nedokáže postarat sám o sebe, natož o rodinu. Není schopen udržovat adekvátní sociální vztahy, pracovat, platit svoje závazky, ale může mít problémy i v mnohem běžnějších aktivitách, jako je vstát z postele či se pravidelně najíst. Nolen-Hoeksemová (2004) označuje toto kritérium jako „maladaptivnost“.

POZNÁMKA

Mnoho dalších autorů také považuje maladaptivnost v chování, myšlení a prožívání za termín nejlépe vystihující psychologickou abnormalitu, a to z několika důvodů. Maladaptivnost se vztahuje k sociálním normám, zasahuje do běžného fungování, může zahrnovat i vyjádření nebezpečnosti a faktor distresu je v něm také zakomponován.

↓ PŘÍKLAD: DYSFUNKCE A DISTRES VERSUS KONTEXT SITUACE

Ženě (45 let) se rozpadne dlouholetý vztah a ona nese tuto ztrátu velice těžce. Často pláče, nemůže spát, trpí nechutenstvím, nic ji nebaví, uzavírá se do sebe, svých myšlenek, obviňuje se, kde udělala chybu. Nemůže chodit do práce, má problémy se postarat o děti. Potud zde můžeme identifikovat negativní emocionální rozpoložení (distres) a nedostatečné fungování. Kde je hranice mezi přirozenou reakcí psychiky na ztrátu a kdy se již jedná o projev poruchy? Jak dlouho a jak intenzivně by měl jeden z partnerů truchlit, aby to bylo považováno za „normální“? Posuzování je ovlivněno sociálně kulturními normami, rolí pohlaví v té dané společnosti i individuálními osobnostními specifiky.

■ Nebezpečí (*danger*)

Abnormální chování či prožívání jedince se může stát nebezpečné pro něho samotného nebo pro ostatní. Ačkoliv je nebezpečí často citováno a hlavně medializováno (a možná tím i stigmatizováno) jako znak abnormálního psychologického fungování, z praxe vyplývá, že se jedná spíše o výjimku než o pravidlo.

↓ PŘÍKLAD: EXCENTRICKÉ CHOVÁNÍ

V životě se můžeme setkat s člověkem, jehož chování bude zvláštní, který žije sám s patnácti kočkami, neudržuje žádné sociální kontakty, promluví sporadicky. Jeho chování může být neobvyklé, zneklidňující, dysfunkční a může být i někdy nebezpečné (pro jeho samotného), a přesto jej odborník může označit spíše za excentrika (výstředního člověka), nežli za psychicky abnormálního.

1.2 Modely abnormálního chování

Z historických pramenů vyplývá, že abnormální chování je spjaté s lidskou populací od počátku, vždy se tady vyskytovalo v různých podobách a ve větší či menší míře. Jak se vyvíjel přístup společností vůči těmto lidem, si zde stručně nastíníme (Comer, 2007; Comer 2010; Butcher et al., 2004).

Z pravěkého období pocházejí nálezy lebek s otvory, které jsou důkazem zákroku (tzv. *trepanace lebky*), kdy vytesáním otvorů do lebky se mělo umožnit zlému duchu opustit tělo. Jistě je překvapivé, že mnoho lidí tento zákrok přežilo.

Také v antické době se lidé pokoušeli vysvětlit, léčit a studovat abnormální chování. Většina historiků se shoduje na tom, že prehistorické společnosti považovaly abnormální chování za vítězství **zlého ducha** či démona nad tím dobrým. Kromě trepanace lebky lidé usilovali o vymýcení zlého démona z těla pomocí **exorcismu**. Šamani nebo duchovní se tak snažili různými způsoby zlému duchovi jeho pobyt v těle natolik znepríjemnit (od modliteb, zaklínadel, magie, hlasitého zvuku, pití hořkých nápojů až po bití a hladovění), aby měl tendenci jej opustit. V období řeckém a římském se začínaly objevovat i jiné hypotézy vysvětlující abnormální chování. **Hippokrates** (nazývaný otcem moderní medicíny) věřil, že abnormální chování je nemoc, jejíž příčinou je interní tělesný problém. Jeho předpoklady se týkaly nerovnováhy čtyř tělesných tekutin, a to **žluté žluči, černé žluči, krve a hlenu** (staly se základem pro dělení osobností na melancholik, cholerik, sangvinik a flegmatik). Tyto osvícené názory lékařů a vzdělců však nedokázaly odklonit obyčejné lidi od víry v duchy a demony, což se projevilo ve středověku.

Ve středověku moc a vliv církve rostl a rostla i pověrčivost lidí. Jelikož toto období bylo plné stresu, úzkosti, válek, povstání a epidemií, hledal se viník, na kterého by se mohlo ukázat prstem. **Praktiky exorcismu** slavily návrat v plné síle, desítky tisíc žen byly v Evropě obviněny z čarodějnictví, ze spolčování se s ďáblem, satanem nebo zlým duchem a je vysoce pravděpodobné, že některé z nich trpěly psychickými poruchami. Ke konci středověku se pomalu začalo upouštět od těchto praktik a lidé vykazující abnormální chování se začali ocitát v nemocnicích.

Období renesance bylo obdobím rozkvětu jak kulturního, tak i vědeckého. V Evropě se začaly objevovat církevní instituce a nemocnice, kde byli lidé s psychickými problémy léčeni s pochopením a respektem. Když už nemocnice kapacitně nestačily, došlo k přeměně některých nemocnic a klášterů na ústavy pro psychicky nemocné. Ačkoliv záměr byl dobrý, časem se tyto instituce staly přelidněným vězením, kde se s pacienty zacházelo s nepopsatelnou bezcitností.

Na začátku 19. století se situace začala obracet k lepšímu. Několik lékařů začalo hlásat tzv. morální přístup propagující **humánní a citlivý přístup** k pacientovi a jeho respektování. Tento přístup měl na některé pacienty pozitivní dopad a mohli být propuštěni, ale mnoho z nich potřebovalo efektivnější léčbu. Začaly vznikat stánky nemocnice pro psychicky nemocné.

Ve 20. století se objevily dva proudy: *somatogenní*, který spatřoval příčinu abnormálních psychických potíží v těle, a *psychogenní*, jenž je vysvětloval psychologicky. Významným objevem v tomto období, konkrétně v padesátých letech 20. století, jsou **psychotropní farmaka**, která znamenala obrovský posun v léčbě psychických nemocí.

V minulosti odborníci zastávali pouze jeden přístup vysvětlující abnormální chování. V současné době máme několik modelů, které přinášejí svá vysvětlení, koncepce a léčbu abnormálního chování. Na jedné straně kontinua se nachází **biologický model**, na druhém konci **sociokulturní** a uprostřed nalezneme **psychologicky** orientované přístupy.

Biologický model

Biologický neboli medicínský či fyziologický model vychází z předpokladu, že abnormální chování má biologickou příčinu. Zastánci tohoto přístupu hledají příčinu především v anatomických a biochemických abnormalitách mozku. Zaměřují se také na genetické odchylky, problémy ve fungování autonomního nervového systému (Atkinsonová, 2003), hormonální dysbalance a další interní tělesné příčiny, které mohou jedince predisponovat či vyvolávat konkrétní duševní poruchu. Léčebné postupy zahrnují především farmakologickou intervenci a další biologické postupy (elektrošoky, neurochirurgické operace).

POZNÁMKA

Silnou stránkou biologického modelu je výzkum, ačkoliv i zde jsou limity. Mnoho experimentů je prováděno na zvířatech, ale jak zvířata prožívají například navozené depresivní stavy, to zjistitelné není. Ačkoliv moderní výzkum produkuje nová a modernější psychofarmaka, zatím nedokáže eliminovat různé nežádoucí účinky. Psychologické přístupy zdůrazňují skutečnost, že pouze biologický pohled na abnormální chování je příliš zjednodušující a podceňuje důležitost psychologických a sociokulturních faktorů, jakými jsou například emocionální přetížení, nepřiměřené učení, zkreslené myšlení a nepřiměřené sociální vztahy (Garner, in Comer, 2010).

↓ PŘÍKLAD: VLIV BIOLOGICKÝCH PŘÍČIN NA PSYCHIKU

Znáмым příkladem změny psychického fungování jedince díky biologickým faktorům, který se v literatuře často cituje, je příběh pětadvacetiletého Phinease Gage z roku 1848. Tento mladý muž pracoval na pokládání kolejí. Při nešťastné manipulaci s trhavinou, pomocí níž se upravoval terén pro budoucí pokládku kolejí, se vymrštila tři centimetry široká a přes metr dlouhá kovová tyč a šikmo mu projela tváří, lebkou, mozkem a vyletěla nad čelem. Phineas tento úraz sice přežil, ale jako úplně jiný člověk. Před úrazem to byl zodpovědný, inteligentní a altruistický mladý muž, který byl velmi oblíbený mezi kolegy.

Po úrazu nedošlo ke změně v inteligenci, ale najednou to byl neaktivý, náladový, nezodpovědný, nespolehlivý a podrážděný muž, jenž měl problémy v plánování, rozhodování, racionálním uvažování a zpracování emocí (Nolen-Hoeksema, 2004).

Biologický model je třeba doplnit o **model vulnerability a stresu**. Tento model předpokládá, že zátěž může vést ke vzniku choroby pouze tehdy, když je jedinec duševně nebo fyzicky vulnerabilní (tj. zranitelný) vůči specifické poruše. Jinými slovy, když je k poruše predisponován (jde o tzv. diatézu), či dokonce geneticky naprogramován. Zranitelnost jedince podle této teorie vysvětluje, proč někteří lidé onemocní duševní či jinou chorobou a druzí nikoliv, přestože jsou vystaveni stejným vnějším podmínkám (Kohoutek, 2007). Fyziologická predispozice však dle tohoto modelu sama o sobě nevede k psychickému onemocnění, ale právě v kombinaci se stresem, ať již fyziologickým, nebo environmentálním (Parritz, Troy, 2014).

Psychodynamický model

Psychodynamický model vychází z práce zakladatele psychoanalýzy Sigmunda Freuda. Psychoanalytici jsou přesvědčeni, že chování, ať již je normální, či abnormální, je determinováno nevědomými procesy (Atkinsonová, 2003). Abnormální projevy jsou výsledkem intrapsychických konfliktů nevědomých psychických sil. Tyto konflikty pocházejí obvykle z raného dětství či z prožitých traumat a z úzkosti vyvstávající z těchto konfliktů, která je zvládána obrannými mechanismy (Comer, 2010). Nejdůležitějšími silami, jež utvářejí osobnost jedince, jsou instinktivní potřeby, racionální myšlení a morální standardy (id, ego a superego) (Comer, 2007). Cílem tohoto modelu je přivést nevědomé konflikty do vědomí a odstranit maladaptivní obranné mechanismy a tím i symptomy abnormálního chování či poruch (Butcher et al., 2004).

POZNÁMKA

Psychodynamický model pomohl změnit vnímání abnormálního chování. Přinesl možnost vysvětlit abnormální chování pomocí psychologických faktorů, ne pouze biologicky. Velkou nevýhodou tohoto modelu je limitovaná možnost výzkumu. Abstraktní konstrukty operující na nevědomé úrovni lze podrobit výzkumu jen obtížně. Důkazy pro své teze tak hledá ve výzkumu individuálních kazuistických případů. Přesto jsou psychodynamické terapeutické přístupy poměrně vyhledávané. Prochaska a Norcross (2003) uvádějí, že 19 % klinických psychologů v USA se identifikuje s tímto přístupem.

Behaviorální model

Behavioristé jsou přesvědčeni, že naše chování je determinováno naší zkušeností, to znamená, že je naučené. Vznik abnormálního chování vysvětlují pomocí teorií učení vycházejících z klasického podmiňování, operantního podmiňování nebo sociálního učení. Cílem behaviorálního modelu je problematické chování identifikovat a nahradit ho vhodnějším, a to prostřednictvím zásad teorií učení (Atkinsonová, 2003). Slabinou tohoto modelu je podceňování důležitosti vnitřních determinantů chování.

POZNÁMKA

Výhodou behaviorálního modelu je, že principy teorií učení mohou být pozorovány, měřeny a testovány v laboratorních podmínkách. Aplikace těchto principů může být nápomocná u fobií, kompulzivního jednání (nutkavého, ritualizovaného), sociálních deficitů a mentální retardace. I přes možnost empirické verifikace principů učení neexistuje jednoznačný důkaz, že většina lidí trpících nějakou psychickou poruchou jsou oběti nesprávného podmiňování. Také efektivita behaviorálních přístupů je často spojená s probíhající terapií a v mnoha případech se problémy po ukončení terapie vrací. Behaviorální přístup se kritikům jeví příliš zjednodušený (Comer, 2010; Butcher et al., 2015).

↓ PŘÍKLAD: FOBIE Z BEHAVIORÁLNÍHO POHLEDU

Mladá žena trpí fobií z tekoucí vody. Jako dítě šla s matkou do lesa, kde se ztratila a uvízla ve skalní průrvě, z níž se nemohla sama dostat. Křičela a byla vyděšená čím dál víc. Bála se, že ji nikdy nenajdou. Jak se snažila z průrvy dostat, slyšela téct nedaleko vodopád. Tento původně neutrální podnět se spojil s jejím intenzivním strachem a stal se podmíněným podnětem (klasické podmiňování), který u ní v současnosti vyvolává fobické úzkostné stavy. Ode dne, kdy byla zachráněna, se začala bát tekoucí vody.

Kognitivní model

Pokud chceme porozumět abnormálnímu chování, musíme porozumět lidským myšlenkám. Kognitivní psychologové jsou přesvědčeni, že abnormální chování vzniká na základě narušených kognitivních procesů a jen pomocí změny v myšlení lze toto chování ovlivnit. Zaměřují se tedy na nelogické kognitivní procesy, iracionální přesvědčení nebo dysfunkční automatické myšlenky (Comer, 2010; Butcher et al., 2004).

POZNÁMKA

Prochaska a Norcross (2003) uvádějí, že zhruba 24 % dnešních klinických psychologů používá v terapii kognitivních metod. Popularitu tohoto přístupu lze vysvětlit několika důvody. Tento přístup se zaměřuje na proces myšlení, který je vlastní pouze lidské populaci a v této souvislosti může být zodpovědný za spoustu problémů v lidském fungování. Druhý důvod dle Comera (2010) lze spatřit v efektivitě kognitivní terapie při léčení depresí, úzkostných poruch a sexuálních dysfunkcí. Kritikové tohoto modelu si kladou otázku, zda narušené kognitivní procesy nejsou spíše následkem psychických problémů než jejich příčinou. Druhým kritickým bodem je úzká zaměřenost pouze na uvedená témata. Později se tento přístup spojil s behaviorálním modelem a vytvořil kognitivně-behaviorální přístup a terapii, jejíž metody se v současné době hojně využívají.

Humanisticko-existenciální model

Tento model se věnuje širším dimenzím lidské existence. Zastánci tohoto modelu si všímají témat, jako jsou sebeaktualizace vedoucí k milujícímu, spontánnímu, nezávislému a odvážnému chování, využití osobního potenciálu jedince pro jeho rozvoj, stanovení uspokojujících osobních hodnot a smyslu života aj. Staví na optimismu či naději, že navzdory ohromnému tlaku moderní společnosti má člověk možnost volby, má možnost podílet se na utváření svého osudu a naplnění svých předsevzetí. Kladou důraz na zdraví a abnormální chování vnímají jako důsledek skutečnosti, že potenciál člověka ještě nebyl využit.

POZNÁMKA

Limitem tohoto modelu je výzkum, který v minulosti více méně odmítali. V současnosti se pomalu o něj začínají zajímat, ale stále je jim tato oblast vytýkána. Tak jako i výzkumem obtížněji uchopitelná abstraktní témata, kterými se zabývají.

Sociokulturní model

Na rozdíl od předchozích přístupů se sociokulturní model nezabývá jedincem samotným, ale spíše prostředím a jeho vlivem na jedince. Sociokulturní hledisko zastává názor, že lidské chování je utvářeno sociálními vlivy, proto poznání sociálního a kulturního prostředí pomáhá pochopit chování v jeho normální i abnormální podobě. Věnuje se tématům sociálních rolí a nálepkování psychicky nemocných lidí, zdůrazňuje výrazný vliv rodinného systému (struktury a komunikace), sociálních sítí a religiózních faktorů.

POZNÁMKA

Přínos sociokulturního modelu tkví v upozornění na vliv sociokulturních faktorů při vzniku abnormálních vzorců chování či poruch, které byly v minulosti opomíjeny. Na druhou stranu vliv biologických a psychologických faktorů nemůže být eliminován.

Integrativní (eklektický) model

Každý z uvedených přístupů přispívá k pochopení abnormálního chování. Žádný z nich však nedokáže zodpovědět všechny otázky vzniku abnormálního chování a následně ani nabídnout efektivní léčení všech forem abnormálního chování. Sám o sobě biologický ani psychologický či sociokulturní přístup nedokáže zachytit složitost lidského chování. Abnormální chování je ovlivněno jak biologickými, tak i psychologickými a sociálně-kulturními faktory. Posledním modelem je tzv. eklektický. Eklektickým přístupem se rozumí integrace a kombinování různých metod a technik z různých přístupů s ohledem na jejich efektivitu a individuální zvláštnosti jedince. Prochaska a Norcross (2003) deklarují, že se k eklektickému přístupu hlásí 27 % klinických psychologů (největší podíl ze všech přístupů).

POZNÁMKA

Příkladem integrativního modelu může být využití farmakoterapie v kombinaci s kognitivním přístupem u depresivních jedinců.

1.3 Klasifikace abnormálního chování

Abnormální chování a psychické problémy každého člověka jsou jedinečné, žádní dva jedinci nemají stejnou životní zkušenost a nechovají se stejným způsobem. Nicméně odborníci na poli duševního zdraví vidí mezi těmito projevy podobnosti, které jim umožňují třídění a pojmenovávání podobných symptomů a následně klasifikování do určitých kategorií. Diagnostické klasifikace duševních poruch tak přinášejí rychlou a přesnou představu o maladaptivním chování. Nabízejí přehled psychických poruch seskupených do několika kategorií a u každé poruchy je uveden seznam symptomů a konkrétních projevů chování tak, aby bylo možno stanovit příslušnou diagnózu. Jednotlivé symptomy však nic nevysvětlují, neposkytují nám informaci o etiologii ani nás neinformují o současném stavu vědění.

V Evropě se používá tzv. **MKN-10**, což je **Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, desátá revize**, v platnosti v České republice od roku 1993. MKN-10 obsahuje podrobný seznam všech nemocí, včetně duševních