

Osobnost



Co myslíte?

Jak stabilní je osobnost?

Situace

Z výzkumů, který jste přečetli, víte, že osobnost jedince se skládá z rozličných, pravděpodobně trvalých rysů. Také je známo, že mnoho psychologů považuje za užitečné popisovat osobnost srovnáváním lidí v rámci pěti širokých dimenzí: (1) neuroticismus (sklon úzkosti a distresu), (2) extroverze (touha po sociální interakci, stimulaci a aktivitě), (3) otevřenost (otevřenost novým zkušenostem), (4) přívětivost (obětavá starost o druhé), (5) svědomitost (sklon ke spolehlivosti, disciplinovanosti a ctězdosti). Je umístění jednotlivce v rámci těchto rysů v podstatě pořád stejné nebo se osobnost mění s věkem, životními zkušenostmi a jinými faktory? Jestliže jste nyní obvykle klidní, společenská a otevřená, budete taková i v pozdějším životě? A co skutečnost, že se chování lidí v různých situacích liší?

Abyste určili stabilitu osobnosti, rozhodli jste se kontaktovat velkou skupinu dospělých, kteří před šesti lety vyplnili test osobnosti, jakožto součást jiné studie. Test, který vyplnili, měl tři z pěti hlavních rysů uvedených výše (neuroticismus, extroverze a otevřenost). Celkem test vyplnilo 635 lidí: 365 mužů a 270 žen ve věku od dvaceti pěti do devadesáti jedna let. V původním experimentu každý vyplnil test dvakrát, se šestiměsíčním odstupem. Vaším cílem je nyní znovu otestovat tyto lidi novější verzí stejného testu. Většina s tím souhlasí. Ale někteří, jak jste zjistili, zemřeli, přestěhovali se, jsou invalidní nebo nemají zájem. Nakonec jste schopni získat 398 původních respondentů. Každému z nich zašlete dotazník, instrukce a ohráňovanou obálku se zpáteční adresou.

Dotazník, který použijete, se jmenuje Neuroticismus - Extraversion - Openness Personality Inventorý neboli NEO-PI (Osobnostní inventář neuroticismus-extroverze-otevřenost). Tento dotazník je jednou z nejčastěji užívaných metod ve výzkumu (Ogata & McCrae, 1992). NEO-PI obsahuje 181 výpovědí („obvykle jsem veselý“, „doopravdy se mi líbí většina lidí, se kterými se seznámím“, „mám velmi bujnou fantazii“). Zkoumaná

osoba hodnotí na pětibodové „škále“ míru souhlasu nebo nesouhlasu s předloženým výrokem. Položky, které měří neuroticismus, extroverzi a otevřenost jsou rozptýlené v celém testu, ale později spočítáte skóry pro každou „subsškálu“ zvlášť - pro každou zkoumanou osobu tři skóry. Jakmile jsou všechny testy zpracovány, data jsou připravena k analýze.

Co dál? K tomu, abyste určili stabilitu měřených rysů, potřebujete použít longitudinální postup, tak bude možné porovnat skóry každé zkoumané osoby v prvním a druhém měření. Jaká bude korelace mezi získanými skóry? Jestliže se osobnost výrazně změnila od jednoho momentu k druhému nebo jestliže by se spárovaly skóry jedné zkoumané osoby se skóry jiné, náhodně vybrané zkoumané osoby, bude korelace 0 (pamatujte, korelační koeficient se pohybuje v rozsahu 0 až +1 nebo -1). Druhý extrém by byl, jestliže by osobnost byla neměnná nebo jestliže by jedna zkoumaná osoba byla dotazována ve dnech, týdnech nebo měsících od prvního měření, tyto dva skóry by spolu silně a pozitivně korelovaly, na úrovni 0,90. Otázkou je: jak silně budou spolu korelovat dva skóry po šesti letech?

Odhad výsledku

Před šesti lety všech 398 zkoumaných osob vyplnilo test, které zahrnoval tři skóry: jeden pro neuroticismus, druhý pro extroverzi a třetí pro otevřenost nové zkušenosti. Teď jste je otestovali znovu. Jak vysoká bude podle vás korelace mezi získanými skóry? Pro základní srovnání vám nabídnou korelační koeficienty, které byly objeveny v předchozím výzkumu, kdy byl test znovu administrován po pouhých šesti měsících, viz levý sloupec v níže uvedené tabulce. Škálu od 0 (nulová korelace, žádná stabilita) do +1 (významná korelace, úplná stabilita) použijte jako vodítko, a z hodnot po šesti měsících predikujte korelace, která budou po šesti letech:

RYS	ŠEST MĚSÍCŮ	ŠEST LET
neuroticismus	0,87	_____
extroverze	0,91	_____
otevřenost	0,86	_____

Výsledky

Výše popsaný výzkum je založen na studii osobností dospělých, který provedli Robert McCrae a Paul Costa (1990). Co jste předpokládali? Zůstává osobnost v zásadě stejná nebo se časem mění? V níže uvedené tabulce výsledky vykazují mimořádný stupeň stability – a jsou srovnatelné s výsledky po pouhých šesti měsících.

RYS	ŠEST MĚSÍCŮ	ŠEST LET
neuroticismus	0,87	0,83
extraverze	0,91	0,82
otevřenost	0,86	0,83

Co to všechno znamená?

Na chvíli se zamyslete nad svou vlastní osobností – nad svými základními pocity, postoji a způsoby, jak navazujete vztahy s jinými. Změnili jste se nebo jste stále stejní? Když se McCrae a Costa (1990) zeptali na to samé svých zkoumaných osoby 51 procent odpovědělo, že zůstali stejní, 35 procent že se změnilo trochu a 14 procent že se změnilo hodně. Bylo vnímání vlastní osoby těch, kteří odpověděli, že se změnili, přesné? Ne podle výsledku testu. Costa a McCrae spočítali test – retest korelace pouze u těch osob, které řekly, že se změnilo hodně – a čísla byla pořád vysoká.

Jako obecné pravidlo platí, že osobnost je v čase stabilní. Sámozřejmě, pokud by tomu tak nebylo, nemohli byste vědět, kým budete zítra, určovat si cíle v kariéře nebo uzavřít s někým sňatek. Neznáme ná to ovšem, že jak stárneme, zůstáváme všichni stejní. Jak jsme viděli v kapitole 9, proces stárnutí je spojen s fyziologickými, sensorickými a kognitivními změnami. Následkem životních zkušeností můžeme změnit určité návyky, postoje a chování. Dokonce jsou možné malé posuny v rysech osobnosti. Např. když otestujeme skupiny dospělých různého věku, starší mají sklon k nižším skórum v neuroticismu, extraverci a otevřenosti.

Pro klinické psychology, kteří pomáhají lidem pociťujícím distres, tento výzkum adresoval obzvlášť kritickou otázku: Lze pomoci lidem, kteří trpí úzkostí, deprezí nebo jiným druhem duševní poruchy? V kapitole 17 uvidíme, že lze. V této kapitole uvidíme, že odpověď na otázku nakolik je změna možná – a jak těžké je změnu usnadnit – částečně závisí na vašem teoretickém přístupu.

Navštivte www.stranky.knihkupectvi.amazon.com a zadejte heslo „osobnost personality“ Kolik se objevilo odkazů? Když jsem to udělal na jaře 2002, objevilo se jich 4 970

Běžte se podívat do kteréhokoliv knihkupectví a uvidíte, že police jsou plné knih populární psychologie, které slibují, že odhalí svoji skutečnou, skrytou osobnost. Vše co máte udělat, je analyzovat vaši stravu (jste to, co jíte), oblíbené barvy (pokud máte rádi červenou, jste emocionální), váš rukopis (krátké, přerývané čáry znamenají, že jste lakomý astrogická znamení (bylo mi řečeno, že jsem jako Beran tvrdohlavý), charakteristiky obličeje (lidem s očima blízko u sebe se nedá věřit) a tvar těla („kulatí“ lidé jsou velmi společenští). Ale porozumění sobě není jediným zdrojem zájmu o osobnost. Marketingoví experti kategorizují zákazníky, aby mohli vytvořit reklamu, která osloví určitou část trhu. Advokáti najímají konzultanty, aby vybrali porotce, kteří budou nakloněni jejich případu. Pojišťovací společnosti vytvářejí profily vysoce rizikových klientů náchylných k různým nehodám. FBI zaměstnává psychology, aby zkoumali mysl teroristů a sériových vrahů. Pracovní poradci posuzují, kdo je vhodný na samostatnou práci a kdo na práci v kolektivu. Dokonce spisovatelé jasně nastiňují osobnosti svých hrdinů.

Takže co je **osobnost**? Přestože slovo vychází z latinského *persona*, což znamená „maska“, osobnost je více než obličej, který nosíme na veřejnosti. Je to také to, co leží za maskou – trvalé „vnitřní jádro“, které je u každého součástí všech různých vzorců myšlení, pocitů, motivů, hodnot a chování. Výzkum osobnosti usiluje o popis jedinců, toho, v čem jsou stejní nebo v čem se liší od ostatních (Funder, 2001).

Tato kapitola představuje čtyři hlavní přístupy ve výzkumu osobnosti: (1) psychoanalýzu, (2) sociálně-kognitivní přístup, (3) humanistický přístup a (4) rysový přístup. Každý pohled obsahuje soubor teorií, které se podílejí na určitých předpokladech o lidské přirozenosti – jak se osobnost utváří a pak vyvíjí; zda jsou lidé z podstaty dobří, špatní nebo neutrální; jaký je podíl biologických faktorů nebo faktorů prostředí; jaká je role nevědomých determinantů v chování; pátrají po odpovědích na otázku stability a změny. Jak uvidíme, vědecké studium osobnosti zahrnuje teorii, testování a zájem o aplikaci v praxi.

PSYCHOANALÝZA

- Které zážitky inspirovaly Freuda k formulování psychoanalýzy?
- Co mají sny, vtipy a přeroknutí společného?
- Kdo byli Jung a Adler a čím se tyto teoretikové liší od Freuda?
- Co jsou to projektivní testy – a jak se používají?
- Co je Freudův největší odkaz?

V půl sedmé večer 6. května 1856 se v dnešní České republice Jakobovi a Amalii Freudovým narodil chlapec. Narodil se v plodové bláně, membráně, která někdy pokrývá hlavu narozeného dítěte. Pověra říkala, že narodit se v bláně je šťastné znamení – znamení, že dítě jednoho dne dosáhne slávy a jmění. Rok po sňatku měli Jakob a Amalie jen málo peněz, ale byli nadšení. Pojmenovali první ze svých šesti dětí Sigmund.

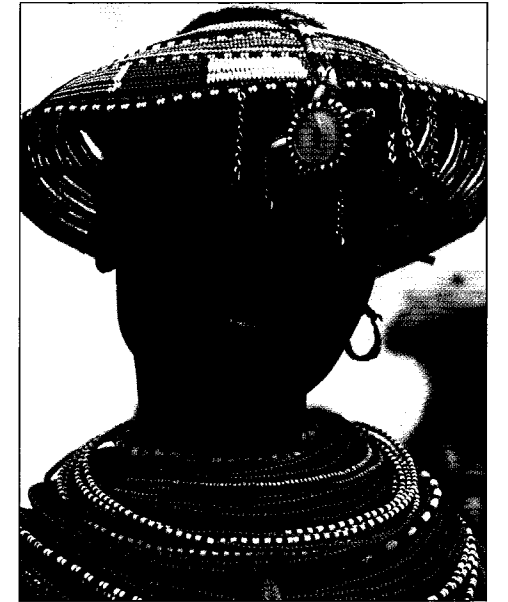
Chlapec rostl a byl silný, zdravý a chytrý, mezi nejlepšími ve třídě. V sedmácti letech se zapsal na Vídeňskou univerzitu, o osm let později promoval jako lékař, a začal pracovat jako neurolog. Podle vlastních slov byl pracovitý mladý muž, který tvrdě pracoval na tom, aby po sobě na světě něco zanechal. Nicméně v roce 1884 jeho touha po slávě začala klesat. Slyšel o „záračném léku“ s anestetickými účinky, zkusil ho a líbily se mu povznášející účinky, který měl na jeho náladu a práci. Myslel si, že by to mohl být průlom v medicíně a předepsal ho příteli, který se na něm stal beznadějně závislým a zemřel na předávkování. Ten lék byl kokain. Ztráta přítele, pacienta a respektu v lékařské komunitě způsobily, že Freud opustil farmakoterapii a začal se zabývat něčím jiným.

ZROZENÍ PSYCHOANALÝZY

V roce 1885 se Freud přestěhoval do Paříže, aby zde pracoval s Jeanem Charcotem, významným francouzským neurologem. Charcot studoval hysterii, „konverzní poruchu“, při které pacient pociťoval symptomy jako je paralýza končetin, slepota, hluchota, křeče apod. – a to bez organického opodstatnění (viz kapitola 16). Na hysterii je fascinující to, že pacient má reálné problémy, které nesimuluje, a které ale ani nemají fyziologickým podklad. Charcot objevil, že hysterická porucha často začíná traumatickou událostí v pacientově dětství a že se mu podařilo odstranit symptomy, pokud pacienta uvedl do hypnotického stavu. Umíte si představit, jak byl Freud uchvácen, když viděl „paralyzované“ pacienty náhle schopné chůze, ty, kteří byli „slepí“ a najednou viděli. Tyto a podobné demonstrace naplnily Freuda hlubokým respektem před vlivem sil nevědomí.

Když se Freud vrátil do Vídně, zaujal ho případ Anny O., pacientky, která trpěla hysterickou paralýzou tří končetin, měla narušené vidění a řeč a dráždivý kašel. S pomocí lékaře Josefa Breuera si byla Anna schopná vzpomenout na události, které vyvolaly její symptomy. Jak se zbavovala obrovského bloku ve své mysli, symptomy pomalu vymizely. Breuer praktikoval „*léčbu mluvením*“. Ale stalo se i něco dalšího, co se ukázalo jako významné. Po mnoha sezeních si Anna vytvořila k Breuerovi emocionální vazbu. Freud byl v rozpacích z intenzity Annina citu, dokud nepoznal to samé. Jednou se mu pacientka zamilovaně vrhla kolem krku, i když jí k tomu nezdal jakoukoliv příčinu. Freud neusiloval o pacientčinu náklonnost, prohlásil, že nebyl skutečným cílem její touhy. Domníval se, že tato pacientka, aniž by si toho byla vědoma, na něj musela přenést své city k někomu jinému (možná svému otci) Tento fenomén Freud nazval *přenosem*.

Freud pracoval v privátní praxi, ale neměl mnoho úspěchů při používání hypnózy. Zjistil, že ne každý se dá zhypnotizovat a že tzv. uzdravení v hypnóze často nepřetrvá. Aby pomohl pacientům vybat si vzpomínky a bez problémů mluvit o své minulosti, objevil Freud první metodu psychoterapie,



Možná řeknete, že tato žena je „osobnost“. Ale potom jsme my všichni osobnostmi. Lidé se liší ne v síle osobnosti, kterou mají, ale ve svých charakteristických modelech myšlení, cítění, motivů a chování.



Sigmund Freud a jeho dcera Anna – která šla v psychoanalýze dál svou cestou.

osobnost Individuálně odlišný a relativně stálý vzorec myšlení, pocitů, motivů a chování.

volné asociace. Postup je jednoduchý: pacient leží na pohovce, relaxuje, a mluví o tom, co mu přijde na mysl bez ohledu na to, jak nepodstatně, trapně nebo nelogicky to zní. Po mnoha sezeních zaznamenal Freud něco zvláštního. Ačkoliv pacienti vyprodukovali mnoho myšlenek vedoucích do nevědomí, mnoho z nich nebylo schopno mluvit o bolestných, nepříjemných vzpomínkách nebo na ně myslet. Vlastně když se začali dostávat k pochopení něčeho důležitého, často přestali, vypověděla jim paměť, ztratili sled myšlenek nebo změnili téma. Freud nazval tento fenomén *vytěsněním* a usoudil, že je součástí nevědomých obranných procesů, které udržují nechtěné myšlenky pod zámkem – a mimo vědomí.

FREUDOVA TEORIE OSOBNOSTI

Freudovy klinické zkušenosti položily základ teorie, kterou vytvořil později. Byl přesvědčen, že traumata a konflikty z raného dětství mohou přetrvávat, že jsme ovládáni nevědomými silami, že co je nevědomé, to lze vyvolat skrze volné asociace, že odmítáme bolestivý osobní vhléd a že často převádíme naše pocity vůči jednomu objektu na jiný. Pomalu, ale jistě do sebe kousky zapadly. V roce 1896 Freud poprvé použil termín **psychoanalýza**. Potom roce 1900 vydal *The Interpretation of Dreams* (v češtině vyšlo pod názvem *Výklad snů*), první z dvaceti čtyř knih, a která znamenala zrození toho, co se stalo nejrozsáhlejší, nevlivnější teorií moderní historie. Teorie je shrnuta ve Freudově (1940) poslední knize *An Outline of Psychoanalysis* (*Nástin psychoanalýzy*), která vyšla rok po jeho smrti.

„Každý člověk má vzpomínky, které nelze říct každému, jen svému příteli. Má jiné, má jiné věci v myslí, které nemůže odhalit ani svým přátelům, ale jen sobě a to tajně. Ale existují i jiné věci, které se člověk bojí říct dokonce sám sobě a každý slušný člověk má několik takových věcí uložených hluboko v myslí.“

FJODOR MICHAJLOVIČ DOSTOJEVSKY

me. Jinými slovy, jen díky psychoanalýze můžeme dosáhnout smysluplného vhledu do osobnosti.

Co je v nevědomí? Podle Freuda motivují lidské chování dva hlavní pudy. O prvním se obecně mluví jako o *puďu života* (eros, libidózní pud), který zahrnuje potřebu jídla, vody, vzduchu a sexu. V době, kdy Freud tvořil, část o sexu nebyla přijímána, ale Freud cítil, že je to důležité, protože mnoho historek z dětství, které popisovali jeho pacienti, bylo v podstatě sexuální. O mnoho let později, poté co zažil naprostou destruktivitu první světové války, Freud prohlásil, že existuje také druhá, temnější stránka lidské povahy – skrytý v nevědomí *puď smrti* (*thánatos, puď destrukční*), potřeba redukovat všechna napětí návratem do chladného neživoucího stavu. Protože jsou tyto sebedestruktivní impulzy v rozporu s mohutnějšími silami života, Freud se rozhodl, že nejsou namířeny proti vlastní osobě, ale proti ostatním. Předurčený důsledek puďu smrti je agrese – problém, který je prokletím lidí v celé historii.

Struktura osobnosti Měli jste někdy touhu políbit nebo obejmout někoho, kdo se vám líbí nebo uhodit někoho, kdo vás naštval a zastavil vás hlas vašeho svědomí? Pokud ano, jak jste vyřešili toto dilema? Freud na základě svých klinických zkušeností věřil, že lidé jsou ustavičně hnáni vnitřními kon-

psychoanalýza Freudova teorie osobnosti a metoda psychoterapie, obojí předpokládá, že naše motivy jsou z velké části nevědomé.

Nevědomí Základem psychoanalýzy je předpoklad, že osobnost je z větší části utvářena silami, které působí v jedincově nevědomí. Pro názornost Freud přirovnal lidskou mysl k ledovci. Vědomá část mysli se skládá z toho, co si člověk uvědomuje v daném okamžiku. Stejně jako malá špička ledovce, která je vidět nad hladinou. Pod hladinou je obrovská oblast nevědomí, která obsahuje myšlenky, pocity a vzpomínky, které jsou skryté. Část této oblasti ležící přímo pod hladinou Freud nazval předvědomí. Obsah předvědomí není ohrožující, je jen přechodně mimo vědomí a je pro mysl snadno dostupný. Nicméně zbytek nevědomí je hluboké, tmavé moře tajných tužeb, přání a puďů. Podle Freuda mysl udržuje tyto neakceptovatelné impulzy mimo vědomí, přesto však hučí, dělají vlny a vyplouvají nad hladinu – v našich snech, přeréknutích, vtipech, které říkáme, v lidech, kteří nás přitahují a v úzkosti, kterou pociťujeme.

flikty (vědomí vs. nevědomí, volné asociace vs. vytěsnění, život vs. smrt) – a že nezbytným řešením je kompromis. Freud proto rozdělil osobnost lidí do tří vzájemně se ovlivňujících částí: id, ego a superego. Tyto části nejsou ve struktuře mozku skutečné. Spíše jsou to hypotetické pojmy, které Freud použil, aby vykreslil různé aspekty osobnosti.

Id je nejprimitivnější částí osobnosti. Existuje od narození, je to nádrž plná instinktů a biologických puďů, které tvoří energetický základ osobnosti. Podle Freuda id funguje na **principu slasti**, motivuje nás vyhledávat okamžité a úplné ukojení všech tužeb. Pokud člověk trpí deprivací jídlem, vodou, vzduchem nebo sexem, stav napětí přetrvává, dokud není potřeba uspokojena. Id je tedy naše slepá, potěšení hledající část, která usiluje o redukci všech napětí. Pokud by impulzivní novorozeně, které ovládá id, umělo mluvit, křičelo by: „Chci to a chci to *hned!*“

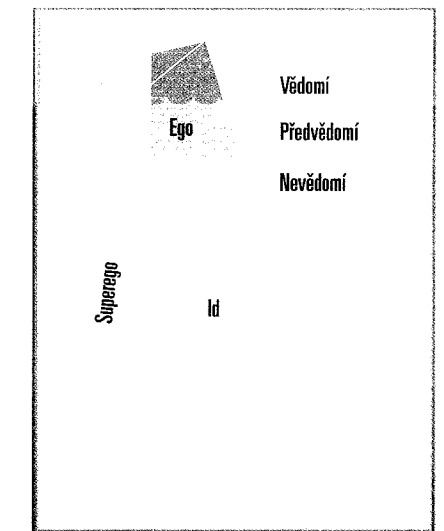
Superego je sociálně vyvinutý aspekt osobnosti, která nás nutí chovat se tak, aby naše chování bylo morální, ideální a dokonalé. Zatímco id nutí lidi vyhledávat okamžité uspokojení, superego je puritán, moralista, část nás, která se vyhýbá sexu a jiným vnitřním zdrojům potěšení. Odkud superego pochází? Podle Freuda se děti učí sociálním hodnotám od rodičů. Díky opakované zkušenosti, která vyžaduje dobré chování a trestá špatné, si děti nakonec vytvoří své vlastní vnitřní standardy toho, co je správné a co je špatné. Superego má dvě složky. Jednou je ideální ego, představa ideálů, o které se snažíme. Druhou je svědomí, souhrn zákazů, které určují, jak se nemáme chovat. Jakmile je superego vyvinuté, lidé se vnitřně odměňují za morální činy tím, že se cítí pyšní, a pocity viny se trestají za nemorální jednání.

Třetí složkou osobnosti je **ego**, které dělá prostředníka v konfliktu mezi „chci“ pocházejícího z id a „měl bych“ pocházejícího ze superega. Podle Freuda je ego pragmatická odnož id, část osobnosti, která nám pomáhá dosáhnout realistických forem uspokojení. V protikladu k id (které usiluje o okamžité uspokojení) a k superegu (které tyto impulzy potlačuje) ego funguje na **principu reality** – potřeba jedince redukovat napětí, avšak pouze v pravý čas, na pravém místě a sociálně přiměřeným způsobem. Ego je tudíž mistr kompromisu, část nás, která se snaží uspokojit naše potřeby, aniž bychom porušili morálku. Ego je podle Freuda řídicí pracovník osobnosti, část, která kontroluje naše chování. Freudův model struktury osobnosti je zobrazen na obr. 15.1.

Psychosexuální vývoj Podle Freuda – lékaře mnoho z jeho pacientů vykládalo divoké příběhy o dětských traumatech – příběhy, které zahrnovaly sexuální a agresivní zkušenosti s matkami, otci, sousedy a špinavými starými strýčky. Nakonec začal věřit, že ačkoliv některé příběhy, které slyšel, byly pravdivé, byly ty ostatní naprosto vymyšlené, byly produktem nadměrné představivosti. Podobně jako detektivové pátrají po zločinu, procházelo v posledních letech mnoho psychologů Freudovy klinické záznamy a spisy. Někteří se teď ptají, zda jeho pacienti vůbec kdy mluvili o sexuálním zneužívání v dětství, místo toho tvrdí, že Freud si ty příběhy vymyslel nebo je svým pacientům vsugeroval (Esterson, 2001). Jiní věří, že takové přepracovávání Freudovy práce je neoprávněné (Gleaves & Hernandez, 1999).

Klinická práce Freuda vedla ke dvěma závěrům o lidském vývoji: (1) osobnost se utváří během prvních několika let života a (2) prohlášení o „psychosexuálních“ konfliktech je klíčové. Dále předpokládal, že všechny děti prochází dlouhou vzrušující cestou **psychosexuálních stadií** vývoje, přičemž každé stadium je definováno odlišnou „erogenní zónou“, částí těla, která je nejvíce citlivá na erotickou stimulaci.

První podle této teorie je *orální stadium*, které se odehrává v prvním roce života, v čase, kdy ústa jsou pro dítě hlavním zdrojem uspokojení. Orální aktivita začíná sáním bradavek, prstů a dudlíků, potom se přesouvá ke kousání, žvýkání, broukání a jiným orálním činnostem. V tomto stadiu je nemluvně zcela závislé na pečovateli, krmení je klíčovou činností a odstavení (přechod od prsu nebo lahve) je hlavním zdrojem konfliktu. Další je *anální stadium*, které se odehrává mezi druhým a třetím rokem života, kdy dítě získává uspokojení zadržováním a uvolňováním stolice. Je to pravidelně se opakující a příjemný cyklus napětí z nahromadění a uvolnění. V tomto stadiu



Obr. 15.1 Model struktury osobnosti podle Freuda

id V psychoanalytickém pojetí primitivní nevědomá část osobnosti, která obsahuje základní pudy a pracuje na principu slasti.

princip slasti V psychoanalytickém pojetí bezmezná touha id dosahovat okamžitého uspokojení.

superego V psychoanalytickém pojetí ta část osobnosti, která obsahuje morální ideály a svědomí jedince.

ego V psychoanalytickém pojetí ta část osobnosti, která funguje na principu reality a dělá prostředníka mezi id a superegem.

princip reality V psychoanalytickém pojetí schopnost ega odložit uspokojení.

psychosexuální stadia Freudova stadia vývoje osobnosti, během kterých je slast získávána z různých částí těla (orální, anální, falické a genitální).

oidipovský komplex

V psychoanalytickém pojetí tendence malých dětí být sexuálně přitahovány k rodiči opačného pohlaví a nepřátelsky vůči rodiči stejného pohlaví.

identifikace V psychoanalytickém pojetí proces, ve kterém děti přijmou za vlastní internalizují hodnoty svých rodičů a formuje se superego.

fixace V psychoanalytickém pojetí tendence ustrnout na ranných, nezralých fázích psychosexuálního vývoje.

uvádí trénink chování na záchod rodiče („Vydrž!“) a dítě („Nechci!“) do ostřejšího konfliktu. Mezi čtvrtým a šestým rokem dítě přechází do *falického stadia*, období, kdy je uspokojení pocíťováno v oblasti genitálií. V tomto stadiu děti začínají být fascinovány tělem a lze je často vidět, jak si na veřejnosti hrají se svými pohlavními orgány, což je činnost, která je opět uvádí do konfliktu s rodiči. Podle Freuda se nejdramatičtější konflikt psychosexuálního vývoje odehrává právě v tomto okamžiku.

Existuje slavná řecká tragédie, ve které se hrdina, král Oidipus, kterého rodiče jako nemluvně opustili, vrací coby mladý muž, aby zabil svého otce a oženil se se svou matkou, aniž by někdo z nich zjistil, kdo jsou. Podle Freuda tato legenda ilustruje nevědomé lidské přání, které nazval **oidipovským komplexem** – sklon u dětí, které začínou být sexuálně přitahovány k rodiči opačného pohlaví a pocíťují žárlivost a vztek vůči rodiči stejného pohlaví, ve kterém vidí rivala. Freudova teorie vývoje mužů je jasná: mladý chlapec touží po své matce a nenávidí svého otce, protože mu stojí v cestě. Protože je ale otec větší a silnější, u chlapce se vyvine *kastrační úzkost*, strach, že se otec pomstí tak, že mu určí genitálie. Na svou obranu chlapec potlačí svou sexuální touhu k matce a snaží se napodobovat otce, tento proces nazval Freud procesem **identifikace**. Výsledkem je, že chlapec je méně úzkostný, částečně uspokojí svou touhu po matce a osvojí si otcovy morální hodnoty. Freud přiznal, že jeho teorie ženského vývoje je méně srozumitelná. Podle něj ve stejném okamžiku dcera zjistí, že její otec má penis, ale ona a její matka ne. Dívka nevědomě matku obviňuje a má na ni vztek kvůli tomuto nedostatku, vyvine se u ní závist penisu, a snaží se být otcovou malou holčičkou. Nakonec si uvědomí zbytečnost těchto pocitů, potlačí svou závist a identifikuje se s matkou. Pro chlapce i pro dívky je identifikace důležitou částí vývoje: znamená to, že superego se vymaní z oidipovského komplexu.

Jakmile je oidipův komplex vyřešen, dítě přechází do *období latence*, které trvá zhruba od sedmi do dvanácti let. V tomto období jsou sexuální impulzy „nečinné“, chlapci i dívky se soustředí na vztahy s kamarády stejného pohlaví a na školu. Jak si rodiče uvědomují, je to čas klidu před bouří. Ve skutečnosti předchází čtvrtému a poslednímu stadiu psychosexuálního vývoje – *genitálnímu stadiu*. Začíná v pubertě, kdy se chlapci a dívky vymaní z období latence a pocíťují poprvé v životě vzrušující sexuální touhy, tak, jako dospělí. Ještě jednou se musí ego vypořádat s nevyhlášeným válečným stavem mezi biologickými pudy a sociálními zákazy.

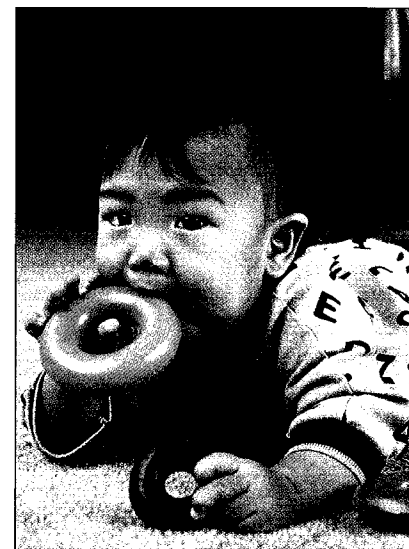
Podle Freuda každý musí úspěšně projít všemi psychosexuálními stádii tak, jak jdou za sebou, aby se vytvořila zdravá osobnost a měla potěšení se zralých dospělých vztahů.

Jestliže se děti setkají s přílišným nebo s nedostatečným uspokojením v časnějším stadiu, uvíznou v něm, neboli jsou v něm „fixovány“. **Fixace** je tudíž zodpovědná za vývoj následujících typů osobnosti:

■ **Orální** Pokud byste byli jako nemluvně příliš časně odstaveni, byli byste fixováni v orálním stadiu a pocíťovali byste potřebu kouřit, pít, kousat si nehty, kousat tužku nebo strávit hodiny telefonováním. Mohli byste také vyhledávat symbolické formy orálního uspokojení tím, že byste se stali pasivními, závislými a náročnými – jako dítě, které je kojeno.

■ **Anální** Pokud byste byli jako batole hrubým a přísným způsobem „trénování“ chodit na toaletu, byli byste fixováni v análním stadiu a reagovali byste dvěma způsoby – buď byste byli přísní, tvrdohlaví a příliš se kontrolovali (retenční, „análnězadržující“ typ) nebo byste byli vzpurní, nepořádní a rozvrácení (expulzivní, „análněvypouštěcí“ typ).

■ **Falické** Pokud byste bez omezení masturbovali v předškolním věku nebo pokud by vám byl zakázán jakýkoliv dotek na genitáliích, vedoucí k frustraci, stali byste se falickou osobností – tou, která je zcela sebestředná, namyšlená, arogantní a vyžadující neustálou pozornost. Typickým příkladem je člověk posedlý svými svaly, člověk, který má zalíbení v drahém oblečení a dobývačná žena.



Podle Freuda postupuje psychosexuální vývoj skrze stadia, každé stadium je definováno částí těla, která je nejcitlivější. V orálním stadiu (vlevo nahoře) děti vše ukládají do úst. Během análního stadia (upravo uprostřed) nácvik čistotnosti uvádí dítě a rodiče do konfliktu. Střední děství se považuje za klidné latentní období (upravo nahoře), kdy je sexuální touha potlačena. Začátkem puberty se v genitálním stadiu (upravo dole) objevují sexuální touhy jako u dospělých.

Dynamika osobnosti Freud pod vlivem fyzikálních věd věřil, že lidská mysl má konstantní, omezené množství „psychické energie“ – energie, kterou nelze vytvořit nebo zničit, lze ji pouze přeměnit z jedné formy do jiné. Pro osobnost to znamená, že i když pudové impulzy z id mohou být dočasně potlačeny, jeho energie se musí někde ventilovat, někde uniknout. Podle Freuda hledá ego bezpečné a normální ventily pro tyto potřeby.

Možná si vzpomínáte, že v kapitole 4 bylo uvedeno, že ve Freudově teorii sny, které si pamatujete ráno, jsou vaše skrytá, neohrožující vyjádření vašich nevědomých přání. Uzamčená energie se uvolňuje zatímco spíte, ale způsoby, které jsou matoucí a tudíž neohrožující. Jak uvidíme později, to samé platí o překnutích, obranném mechanismu nazvaném sublimace. I humor nám poskytuje ventil, jako když lidé vypráví „etnické“ vtipy, aby zmírnili hostilní impulzy a sexuální vtipy ke zmírnění svého sexuálního napětí. Uspokojování skrytých přání – to je kompromis, kterým se odměňujeme (viz obr. 15.2).

Ego používá silné zbraně na zmírnění úzkosti, která je následkem střetu mezi našimi přáními, morálkou a realitou: nevědomé obranné mechanismy, které popírají a zkreslují naše vnímání sebe. Zde jsou obvyklé **obrné mechanismy**, tak jak je popsal Freud. Podívejte se, zda některý z nich poznáte:

■ **Vytěsnění** vzniká, když úzkost provokující myšlenky a vzpomínky „zapomeneme“ a jsou vytlačeny z vědomí. Freud věřil, že lidé potlačují neakceptovatelné sexuální a agresivní touhy, traumata a pocity viny. Před pár lety byla žena, která běhala v Central Parku v New Yorku, partou teenagerů znásilněna, zbita a ponechána bez známek života. Později potvrdila, že si jen stěží pamatuje na útok – možná známka vytěsnění. Podle Freuda je tento obranný mechanismus nezbytným předpokladem pro vznik ostatních obranných mechanismů a zřídka je konečným řešením.

■ **Popření** je primitivní forma vytěsnění, při kterém je vnější událost vzbuzející úzkost nejen zapomenuta, ale především zablokována mimo vědomí (nevidím zlo, neslyším zlo). Popření je obvyklé u pacientů v terminálním stadiu nemoci a v rodinách, které si někdy odmítají připustit, že milovaný člověk umírá. Je také charakteristické u kuřáků, kteří si odmítají připustit zdravotní rizika svého zlovyklu, pro manžele a manželky, kteří ignorují



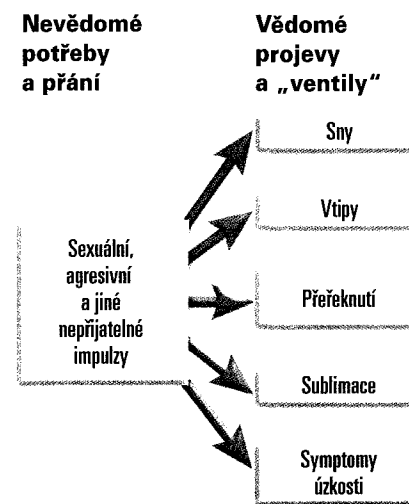
„Každý impulz v mysli se snažíme utlumit v zárodku a tak nás otráví.“

OSCAR WILDE

obrné mechanismy

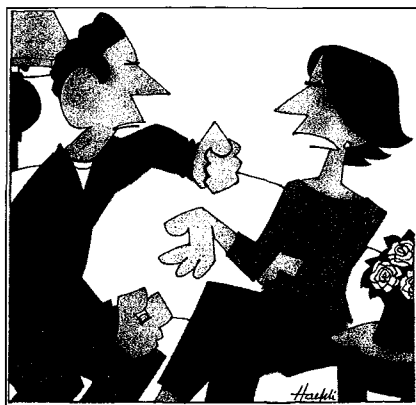
Nevědomé způsoby minimalizace úzkosti popíráním a zkreslováním reality.

vytěsnění Obranný mechanismus, při kterém jsou ohrožující myšlenky, vzpomínky a impulzy vyloučeny z vědomí.



Obr. 15.2 Psychodynamika osobnosti

Podle psychoanalýzy nevědomé sexuální a agresivní impulzy nacházejí přijatelné formy vyjádření.



© The New Yorker Collection 2002, William Haski z cartoonbank.com. Všechna práva vyhrazena.

„Pokud říkám, že popírám, pak podle definice nepopírám.“

popření Primitivní forma vytěsnění, při které jsou vnější události vzbuzující úzkost blokovány mimo vědomí.

projekce Obranný mechanismus, kterým lidé přisuzují nebo „projikují“ své vlastní nepřijatelné impulzy druhým.

reaktivní výtvar Obranný mechanismus, kterým jedinec převede nepřijatelné pocity v jejich opak.

racionalizace Obranný mechanismus, který umožňuje omlouvání vlastních selhání a nedostatků.

sublimace V psychoanalýze převedení potlačených sexuálních a agresivních impulsů do sociálně přijatelných náhradních projevů.

známky manželské krize a pro politiky, kteří přehlížejí korupci, která se děje přímo před nimi.

■ **Projekce** vzniká, když lidé připisují neboli „projikují“ své vlastní nepřijatelné impulzy druhým. Z Freudova pohledu člověk, který je sexuálně přitahován k manželce svého přítele nebo k někomu, kdo je „zakázaný“, může tyto pocity potlačit a vědomě dospět k přesvědčení, že je to on, kdo přitahuje přítelovu manželku. V tomto případě je „toužím po této osobě“ přetvořeno na „Tato osoba touží po mně“. Podobně je tomu u lidí, kteří mají předsudky vůči určité rasové nebo etnické skupině. Bez váhání připisují své vlastní hostilní impulzy „jim“.

■ **Reaktivní výtvar** se týká přetvoření nepřijatelných pocitů v jejich opak. Někdo, kdo se chvástá může maskovat pocity neschopnosti. Stejně tak nenávisť může být přeměněna na lásku, smutek v radost. V porovnání s opravdovými pocity je reaktivní výtvar často zveličený. Příkladem může být matka, která přehnaně projevuje lásku nechtěnému dítěti, ke kterému tajně cítí odpor, školák, který se posmívá dívce, která se mu líbí, bojovník proti pornografii, který je hluboko uvnitř vzrušen materiálem zobrazující sex a výřečný aktivista proti gayům, který bojuje, aby zamaskoval své vlastní homosexuální impulzy.

■ **Racionalizace** se projevuje tehdy, když se snažíme omluvit chyby a nedostatky. V Ezopově bajce liška nechce hrozny, na které nemůže dosáhnout, „s tím, že je kyselé“ – používá racionalizaci. Stejně tak racionalizaci užívají studenti se špatným prospěchem, kteří tvrdí, že jim vlastně na známkách nezáleží, hráči, kteří ospravedlňují své obrovské prohry jako cenu za zábavu a odvržení milenci, kteří hledají chyby na těch, kdo je odmítli.

■ **Sublimace** je postup, při kterém jsou potlačené touhy z id převedeny do sociálně přijatelných náhradních projevů. Freud to považoval za nejzdravější obranný mechanismus, protože reprezentuje skutečný kompromis mezi id, egem a superegem. Osoba se svíravými hostilními impulzy může nacházet uspokojení tak, že se stane chirurgem, hráčem fotbalu nebo kritikem. Podobně osoba může sublimovat sexuální potřeby tím, že poslouchá druhé jak o sexu mluví nebo skrze hudbu, umění, tanec a jiné aktivity. Freud věřil, že největší úspěchy lidstva pramení ze sexuálních a agresivních energií. Tvrdil např. že Leonardo da Vinci namaloval slavnou *Monu Lisu* jako sublimaci své potřeby intimního vztahu s matkou, od které byl oddělen v raném věku. Pokud jde o jiné muže, verše staré písně naznačují, jak dosáhnout náhradního uspokojení potlačených oidipovských tužeb: „Chci dívku, která by byla přesně jako dívka, kterou si vzal můj drahý, starý otec!“

FREUDŮV ODKAZ

Freud se narodil a vyrostl v prudérní viktoriánské době, proto jeho teorie byla brána skepticky. Nevědomé konflikty, sny, vtipy a přeřeknutí, které mají skrytý význam, erotické impulzy, které vzrušují nevinné novorozeně, vytěsnění a jiné obranné mechanismy, které nás chrání před „rozpadem“ – to vše se zdálo příliš divoké. Přesto je Freudův odkaz pozoruhodný. Jak uvidíme, jeho idea podnítila vznik dalších psychoanalytických teorií a zcela nové kategorie testů osobnosti. Freud také poskytl psychologům s odlišným teoretickým zaměřením něco, do čeho se mohou strefovat – a na čem mohou stavět.

Neofreudiáni Navzdory své kontroverznosti vytvořil Freud teorii, která ihned zaujala skupinu jeho následovníků, mnoho z nich vytvořilo konkurenční teorii. Ale nemyt se, i ti, kteří s ním nesouhlasili, byli psychoanalyticky zaměřeni. Následovali Freuda, předpokládali, že nevědomé faktory hrají v životě hlavní roli, že lidé potřebují vyřešit vnitřní konflikty a že osobnost se formuje v raném dětství. Hlavním problémem byl – a pro mnoho z nich stále je – Freudův důraz na s-e-x jakožto hrací sílu.

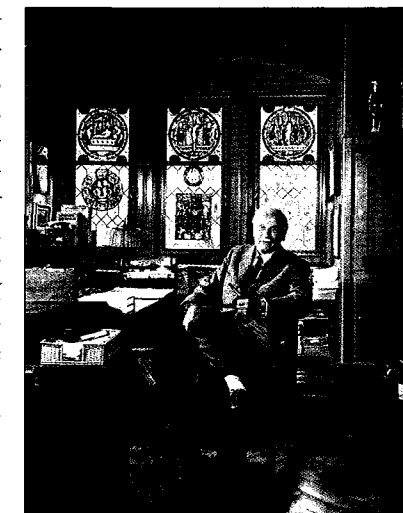
Carl Jung byl Freudovým oblíbencem, byl to jasný dědic trůnu psychoanalýzy. Jenže Jung (1928) si stěžoval, že Freud vidí mozek jako „přívěsek genitálií“ a požadoval změnu teorie dvěma způsoby. Zaprvé, Jung trval na tom, že nevědomí obsahuje nejen potlačený materiál ze života jednoho člověka, ale také univerzální symboly a vzpomínky z naší, po předcích děděné, minulosti – dědičné **kolektivní nevědomí**. Jung tvrdil, že proto se tolik lidí narodí s iracionálním strachem z hadů; proto nás tak přitahuje oheň, voda, vítr a jiné přírodní živly; a proto se určité společné motivy objevují v legendách a mýtech různých kultur po celém světě. Druhý Jungův posun byl v tom, že se zaměřil na vývoj osobnosti. Souhlasil s tím, že lidé usilují o uspokojování svých biologických potřeb. Ale také ve svých čtyřiceti letech pocítil, že procházíme určitým přechodem ve středním věku, období, během kterého je mladistvé a energické uspokojování biologických potřeb vystřídáno hlubšími, intelektuálněji, dokonce i spirituálními zájmy. Junga zajímalo, jak pokračuje vývoj osobnosti v dospělosti.

Druhým významným teoretikem v rámci Freudovy skupiny byl Alfred Adler. Stejně jako ostatní měl i Adler lékařské vzdělání. S Freudem se rozešel, protože se domníval, že osobnost více formují sociální konflikty než sexuální napětí. Podle Adlera (1927) se všichni lidé v prvních pár letech života cítí být malými, bezmocnými a slabými, tyto symptomy nazval komplexem méněcennosti. Následkem toho se jak rosteme snažíme nevědomě kompenzovat tyto pocity a usilujeme o moc, nadřazenost, zatímco se v tom samém čase zajímáme o blaho druhých. Adler se domníval, že Freud byl tak zaměřený na trojúhelník vztahů mezi matkou, otcem a dítětem, že zcela opominul jiné rodinné vlivy. Adler napsal např. o tom, jaký má na člověka vliv, zda je prvorozený, prostřední nebo nejmladší ze sourozenců a zavedl termín *sourozenecká rivalita*.

Pozdější generace psychoanalytických teoretiků se buď považovala za klasické freudiány (Brenner, 1982), nebo rozšířili teorii ve dvou směrech. Jedna skupina následovala Adlerův směr zdůrazňováním toho, že lidé jsou z podstaty sociální bytosti. Erich Fromm (1941) tvrdil, že západní civilizace opustila kastový systém, lidé se cítí svobodnější a nezávislejší, ale také více izolovaní. Fromm prohlásil, že nevědomě hledáme „útěk ze svobody“ tím, že se zamilujeme, uzavřeme sňatek, máme děti, jsme členy náboženských skupin a následujeme silné vůdce. Navrhl, že to, co odlišuje jednotlivce od ostatních, jsou způsoby, jakými vyřeší spor mezi svobodou a uniformitou. Stejně tak Karen Horneyová (1945) tvrdila, že všichni lidé potřebují lásku a bezpečí a jsou velmi úzkostní, pokud se cítí izolováni a sami. Podle Horneyové lidé úzkost zvládají různými způsoby: někteří jsou nevědomě hnáni k tomu, aby milovali, jiní aby se báli a další aby byli obdivováni. Cílem je stále uspokojit potřeby, které jsou však sociální, ne biologické.

Druhá skupina psychoanalytiků známých jako ego-psychologové akcentují roli ego v osobnosti. Pro Freuda ego existovalo, aby požadovalo přizpůsobování id a neustále fungovalo v mezích reality, uklidňovalo superego a zahánělo úzkost pomocí obranných mechanismů. Ale podle Freudovy dcery Anny Freudové, Heinze Hartmanna, Davida Rapaporta, Erika Eriksona a jiných teoretiků je ego víc než jen chytrý asistent id. Z jejich pohledu ego existuje již při porodu, je stejně „základní“ jako id a je důvodem proč jsou lidé stejně tak hloubaví jako vášniví. Toto ego pomáhá organizovat naše myšlenky, pocity a vzpomínky a vede nás k tomu, abychom rostli a věnovali se kreativním činnostem kvůli potěšení, nejen kvůli redukci napětí. Ego psycholog Robert White (1975) řekl, že „lidé na začátku mají instinktivní touhy, díky kterým chtějí vyrůst.“

Projektivní testy osobnosti Psychoanalýza je založena na předpokladu, že významné části lidské osobnosti jsou uzavřeny v nevědomé části mysli. Znamená to, že člověk nemůže někoho opravdu poznat tak, že mu bude klást přímé otázky. Aby našel klíč k těmto osobním tajemstvím, zkoušel Freud hypnózu, metodu volných asociací a interpretaci snů – „královskou cestu do nevědomí“. Je možné prozkoumat mysl bez psychoterapie? Při hledání cesty do nevědomí psychoanalytičtí výzkumníci a praktici vytvořili tzv. **projektivní testy**. V projektivním testu lidé reagují na neurčité podněty – slova mimo



Carl Jung



Alfred Adler

kolektivní nevědomí Jak tvrdil Jung, je to druh paměťové banky, která ukládá obrazy a myšlenky, které lidé nashromáždili v průběhu evoluce.

projektivní testy Psychoanalytické osobnostní testy, které umožňují lidem „projikovat“ nevědomé potřeby, přání a konflikty do neurčitých podnětů.



Obr. 15.3 Ukázka tabule z Rorschachova testu Podle psychoanalyticky orientovaných psychologů to, co vidíte v této inkoustové skvrně – a jak to vidíte – lze využít k posouzení vaší osobnosti.

kontext, nedokončené věty, inkoustové skvrny, neurčitý obrázek. Stavěli na předpokladu, že jestliže podnět nemá konkrétní význam a lze jej interpretovat množstvím různých způsobů, pak cokoli, co lidé vidí, musí být projekce vlastních potřeb, přání, nadějí, strachů a konfliktů.

Nejrozšířenějším projektivním testem je **Rorschachův test**, vytvořený v roce 1921 švýcarským psychiatrem Hermannem Rorschachem. Obsahuje sadu „tabulí“ (karet) se symetrickými inkoustovými skvrnami, některé tabule jsou barevné, jiné černobílé. Podívejte se na skvrnu na obr. 15.3. Co vidíte? Je to muž s pivním břichem a má na krku motýlka? Dva netopýři visící na zdi? Dvě ženy ohnuté nad hrncem? Převrácená žába? Předložka z medvědí kůže? Motýl? Jak vidíte, takový podnět vyvolá mnoho různých interpretací. Můžete vidět lezoucí hmyz, zvířata, lidi, pohlavní orgány nebo zbraně nebo jiné neživé věci. Můžete vidět jeden velký obraz nebo možná rozložíte skvrnu do mnoha menších obrazů. Ve skutečnosti examinátora nezajímá pouze to co vidíte, ale i váš přístup k úkolu – zda potřebujete na jednu tabuli dvě sekundy nebo pět minut; zda jste citlivější na tvar nebo na barvu; a zda obrazy, které popisujete, jsou běžné nebo ne. Nezapomenu, jak se moje spolužačka na vysoké škole učila pracovat s Rorschachem v rámci svého klinického tréninku a použila mě jako „pokusného králíka“. Po sérii černobílých skvrn otočila kartu se světlou, barevnou skvrnou. „Jé, krása!“ byla má okamžitá reakce, přičemž má přítelkyně povytáhla obočí a něco si rychle poznamenala. Později jsem se dozvěděl, že ne každý reaguje na barvu jako já – že má živá reakce znamenala, že jsem emocionální člověk.

Během let se vyvinulo mnoho složitých systémů skórování Rorschacha, který se stále hojně používá v klinické praxi. Kritici říkají, že existují dva problémy. Prvním je že není dostatečně reliabilní, což znamená, že dva examinátoři často vyvodí rozdílné závěry ze stejné série odpovědí. Druhým je, že test není dostatečně validní, což znamená, že špatně rozlišuje mezi skupinami různých osob. V ostré kritice Robyn Dawes (1994) nazvala Rorschachův test podřadným nástrojem a tvrdila, že to „není validní test čokoliv“ (str. 146).

Navzdory této kritice jsou Rorschachovi uživatelé stále sofistikovanější s použitím předchozích výzkumů John Exner ml. (1993) vyvinul počítačový skórovací systém. Studie ukázala, že obecně platí, že reliabilita i validita jsou vyšší než v minulosti (Parker a kol., 1988) – ale že jejich úroveň je stále nižší než u „objektivních“ testů, které si popíšeme později (Garb a kol., 1998). Nicméně podle mnoha uživatelů Rorschachova testu umí zkušení examinátoři použít test tak, aby rozuměli tomu, jak lidé myslí a aby prozkoumali hlubiny osobnosti, které se neobjeví v dotaznících, rozhovorech nebo pozorování chování (Exner, 1996). Do dnešního dne jsou výzkumníci rozděleni ve svých názorech a neustále debatují o hodnotě tohoto testu inkoustových skvrn v měření osobnosti (Hunsley & Bailey, 2001; Meyer & Archer, 2001; Wood a kol., 2002).

Druhou populární projektivní metodou je **tematický apercepční test** neboli **TAT**, vytvořený Henry Murrayem. V roce 1938 Murray formuloval teorii osobnosti, která dělí lidi podle druhů potřeb, které motivují jejich chování – jako je potřeba moci, úspěchu, péče a afiliace. V kapitole 11 jsme v diskusi o motivaci k úspěchu viděli McClellandovu práci. S nejednoznačnými obrázky. Murray ke zkoumání motivů vymyslel sadu kreseb postav v neurčitých situacích (plus jednu kartu prázdnou, dokonalý projektivní test!) a vyzval osoby, aby vyprávěly příběh o „hrdinovi“. Podívejte se např. na obr. 15.4. Co se na něm odehrává? Co to je za postavy a jaký je mezi nimi vztah? Co předcházelo této situaci a jak se bude vyvíjet? Vidíte, že možnosti jsou neomezené – jako prázdná stránka, která čeká na váš osobní podpis. Když jsem naposled ukazoval tuto kartu svým studentům, obdržel jsem velké množství příběhů. Některé tvrdily, že žena v šátku je dívka matka a je znepokojená dečtinou volbou manžela nebo kariéry nebo tím, že je ve skutečnosti lesbička. Jiné říkaly, že dívka se dívá do zrcadla, vidí sebe jako starou ženu, osamělou a bez rodiny. Další říkaly, že mladá žena se zlobí na svou matku, která vyhnala jejího otce z domu.

TAT je založen na předpokladu, že lidé se identifikují s hrdinou a projikují své vlastní potřeby do odpovědí. Pokud někdo stále dokola vypráví příběh

o ztrátě milované osoby, odporu vůči autoritě, o snaze dosáhnout úspěchu nebo o strachu z odmítnutí, je pravděpodobné, že takové téma je pro něj důležité. Stejně jako Rorschachův test byl i TAT kritizován pro nízkou úroveň reliability a validity (Anastasi & Urbina, 1997). V té stejné době byly určité TAT obrázky hodnověrně použity k identifikování specifických motivů a k predikci chování. Např. lidé, jejichž příběhy v TAT vykazovaly vysokou *potřebu intimity* spíše než nízkou, častěji mysleli na své sociální vztahy a strávili více času mluvením, usmíváním se a udržováním očního kontaktu během konverzace (McAdams a kol., 1984). Naproti tomu lidé, jejichž příběhy vykazovaly spíše vyšší než nižší *potřebu úspěchu* si stanovovali reálné cíle, lépe čelili neúspěchu a byli úspěšnější v práci a více se radovali z úspěchu (Atkinson, 1957; McClelland, 1985; Spangler, 1992). Ne všechny TAT karty aktivují potřeby jedince, ale když to udělají, vymyšlené příběhy, které lidé říkají, témata, která vyzdvihnou, odkrývají jejich osobnost (Cramer, 1996; Gieser & Stein, 1999; Tuerlinckx a kol., 2002).

Současný pohled na psychoanalýzu V roce 1993 měl magazín *Time* na obálce obrázek Sigmunda Freuda se třemi slovy: „Je Freud mrtev?“ Je to více než sto let kdy Freud začal skládat kousky psychoanalýzy, teorie, která změnila směr psychologie jako vědního oboru. Je zbytečné říkat, že Freud a jeho kolegové vždy přitahovali svou část kritiky, posun ve výzkumu v psychologii nás vede k tomu, že modifikujeme nebo odmítáme určitá tvrzení a jiná přijímáme. Dodnes je Freud stále předmětem analýz, sporů a biografii, (Breger, 2000; Gay, 1988).

Kritika psychoanalýzy se ubírá třemi hlavními směry. Jedním z nich je to, že jako teorie osobnosti vykresluje příliš neradostným způsobem lidskou přirozenost. Bylo dost nepřijemné, když Koperník vyvrátil mýtus o tom, že země je středem vesmíru a když Darwin řekl, že lidé pocházejí z opice. Ale když Freud prohlásil, že jsme řízení, dokonce už jako nemluvířata, chlípnu, incestní touhou a antisociálními agresivními impulzy a že jsme všichni vydáni na milost a nemilost nevědomým silám mimo naši kontrolu, někteří cítili, že zašel příliš daleko. Teorie byla jednoduše pro mnoho lidí příliš pesimistická, než aby ji mohli akceptovat. Před první světovou válkou fyzik Albert Einstein napsal Freudovi a zeptal se ho, zda si myslí, že se válce lze vyhnout. Freud odepsal na čtrnácti stránkách. Základem jeho odpovědi bylo *ne*, válka je nevyhnutelná.

Druhá výtky vůči psychoanalýze je, že není dostatečně přijatelná pro standardy vědy. Freud celou svoji teorii založil na pozorováních, která uskutečnil na svých pacientech ve Vídni, tedy jen stěží reprezentativním vzorku osob. Pokračoval v tom, že použil teorii k vysvětlování rodinné dynamiky, duševních chorob, lásky a přitažlivosti, homosexuality, války, náboženství, sebevraždy, zločinu a trestu a směru, kterým se ubírala historie lidstva. Samozřejmě, vysvětlovat něco, co se již stalo, je snadné, stejně jako si vsadit na koně po závodě. Ale umí Freudova teorie předpovídat události dopředu?

Kritikové říkají *ne*, což vede ke třetí výtce vůči psychoanalýze: důkladně kontrolovaný výzkum v psychoanalýze selhává v mnoha ohledech. Jeden důležitý příklad se týká předpokladu, že osobnost je zcela utvořena v prvních několika letech života. Ve světle dnešních výzkumů víme, že ačkoliv jsou ranné dětské zkušenosti formativní a jejich vliv může přetrvávat, vývoj je celoživotní proces (viz kapitola 9). Freudova teorie, že konflikty v dětství způsobují, že lidé jsou fixováni v určitém psychosexuálním stadiu, také časem neobstála. Výzkum ukázal, že ačkoliv lze identifikovat orální, anální nebo falický typ osobnosti, nevznikají nutně z obtíží prožitých během odstavení, tréninku čistoty, masturbace nebo jiných psychosexuálních zážitků. Dokonce i oidipovský komplex, jeden z hlavních bodů Freudovy teorie vývoje, má jen malou podporu. Mladí chlapci a dívky často upřednostňují rodiče opačného pohlaví a identifikují se s rodičem stejného pohlaví – ale existuje jen málo důkazů o kastracní úzkosti, závislosti penisu nebo jiných sexuálních motivech (Fisher & Greenberg, 1977; Daly & Wilson, 1990).

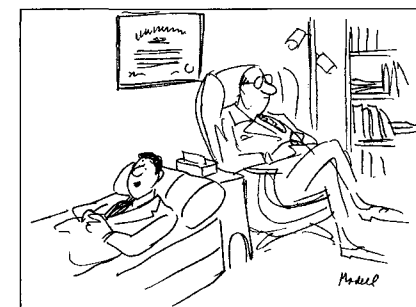
Takže je Freud mrtvý? Jako osoba ano, ale jeho vliv zřejmě není – což vedlo Drew Westena (1998) k poznámce, že Freud je „opakovaně pohřbená lež na chabých základech“ (str. 333). Ve své klasické podobě má psychoana-



Obr. 15.4 Ukázka obrázku TAT Tento neurčitý obrázek se používá v tematickém apercepčním testu Otištěno se svolením vydavatelství Henryho A. Murraya, THEMATIC APPERCEPTION TEST, Cambridge, Mass.: Harvard University Press, © 1943 by the President and Fellows of Harvard College, © by Henry A. Murray.

Rorschachův test Projektivní test osobnosti, při němž jedinec uvádí, co vidí v předkládaných inkoustových skvrnách.

Tematický apercepční test (TAT) Projektivní test osobnosti, při kterém lidé mají vyprávět příběhy o řadě nejednoznačných obrázků.



„A pak se sám sebe ptám, pokud s ní chci opravdu mluvit, proč pokaždé zapomenu nejdřív vytočit 1?“

lýza nedostatky a relativně málo přívrženců. Ale mnoho jejích pojmů pohltit hlavní proud v psychologii – nemluvě o lidové kultuře – který je živý a neustále inspiruje vznik nových teorií a výzkumů. Mnoho badatelů věří, že současné pokroky v neurovědách mohou odhalit biologické základy některých Freudových idejí (Kandel, 1999).

Jako lékař Freud pomáhal přesvědčit svět, že duševní choroby jsou často psychologického, ne medicínského původu. Jako osobnostní teoretik upozornil na hluboký význam vazby mezi rodiči a rostoucím malým dítětem, na mocné nevědomí plné vnitřního zmatku a na náš arzenál iracionálních mechanismů zvládnání. Teorie může načrtnout nelichotivý portrét, psychoanalytikové to připouští, ale někdo musí připustit temná místa lidské přirozenosti, aby se s nimi mohl vypořádat. Freud měl odvahu odhalit tuto naši stránku a proniknout pod povrch našeho chování.

Pravděpodobně nejtřvlejší Freudovou ideou je jeho přirovnání mysli k ledovci. Dnes prakticky každý souhlasí s tím, že nevědomí je rozsáhlé a důležité – a že lidé si jen omezeně uvědomují, proč dělají to, co dělají, co si vlastně myslí, co cítí a jak se chovají (Singer, 1990. Avšak psychologové se různí v názoru na povahu lidského nevědomí. Někteří trvají na tom, že obsahuje myšlenky, přání, impulzy, vzpomínky a jiné informace, které jsou aktivně blokovány mimo vědomí z osobních důvodů (Erdelyi, 1992; Bowers & Farrowden, 1996). Jiní tvrdí, že nevědomí obsahuje nevinný materiál, kterému se nevěnuje pozornost nebo je jinak zapomenut z ryze kognitivních důvodů (Greenwald, 1992; Kihlstrom a kol., 1992).

Jak jsme viděli v předchozích kapitolách, psychologové dnes horlivě studují široký rozsah nevědomých procesů jako je vnímání bez uvědomění, implicitní učení a paměť, podprahové vlivy a implicitní sociální stereotypy. Dva směry v současném výzkumu ilustrují životaschopnost Freudových pozorování ohledně moci nevědomých sil. V jedné sérii experimentů Susan Andersen a Michele Berk (1998) objevily, stejně jako to pozoroval Freud, že pokud nám někdo, koho poprvé potkáme, připomíná někoho významného v našem životě, neuvědoměle „přeneseme“ naše pocity z významné osoby na novou osobu – a předpokládáme, že on nebo ona jsou významné osobě podobní. V jiné sérii experimentů Tom Pyszczynski, Jeff Greenberg a Sheldon Solomon (1999) objevili, že pokud konfrontujeme osoby s myšlenkami na smrt – zdrojem úzkosti, o kterém psal Freud – stávají se tyto předmětem jejich obranných procesů, zoufale se snaží potlačit myšlenky na svou vlastní smrtelnost. Podle jejich provokativní *teorie řízené hrůzy* je tento hluboko zakořeněný strach ze smrti motivuje k tomu, aby se viděli jako hodnotní členové společnosti, aby viděli svůj vlastní, kulturně podmíněný pohled na svět jako dobrý a správný, a aby opovrhovali a měli předsudky vůči těm, kteří jsou jiní.

To nás vede k druhému trvalém odkazu Freudovy teorie: jeho analýze obranných mechanismů. Freud na základě vytěsnění, které se projevovalo u mnoha jeho pacientů, argumentoval, že lidé zkreslují realitu, aby zažehnali úzkost. Výzkum ukazuje, že měl absolutní pravdu. Někteří z nás jsou možná v zajetí obranných mechanismů více než jiní, ale každý má iluze o sobě samém. Vidíme sami sebe nadneseně, přehnaně kontrolujeme nekontrolovatelné události, srovnáváme se s jinými, kteří nejsou tak šťastní a přemýšlíme o své vlastní budoucnosti optimističtěji než bychom měli – a tyto iluze nám mohou pomoci zvládat nepřízně osudu (Taylor & Armor, 1996). Uvedené formy zvládnání jsou mnohem více obrannými mechanismy než ty, které popsal Freud (Baumeister a kol., 1998; Cramer, 1998). Phebe Cramer (2000) poznamenala, že Freudův pohled na nevědomé obranné mechanismy je dnes v psychologii podpořen mnoha výzkumy pozornosti, myšlení, citění, paměti a zvládnání bez uvědomění. Tato část Freudovy teorie má objasnit některé z nejvíce iracionálních a nejstrašnějších činů lidstva. Např. Robert Jay Lifton (1986) vedl rozhovory s dvaceti osmi nacistickými doktory, kteří napomáhali zavraždit miliony lidí v koncentračních táborech během druhé světové války, a zjistil, že tito lidé „uklidili stopy v psychice“ za popření, racionalizaci, „psychickou otupělost“ a jiné nevědomé formy sebeklamu.

Pokud by Freud žil, Liftonova analýza nacistických doktorů by se mu líbila. Freud sám utekl z Vídně, když nacisté vtrhli do jeho rodného města. Umřel

v roce 1939 v Londýně, ve věku osmdesáti tří let. O šestnáct let později mu byla ve Vídni odhalena socha na nádvoří univerzity, v místech, kudy chodil jako student. Je na ní nápis: „Sigmund Freud: ten který rozluštil proslulou záhadu a byl mužem nejmocnějším.“

SOCIÁLNĚ-KOGNITIVNÍ PŘÍSTUP

- *Jaké principy učení položily základy alternativního přístupu k osobnosti?*
- *Co je to místo kontroly (locus of control), a v čem se liší internalisté a externalisté?*
- *Co to je reciproční determinismus?*

V porovnání s psychoanalýzou je **kognitivní teorie sociálního učení** přístupem, který na osobnost nahlíží jako na produkt nepřetržité interakce mezi osobami a jejich prostředím. Tato teorie má kořeny v behaviorálních principech klasického a operantního podmiňování, teorii sociálního učení a v kognitivní psychologii. Pojďme si nastínit vývoj tohoto druhého důležitého přístupu.

PRINCIPY UČENÍ A CHOVÁNÍ

V době, kdy se vyvíjela psychoanalýza v Evropě, formovalo se druhé hnutí v laboratořích se zvířaty v USA a v Rusku. V tom čase výzkumníci se zvířaty objevovali některé důležité principy učení a rozvíjeli nový svět behaviorismu – vědeckého přístupu v psychologii, který se zaměřil na environmentální determinanty pozorovatelného chování. Pro tvrdé jádro behavioristů byla osobnost nevědeckým výmyslem freudiánské představitosti. Přesto behavioristé popřeli vědecké studium chování tím, že přemýšleli o vnitřních stavech „mysli“. Jak jsme viděli dříve v této knize, prvním mluvčím tohoto hnutí proti psychoanalýze byl John Watson, jehož vzkaz byl hlasitý a jasný:

Dejte mi tucet zdravých nemluvnat, dobře vyvinutých, a přesně určené místo, kde bych je vychoval a já vám ručím za to, že z jednoho po druhém náhodně vychovám jakéhokoliv odborníka – doktora, právníka, umělce, obchodníka a ano, dokonce i žebráka a zloděje, bez ohledu na jeho talent, sklony, tendence, schopnosti, poslání a rasu jeho předků. (1925, str. 104)

Ve stejné době, kdy Freud napsal svoji klasickou knihu o snech, výzkumníci se zvířaty objevili pět jednoduchých významných principů učení: klasické podmiňování, operantní podmiňování, generalizace podnětu, diskriminace a vyhasínání (podrobněji jsou popsány v kapitole 5).

První, klasické podmiňování bylo založeno na objevech Ivana Pavlova; psi v jeho laboratoři začali slinit před tím, než byli nakrmeni, neboť očekávali jídlo, které posléze dostali. Opakovaným zazvoněním na zvonek předtím, než dostali jídlo, Pavlov objevil, že nakonec psi začali slinit ve chvíli, kdy uslyšeli zvonek. Zvířata tudíž byla trénována reagovat na neutrální podnět, který byl spojen s jídlem. Jídlo bylo nepodmíněným podnětem, který vyvolal přirozenou reakci. Druhým hlavním principem bylo operantní podmiňování, které poprvé popsal Edward Thorndik. Organismus opakuje chování, které je odměňováno. Thorndike pracoval s kočkami, později i s lidmi a objevil, že jakékoliv řešení, které bylo pro osobu účinné v určité situaci, je pak osobou zkoušeno i v situaci jiné. O pár let později B. F. Skinner zkoumal účinky zpevnování na chování tak, že trénoval krysy, aby zmáčkly páčku a holuby, aby klovali do klapky a tím získali jídlo.

Výzkumníci jak klasického, tak i operantního podmiňování dospěli souběžně k objevům relevantním pro studium osobnosti. Prvním byla generalizace podnětu, princip, že jak je jednou reakce naučena v jedné situaci, lze ji vyvolat i v jiných, podobných situacích – jako když Pavlovovi psi slinili při tónech, které byly podobné, ale ne stejné jako původní podmíněný podnět. Druhým, opačným principem byla diskriminace: naučená tendence rozlišovat mezi podmíněným podnětem a jinými podněty – jako když se dítě učí, že

KONTROLNÍ OTÁZKY

- *Definujte přenos, volné asociace a vytěsnění.*
- *Popište tři části osobnosti tak, jak je popsal Freud.*
- *Stručně popište psychosexuální stadia vývoje osobnosti. Jakou roli hraje v tomto modelu fixace?*
- *Jaký smysl má obranný mechanismus? Popište různé obranné mechanismy.*
- *Jak neofreudiáni rozvedli tradiční Freudovu teorii?*

vztekaní platí na rodiče, ale ne na učitele nebo kamarády. Třetím principem je vyhasínání, tendence podmíněné reakce slábnout, pokud není zpevňována. Pavlovovi psi nakonec přestali slinit na zvonek, pokud delší čas po zazvonění zvonku nenásledovalo maso, a Skinnerova zvířata přestala mačkat tlačítka, pokud za to nezískala potravu.

Tyto principy učení a chování byly významnými objevy pro psychologii, nové vědy o chování. Ale co mají společného slinící psi, kočky v bludišti a klovající holubi s osobností? V prvním pokusu odpovědět tuto otázku John Watson a Rosalie Rayner (1920) provedli dobře známou, ale eticky pochybnou demonstraci. Jak si možná pamatujete z kapitoly 5 Watson a Raynerová dali dohromady jedenáctiměsíčního chlapce jménem Albert a neškodnou bílou krysu. Poté opakovaně silně zatroubili pokaždé, když se chlapec dotkl krysy. Brzy byl ubohý Albert vyděšený nejen z krysy, ale i z králíků, psů a bílého kožešinového pláště. Watson popichoval Freuda a jeho následovníky tím, že prohlásil, že jednoho dne psychoanalytik potká muže jménem Albert, který bude mít fobii z kožešinových kabátů, analyzuje jeho sny a usoudí, že jeho strach je spojen s káráním, kterým ho častovala jeho matka s bílými vlasy. Takové jsou nástrahy nevědeckého přístupu k osobnosti, řekl Watson. Při pohledu zpět Mark Rilling (2000) zaznamenal zajímavý paradox: přestože byl Watson přesvědčeným antifreudiánem, psychoanalýzu popularizoval a byl průkopníkem vědeckého studia jejích konceptů.

Skinner navázal tam, kde Watson skončil a stal se nejlivnější a nejhroli- vějším zastáncem behaviorismu. Poprvé použil termín *operantní podmínování*, studoval různé druhy posilování a popsal, jak mohou být tyto principy využity k socializaci dětí, zlepšení pracovní produktivity, potlačení poruch chování a vytvoření lepší společnosti. Skinner zastával názor, že osobnost není nic víc, než soubor získaných vzorců chování a – pokud je to nutné – upravených jedinečnou historií každé osoby.

TEORIE SOCIÁLNÍHO UČENÍ

Přestože Skinner nabídl změnu oproti psychoanalýze, pro mnoho psychologů bylo jeho zaměření na chování příliš zúžené a odmítli jeho neochotu zabývat se myšlením, pocity, motivací, bohatostí a strukturou lidské osobnosti. Nakonec se behaviorismus rozšířil, a to dvěma způsoby. Začneme s teorií sociálního učení, přístupu, který zkoumá sociální a kognitivní faktory týkající se učení a vývoje osobnosti. Hlavními představiteli byli Albert Bandura, Julian Rotter a Walter Mischel.

První problém spočíval v tom, že lidé si často osvojí nové vzorce chování bez osobní zkušenosti s odměnou a trestem. Podle Bandury (1977) se lidé učí pozorováním a napodobou druhých v procesu zvaném **modelování**. Např. děti přebírají to, co rodiče říkají a jak se chovají, zajímají je TV postavy a sportovní hrdinové a napodobují vrstevníky, které obdivují. Výzkum ukazuje, že modelování probíhá ve více krocích: díváme se, učíme se a uchováváme v paměti (učení). Jestliže jsme poté způsobilí a motivovaní, a pokud nastane pravý čas, napodobujeme (výkon). Bandura nás upozornil, že učení se odehrává v sociálním kontextu a že lidé se mohou naučit být agresivní, nápomocní, bázlívi, morální atd. pozorováním druhých (viz kapitola 5).

Druhým důležitým rozšířením behaviorismu bylo zkoumání toho, jak naše myšlenky mohou ovlivňovat účinky zpevnění na chování. Skinner trval na tom, že chování je determinováno aktuálním náhodným zpevňováním, ale Julian Rotter (1954) tvrdil, že opravdu důležité je, jak chápeme, interpretujeme a hodnotíme odměny v našem životě. Podle Rottera je lidské chování v určité situaci determinováno dvěma obecnými faktory: (1) našimi subjektivními *očekávaními*, díky kterým bude určité chování posíleno a (2) *hodnotou* tohoto posílení pro nás. Pokud očekáváte, že čtení zbytku této knihy vám pomůže naučit se psychologii a zkvalitní vám život, budete číst dál. Pokud neočekáváte, že se něco z této knihy naučíte nebo vám na tom až tak nezáleží, bude toto možná poslední odstavec, který čtete. Co se týče osobnosti, Rotter a jeho kolegové (1972) objevili, že se lidé liší jak v míře kontroly, kte-

modelování Proces sociálního učení, při kterém je chování pozorováno a napodobováno.

rou očekávají, že budou mít nad svým životem, tak v tom, k čemu v životě chtějí dospět a co má pro ně hodnotu.

Walter Mischel (1973) rozvedl Rotterův model a navrhl *sociálně-kognitivní teorii učení*. Podle Mischela je důležité brát v úvahu pět „osobnostních proměnných“, abychom porozuměli tomu, jak lidé interagují se svým prostředím. Tyto osobnostní proměnné jsou (1) *kompetence* – naše duševní a fyzické schopnosti a tvůrčí talent, vše, co ovlivňuje to, o co se snažíme a co umíme; (2) *strategie kódování* – jak zpracováváme informace o jiných lidech a situacích (např. zda máme sklon hodnotit druhé v termínech jako je inteligence, přátelství, síla nebo podle fyzického vzhledu); (3) *očekávání* – naše přesvědčení o příčinách úspěchu a neúspěchu a jiných možných následcích našeho jednání (existují dva typy očekávání: zda se můžeme zachovat určitým způsobem a zda bude toto chování posíleno); (4) *subjektivní hodnocení* – určitý výsledek může pro nás být větší nebo menší odměnou (např. podle toho, zda usilujeme o lásku, bezpečí, respekt nebo o dominanci); (5) *seberegulační systémy* – naše schopnost stanovit si cíle, kontrolovat a zhodnotit náš růst, odložit naše potřeby krátkodobého uspokojení a plánovat do budoucna.

Seberegulace je důležitou, vysoce adaptivní osobnostní proměnnou. Po letech výzkumu Mischel a jiní (1989) objevili, že předškoláci, kteří v laboratoři dokážou odložit uspokojení, řekněme v očekávání větší, ale oddálené odměny, budou více kompetentní, zdvořilejší, rozvážnější a lépe se vyrovnají se skutečnou frustrací v pozdějším životě. U mnoha dětí ve druhé třídě ochota počkat na dva bonbony – raději než dostat jeden ihned – predikuje jejich skóre v SAT testu (School Aptitude Test – test školních schopností) na vysoké škole. Metcalfe a Mischel (1999) tvrdili, že k uplatnění takové sebekontroly a síly vůle se musíme naučit používat různé kognitivní strategie, které nám umožní přemoci impulzy, které nás lákají pryč od dlouhodobých cílů. Jedním způsobem, jak toho dosáhnou, je pracovat na nějakém úkolu, spíše než pasivně čekat na budoucí odměnu. Ve studii předškolních chlapců a dívek výzkumníci objevili, že ti, kteří měli za úkol krmit malého ptáčka, zatímco čekali na skvělou, ale opožděnou odměnu, byli trpělivější a ochotnější počkat (Peake a kol., 2002).

Místo kontroly Podle kognitivní teorie sociálního učení není lidské chování ovlivňováno aktuálními zpevňováními, jak tvrdil Skinner, ale naším vnímáním kontroly. Zamyslete se nad tím. Existuje spojení mezi tím, jak těžce studujete a známky, které máte, nebo jste hodnoceni svévolně? Je důležitá náročná práce a vytrvalost nebo jen stačí být jednoduše ve správný čas na správném místě? Může jeden člověk ovlivnit politiku vlády nebo globální konflikty, nebo jsme my všichni vydáni na milost a nemilost mocným vůdcům? A co kvalita vašeho zdraví, přátelství a finanční úroveň – máte je pod kontrolou?

Podle Rottera (1966) se jednotlivci liší ve svém **místě kontroly**, které je definováno jako všeobecné očekávání kontroly zpevnění. Lidé s vnitřním místem kontroly (internalisté) věří, že sami řídí svůj osud. Lidé s vnějším místem kontroly (externalisté) cítí, že jsou vydáni na milost štěstí, osudu a silným druhým. Rotter pro posouzení těchto odlišných orientací sestavil I – E škálu (viz tabulka 15.1). Psychologové okamžitě zaujaly závěry, které plynou z vnitřního nebo vnějšího místa kontroly. Během let bylo publikováno několik stovek studií, v kterých byla použita I – E škála. Studium lidí různého věku, z různých kultur a různého etnického původu výzkumníci objevili, že internalisté ve srovnání s externalisty jsou více zvědaví, aktivní, pracovití a vytrvalí. Také častěji chodí na preventivní prohlídky k lékaři, hrají aktivnější roli v sociálních a politických záležitostech, mají dobré známky ve škole a jsou aktivnější ve zvládání stresujících životních situací (Lefcourt, (1982); Strickland, (1989); Rotter, 1990).

Pokud chcete vědět, zda jste internalista nebo externalista, podívejte se na šest položek I – E škály v tabulce 15.1. U každé položky zakroužkujte pís-



Internalistická orientace je adaptivní – výjimkou jsou situace, které skutečně nelze ovládnout.

místo kontroly Termín popisující očekávání, že jedincova zpevnění jsou obecně pod kontrolou vnitřních nebo vnějších faktorů.

TABULKA 15.1 Kdy se nejpravděpodobněji dostaví pomoc

1. a. Nezáleží na tom, jak se moc se snažíte, někteří lidé vás prostě nemají rádi.
b. Lidé, kteří neumějí jiné přimět k tomu, aby je měli rádi, nechápou, jak být společně s ostatními.
2. a. Jedním z nejvážnějších důvodů, proč jsou války, je to, že se lidé málo zajímají o politiku.
b. Vždy budou války, nezáleží na tom, jak se jim lidé snaží předejít.
3. a. Někdy nerozumím tomu, podle čeho učitelé známkují.
b. Existuje přímá souvislost mezi tím, kolik věnuji studiu a známkami, které dostanu.
4. a. Průměrný občan může ovlivnit rozhodnutí vlády.
b. Tento svět řídí pár mocných a normální člověk mnoho nenadělá.
5. a. Dosažení úspěchu závisí na tvrdé práci; štěstí s tím má málo nebo vůbec nic společného.
b. Získat dobrou práci závisí na hlavně na tom být ve správný čas na správném místě.
6. a. Většina lidí si neuvědomuje, v jakém rozsahu jsou jejich životy ovládnány náhodnými událostmi.
b. Neexistuje něco jako „mít štěstí.“

Zdroj: J. B. Rotter (1966). *Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. Psychological Monographs, 80 (Whole No. 609).*

meno (a nebo b), které nejlépe vystihuje váš názor. Máte bod za každou následující odpověď: 1 (a), 2 (b), 3 (a), 4 (b), 5 (b), 6 (a). Potom sečtete všechny získané body (0 – 6). Čím vyšší je váš skóre, tím větší jste externalisté.

I když se lidé liší ve svém místě kontroly, existují dvě důležitá upřesnění. První je, že je možné mít v některých životních situacích vnitřní orientaci, ale v jiných vnější. Podívejte se znovu na tabulku 15.1 a uvidíte, že I – E škála se ptá na očekávání kontroly v různých oblastech – včetně zdraví, vzdělání, kariéry, přátelství a vzdálených politických a sociálních událostí. Druhé upřesnění je, že jednotlivci se také liší v rozsahu, v jakém *chtějí* mít kontrolu. Některým z nás více záleží na tom, zda svoje rozhodnutí činí samostatně nebo se nechají ovlivnit druhými. Lidé se silnou touhou po kontrole – bez ohledu na to, zda ve svých očekáváních internalisté nebo externalisté – jsou snadněji stresováni a vyvedeni z rovnováhy v situacích, kdy se cítí bezmocní (Burger, 1991).

Je očekávání místa kontroly adaptivní? Na první pohled se zdá, že internalistická orientace je klíčem ke zdraví, úspěchu a emoční pohodě – a mnoho výzkumů toto tvrzení podporuje (Marshall, 1991). Např. ve výzkumu pacientů v domácí péči bylo 93 procent náhodně vybraných pacientů, kteří měli kontrolu nad drobnými denními záležitostmi, šťastnějších, aktivnějších a živějších při dalším testování o osmnáct měsíců později (Rodin, 1986). „Nepochybujte o sobě“ říkám svým dětem, „musíte si věřit, vzít život do vlastních rukou, otevřít dveře a věci uskutečnit. Jak se říká, odpovědnost je na...“ (ukážu na sebe). Ale počkat. Je internalistická orientace adaptivní *vždy* nebo existují okamžiky, kdy je lepší vidět životní zpevnění mimo naši kontrolu?

To je obtížná otázka, protože existují dvě výjimky z pravidla, že je lépe být internalistou než externalistou. Zprv, internalistická orientace může působit problémy, když přesně nerozlišujeme mezi skutečně kontrolovatelnými a nekontrolovatelnými událostmi. Např. lidé se zvýšeným smyslem pro kontrolu riskují ztrátu peněz hraním her s náhodnou výhrou (Langer, 1975). A oběti znásilnění nebo jiného zločinu mnohem více trpí, když se viní z neopatrnosti nebo že útok vyprovokovaly (Janoff-Bulman, 1989; Frazier & Schauben, 1994). Zadruhé, internalistická orientace může být na obtíž, pokud nás vede k přehnané kontrole a k chování, které vyvolává stres – což může být např. mít vždy poslední slovo, „řídít“ auto ze zadního sedadla nebo plánovat každý detail dovolené. Někdy je lépe věci jen tak nechat běžet (Wright a kol., 1990). K tomu japonský psycholog Hiroshi Azuma (1984) použil japonská přísloví: „Vrby se nezlomí pod hromadou sněhu“ a „Pravá tolerance je tolerovat netolerovatelné“.

Vědomí vlastní účinnosti Jak bylo řečeno, místo kontroly popisuje očekávání, že naše chování může dospět k uspokojivým výsledkům. Ale lidé se také liší v rozsahu, v jakém si myslí, že se umí chovat tak, aby k nim dospěli. Vypadá to, že tato pojetí spolu souvisejí, ale ve skutečnosti se odvolávají na různé názory, přičemž u každého je důležitý pocit, že svůj život máme pod kontrolou (Skinner, 1996). Podle Bandury (1997) jsou pozdější očekávání založena na pocitech kompetence neboli **vědomí vlastní účinnosti**. Přestože jsou někteří lidé obecně více sebevědomí než jiní, Bandura věří, že vědomí vlastní účinnosti je stav myslí, který se liší situací od situace. Jinými slovy, můžete mít vysoké vědomí vlastní účinnosti při setkávání se s novými lidmi, ale ne ve zlepšování svých známek. Nebo můžete mít vysoké vědomí vlastní účinnosti v řešení matematických problémů, ale ne v psaní eseje.

Bandura (1997) věří, že v životě plném překážek, nepřízní a frustrací je osobní pocit vědomí vlastní účinnosti nezbytný pro úspěch. Jak získáme víru ve vlastní účinnost? Bandura jmenuje čtyři zdroje: (1) naše vlastní minulá zkušenost v úspěšném překonání překážek a neúspěchů; (2) naše pozorování druhých nám podobných, kteří zdolali překážky; (3) slova podpory od naší rodiny, přátel a jiných lidí v našem životě, kteří nás ženou dopředu a (4) během výkonu pocitu uvolnění a klidu, ne napětí.

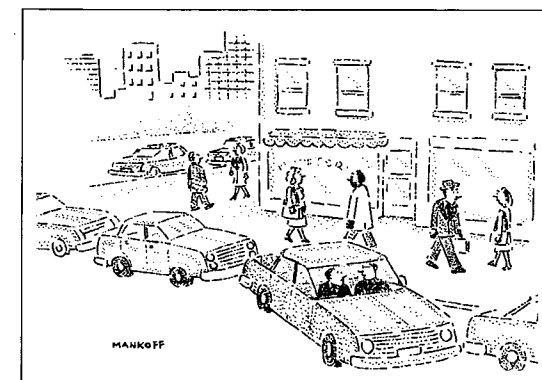
Mnoho výzkumů na vědomí vlastní účinnosti naznačuje, že čím více ho máte v určitém úkolu, tím více jste aktivní, snažíte se, vytrváte i při neúspěchu a jste úspěšnější. Obzvláště pozoruhodné jsou zdravotní dopady. Výzkum ukazuje, že u lidí s vysokou úrovní vědomí vlastní účinnosti ohledně své schopnosti zvládat stres se také projevuje zvýšená funkce imunitního systému (Wiedenfeld a kol., 1990). Lidé s vysokým vědomím vlastní účinnosti ve věcech souvisejících se zdravím častěji úspěšně, pokud chtějí, přestanou kouřit, pít nebo překonají jiné formy závislosti (Maddux, 1991; Bandura, 1999).

VÝCHODISKA TEORIE SOCIÁLNÍHO UČENÍ

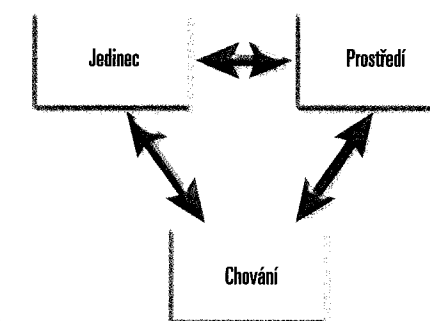
Teoretici sociálního učení věří, že osobnost vyrůstá ze základních principů učení. Oproti psychoanalýze je tento přístup založen na předpokladu, že lidské chování pramení více z vnějších faktorů než z instinktů a že osobnost je utvářena pomocí posílení, pozorování a vývojem naučených schopností, očekávání, hodnot a strategií zpracovávání informací.

Přestože všechny na učení založené teorie osobnosti sdílejí tento předpoklad, novější přístup prošel dlouhou cestou od názorů pravověrných behavioristů. Watson ve svém nejnepřímém volání po tučtu zdravých nemluvnat tvrdil, že umí formovat lidi jako hlinu, a to za použití odměn a trestů. O léta později stejně tak Skinner prohlašoval, že lidské chování je utvářeno vnějšími silami, nahodilými posíleními mimo naše vědomí a kontrolu. Avšak kognitivističtí teoretici sociálního učení trvají na tom, že osobnost se vyvíjí v trvalých vzájemných interakcích mezi jedinci, jejich jednáním a jejich prostředím. Toto pojetí Bandura nazval **reciproční determinismus** (viz obr. 15.5). Hlavní myšlenkou je, že síly z prostředí mohou napomáhat utváření osobnosti, ale že si také můžeme zvolit a změnit situace, do kterých se dostáváme a můžeme tyto situace interpretovat z našeho vlastního pohledu. Bandura (2001) vidí lidské bytosti nejen jako reagující na vnější síly, ale jako plodné, tvořivé, aktivnější a přemýšlivé původce změn. „Schopnost kontrolovat charakter a kvalitu života,“ prohlásil, „je esencí lidskosti.“ (2001, str. 1)

Ke zkoumání osobnosti používají teoretici sociálního učení zcela přímé formy hodnocení. Jednou z metod je pozorování chování, při kterém jsou zkoumané osoby pozorovány jak ve skutečném prostředí, tak i v laboratoři. Jiná je založena na tom, že zkoumaná osoba vypovídá o svých vlastních očekáváních, hodnotách a minulém chování, přičemž se používá standardizovaného rozhovoru nebo dotazníku jako je I – E škála. Ať je použita jakákoliv



„Úžasné, tři zkrachovalá manželství, spousta katastrofálních vztahů, mnoho finančních ztrát a nesčetně fyzických potíží, ale přes to přese všechno pokaždé skvěle zaparkuju.“
Je běžné, že lidé mají pocit vědomí vlastní účinnosti v některých životních situacích a v jiných ne.



Obr. 15.5 Reciproční determinismus

vědomí vlastní účinnosti
Přesvědčení jedince, že je schopen chovat se tak, aby dosáhl požadovaného výsledku.

reciproční determinismus
Názor, že osobnost se utváří ve vzájemných interakcích jedinců, jejich jednání a jejich prostředí.

KONTROLNÍ OTÁZKY

- Jakými způsoby teorie sociálního učení rozšířila poznatky behaviorismu o učení?
- Popište pět osobnostních proměnných popisovaných Mischelovou (1973) teorií sociálního učení.
- Rozlište mezi vnitřním a vnějším místem kontroly. Jaké výhody a nevýhody jsou s každým z nich spojené?
- Co je to vědomí vlastní účinnosti a jaké faktory k němu přispívají?

technika, informace o jedinci je měřena přímými a k jádru jdoucími způsoby. Žádné inkoustové skvrny, žádné neurčité obrázky. Pro ty, kteří se zuřivě ženou za nevědomím je sociálně-kognitivní přístup dobrý pouze k tomu, aby objasňoval špičku ledovce. Pro jiné tento přístup umožňuje studovat osobnost mnohem přímočařejším způsobem.

HUMANISTICKÝ PŘÍSTUP

- Jaké jsou zásady humanistického přístupu k osobnosti?
- Jaká klimická pozorování vedla Carla Rogerse k vytváření teorií o já (self)?
- Jaké existují sebediskrepance a jak ovlivňují naši emocionální pohodu?
- Co je sebeaktualizace a jak je prožívána?

Ve čtyřicátých a padesátých letech dvacátého století mnoho osobnostních psychologů tvář v tvář volbě mezi psychoanalýzou a behaviorismem měla tíživý pocit, že něco chybí, něco podstatného o lidské přirozenosti. Freud přitáhl pozornost k temným silám nevědomí a Skinner se zajímal pouze o účinky posílení na pozorovatelné chování. Ale co vědomé myšlení, svobodná vůle, subjektivní očekávání a schopnost sebereflexe? Pokud chceme o někom něco vědět, nemůžeme se prostě jen zeptat? Jsou lidé opravdu tak jednoduchí? A neexistuje i lepší stránka lidské přirozenosti? Zkrátka, kde se v osobnosti ukrývá „člověk“, jak jej známe? K vyplnění prázdného místa se zrodila „třetí síla“ – **humanistická teorie** osobnosti. Skupina psychologů inspirovaná Carlem Rogersem a Abrahamem Maslowem založila Americkou asociaci pro humanistickou psychologii a přijala za své čtyři základní principy: (1) lidské prožívání je prvořadé; (2) lidská volba, kreativita a seberealizace jsou hlavními tématy zkoumání; (3) smysluplnost musí předcházet objektivitě při výběru výzkumných problémů a (4) nejvyšší hodnota tkví v důstojnosti člověka.

CARL ROGERS

Carl Rogers o sobě jako první prohlásil, že je humanistickým teoretikem. Narodil se v religiózní rodině na Středo západě ve farmářském městě. Předtím, než se rozhodl stát klinickým psychologem, po dva roky navštěvoval teologický seminář. Absolvoval v roce 1931, ve stejném roce jako Skinner. Stejně jako Freud pracoval Rogers v ranných letech jako terapeut „klientů“ s emocionálními problémy. Ale na rozdíl od Freuda, kterého zaujala snaha jeho pacientů vzdorovat léčbě, Rogerse zajímalo, jak často jeho klienti vyjadřují, kdo jsou („Byl bych rád víc nezávislý, ale to bych nebyl já“, „V poslední době jsem nebyl sám sebou“) a svou vrozenou vůli stát se lepšími a dosáhnout maxima svých možností. Pravda, Rogers viděl příznaky dočasného vzdoru a jiné ego obranné mechanismy. Ale daleko více byl zaujat sebezpojetím – a vůlí se zlepšovat. Pokud terapeuti poskytnou vřelost, laskavé vedení a ovzduší bezpodmínečného přijetí, říká, klienti nakonec své vlastní problémy vyřeší a najdou cestu vedoucí ke zdraví, štěstí a naplnění. Každý má v sobě jakousi vnitřní moudrost.

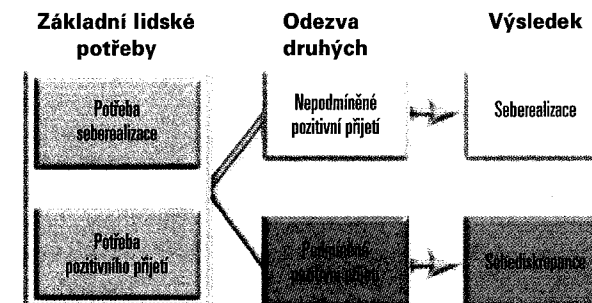
Rogersova teorie Semínka nového a jiného přístupu k osobnosti dopadla na úrodnou půdu. Rogers v rámci svého humanistického hlediska vytvořil na klienta zaměřenou terapii (1951) a teorii osobnosti, tak jak je popsána v jeho knize *On Becoming (na Slovensku vyšla pod názvem Ako byť sám sebou (1995) a Person (1961))*. Podle Rogerse všechny živé organismy jsou od narození obdařeny tendencí k sebeuskutečňování, jež nás pohání vpřed nejen pro přežití, ale pro růst a plné dosažení svých genetických schopností. U myslících a vnímavých lidských bytostí existuje také přirozená potřeba sebeaktualizace – tendence jednat způsoby, které jsou konzistentní s jedincovou vědomou identitou neboli sebezpojetím. Ale je zde problém. Protože jsme sociální

humanistická teorie Přístup k osobnosti, který se zaměřuje na já, subjektivní zkušenost a schopnost naplnění.

bytosti, rodíme se bezmocní a závislí na uznání, podpoře a lásce od druhých. Jinými slovy, uvnitř nás se také vyvíjí protichůdná potřeba, potřeba pozitivního přijetí. A v tom spočívá potenciál pro konflikt ve vývoji osobnosti. Rogers, který se narodil a žil na farmě, viděl mnoho podobností mezi lidmi, rostlinami a jinými formami života. Shmul svůj popis lidské tendence k sebeuskutečňování v následující pasáži:

Před pár měsíci, během volného víkendu, jsem stál na mysu, který se tyčí nad jedním z mnoha skalnatých zálivů na pobřeží severní Kalifornie. Několik skalnatých výběžků bylo v ústí zátoky a plnou silou do nich narážely vlny Pacifiku, bily do nich a lámaly se do vodní tříště, než dosáhly zvrásněného pobřeží útesu. Z bezpečné vzdálenosti jsem se díval, jak se vlny lámou na těchto velkých skalách a s překvapením jsem na skále uviděl něco, co vypadalo jako palmy, ne větších než dvě až tři stopy (60–90 cm, pozn. překl.), jak snášejí bušení příboje. Dalekohledem jsem viděl, že to je nějaký druh mořské řasy, se štíhlým „kmenem“ zakončený svazkem listů. Po prozkoumání jednoho exempláře v intervalu mezi vlnami to vypadalo, že křehká, stojící, na vrcholu těžká rostlina, bude zcela rozdracena a zlámána dalším příbojem. Když se vlny přes ni hnaly, kmen byl ohnutý téměř vodorovně, listy byly proudem vody smeteny do roviny, nicméně když se vlna přehnal, rostlina tam stála zas, vzpřímená, nepoddajná, houževnatá. Zdálo se to být neuvěřitelné, že byla schopná snášet tyto neustálé nárazy hodiny, dny, týdny, a co já vím, možná i roky, a celou tu dobu se vyžívala, rostla a množila se; přetrvávala a rostla. V této řase, která vypadala jako palma, byla vidět houževnatost, hybná síla života, schopnost přežít v neuvěřitelně nepřátelském prostředí a nejen se ubránit, ale přizpůsobit se, vyvíjet, stát se sama sebou. (1974, str. 1–2)

Protože lidé jsou hnáni potřebou seberealizace a potřebou pozitivního hodnocení, je možný jeden ze dvou obecných závěrů. Pokud máte dost štěstí a dostane se vám **bezpodmínečného pozitivního přijetí** od rodičů a významných druhých – což znamená, že důležití lidé ve vašem životě jsou milující a zdvořilí navzdory vašim neúspěchům a překážkám, žádná jestli a nebo ale – pak je život plný optimismu. Vaše potřeba pozitivního přijetí je uspokojena, můžete následovat všechny důležité potřeby k sebeaktualizaci. Nicméně pokud se vám dostává **podmínečného pozitivního přijetí** – což znamená, že vaši rodiče, manželé a blízcí přátelé berou zpět svou lásku, když vaše činy a životní volby neschvalují – pak potřebujete dosáhnout rovnováhy mezi vašim skutečným já (self) a osobou, kterou z vás chtějí mít druhí. Výsledek: frustrace, úzkost a pocity nesouladu neboli „diskrepance“ uvnitř sebe. Teorii znázorňuje obr. 15.6.



Obr. 15.6 **Teorie osobnosti Carla Rogerse** Podle Rogerse představují potřeba sebeaktualizace a přijetí potenciální konflikt. Nepodmínečné pozitivní přijetí přispívá k seberealizaci, ale podmíněné pozitivní přijetí může mít za následek sebediskrepanci.

Sebehodnocení Od počátku Rogers usiloval o empirické ověření své nově formulované teorie. Aby vyčíslil důležitost sebezpojetí, nahrál, přepsal a analyzoval mnoho terapeutických sezení a objevil, že jak léčba pokračovala, klienti stále častěji o sobě pronášeli pozitivní výroky. Ať existovaly jakékoliv sebediskrepance (nesoulady), měly sklon slábnout. Modernější výzkum potvrdil, že lidé mají o sobě jasné, často komplexní přesvědčení. Podle Hazel Markusové (1977) jsou tato přesvědčení vytvářena souborem **self-schémat**, což jsou specifické názory o sobě, které ovlivňují způsob, jakým interpretujeme self-relevantní informace, čili ty, které se nás týkají. Také se zdá, že přemýšlíme – a jsme vedeni – představami toho, čím bychom se mohli stát, chtěli stát a bojíme se stát v budoucnu (Markus & Nurius, 1986; Ruvolo & Markus, 1992).

Když se hovoří o já (self), nejsme pouhými chladnými a nezaujatými pozorovateli. Hodnotíme sami sebe v pozitivních a negativních termínech, míněních, která zahrnují **sebehodnocení** (Coopersmith, 1967). Někteří jedinci mají o sobě vyšší mínění než jiní. Avšak sebehodnocení není rysem natrvalo vrytým do kamene. Spíš je to stav mysli, který se mění v odpovědi na úspěch, selhání, změny v bohatství, sociální interakci a jiné životní zkušenosti (Heatherington & Polivy, 1991). Protože jsou sebehodnocení tvořena mnoha self-schématy, lidé mohou mít vyšší sebehodnocení v určitých situacích než v jiných (Pelham, 1995; Pelham & Swann, 1989). Někteří lidé si trvale velmi nebo málo váží sebe sama, ovšem u jiných to vypadá, jakoby jejich sebehodnocení kolísalo nahoru a dolů, podle denních zážitků – díky tomu jsou

nepodmínečné pozitivní přijetí Situace, ve které není přijetí a láska, kterou jedinec dostává od důležitých druhých, ničím podmíněna.

podmínečné pozitivní přijetí Situace, ve které je přijetí a láska, kterou jedinec dostává od významných druhých, podmiňovaná jeho chováním

self-schémat Specifická přesvědčení o sobě, která ovlivňují, jak interpretujeme informace, jež se nás týkají.

sebehodnocení Pozitivní nebo negativní hodnocení sebe sama.



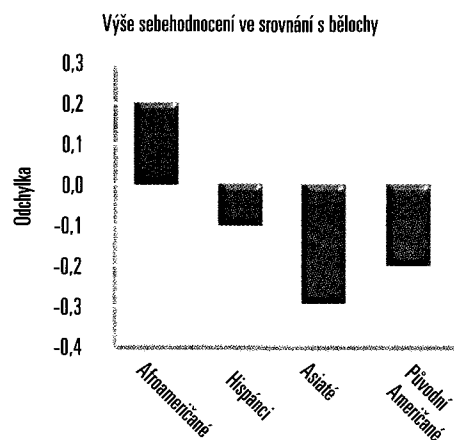
velmi vnímaví ke chvále a přehnaně citliví na kritiku (Kernis & Waschull, 1995; Baldwin & Sinclair, 1996; Schimel a kol., 2001).

Uspokojování potřeby sebehodnocení je v mnoha směrech rozhodující pro náš celkový pohled na život (Brown, 1998). Lidé se spíše pozitivním sebeobrazem mají sklon být šťastní, zdraví, produktivní a úspěšní. Také jsou sebevědomí, do nových výzev vnášejí vítězný a motivující postoj – což je vede k větší vytrvalosti v obtížných úkolech, lépe v noci spí, zachovávají si nezávislost tváří v tvář nátlaku vrstevníků a méně trpí vředy. Na rozdíl od nich lidé s negativním sebeobrazem mají sklon být více depresivní, pesimističtí co se týče budoucnosti a mají sklony selhávat. Díky nedostatečné sebedůvěře přináší do nových úkolů prohrávající postoj, který je chytá do pastí sebezporazenectví. Očekávají, že selžou a bojí se nejhoršího, jsou úzkostní, vyvíjí méně úsilí a „vypínají“ v důležitých úkolech. Lidé s nízkým sebehodnocením při selhání obvinují sama sebe, přičemž se cítí ještě hůř (Brockner, 1983; Brown & Dutton, 1995). Nízké sebehodnocení může být nebezpečné pro vaše zdraví. Někteří výzkumníci tvrdí, že jedincovo vědomé připsování všeho negativního sobě nepříznivě ovlivňuje činnost určité bílé krvinky v imunitním systému, což oslabuje schopnost těla chránit se před onemocněním (Strauman a kol., 1993).

Stejně jako se liší ve svém sebehodnocení jednotlivci, liší se tak i sociální a kulturní skupiny. Zamyslete se nad tím. Pokud byste administrovali test sebehodnocení tisícům lidí po celém světě, zjistili byste, že některé části populace skórují výše než druzí? Výzkumníci na základě přesvědčení, že sebehodnocení podporuje zdraví, štěstí a úspěch, a toho, že některé sociální skupiny jsou v tomto ohledu znevýhodněné, vytvořili tyto typy srovnání. Vezměte do úvahy možné genderové rozdíly. Během let bylo v populárním tisku mnoho napsáno o nafouknutém, ale křehkém „mužském egu“ a nízkém sebeoceňování u adolescentních dívek a žen. Podporuje výzkum tento předpoklad? Kristin Kling a jiní (1999) statisticky kombinovali výsledky 216 studií zahrnujících 97 000 respondentů, potom analyzovali průzkum mezi 48 000 americkými studenty, který vedlo National Center for Education Statistics (Národní centrum pro statistiku vzdělávání). Výsledek: adolescenti a mladí dospělí muži dosáhli v obecném měření úrovně sebehodnocení lepších výsledků než ženy. Avšak na rozdíl od všeobecného názoru byl rozdíl velmi malý, zejména mezi staršími dospělými.

Výzkumníci také uvažovali nad tím, zda je nízké sebehodnocení problémem u stigmatizovaných minoritních skupin, historických obětí předsudků a diskriminace. Snižuje příslušnost k minoritní skupině – např. Afroameričanů – úroveň jedincova sebehodnocení? Bernadette Gray-Little a Adam Hafdhahl (2000) na základě celkových výsledků studií zahrnujících více než půl milionu respondentů informovali, že děti, adolescenti a mladí dospělí Afroameričané mají sklon v měření sebehodnocení skórovat výše než jejich bělošské protějšky. V metaanalýze stovek studií, které srovnávaly všechny věkové skupiny a i jiné americké minority, Jean Twenge a Jennifer Crocker (2002) potvrdily převahu v sebehodnocení Afroameričanů ve srovnání s bělochy, ale objevily, že menšiny Američanů hispánského a asijského původu a menšina původních obyvatel mají sebehodnocení nižší. Tyto rozdíly, jak je vidíme na obr. 15.7 není jednoduché interpretovat. Někteří výzkumníci na základě převapivých zjištění ohledně vysoké úrovně sebehodnocení u Afroameričanů tvrdili, že možná Afroameričané – ve srovnání s jinými menšinami – jsou schopni si své sebehodnocení zachovávat navzdory nepřízní tím, že připsují negativní ohlasy diskriminaci a používají tuto nepřízeň k vytvoření smyslu pro skupinovou hrdost. V tomto ohledu by bylo zajímavé zjistit, zda sebehodnocení Afroameričanů ve srovnání s bělochy časem vzrůstalo – od doby před získáním občanských práv v padesátých letech do osmdesátých a devadesátých let minulého století. Co *myslíte*?

Rozdíly v sebehodnocení byly též pozorovány u obyvatel různých částí světa. Dříve jsme viděli, že obyvatelé individualistických kultur mají sklon vidět sami sebe jako odlišující se a samostatné, zatímco lidé z kolektivistických kultur vidí sami sebe jako část větší, nezávislé sociální sítě. Mají tyto rozdíly nějaké dopady na sebehodnocení? Steven Heine a jiní (1999) věřili, že ano. Porovnali rozložení skóre sebehodnocení v Kanadě a Japonsku a obje-



Obr. 15.7 Sebehodnocení u menšin v USA Metaanalýzou Twenge a Crocker (2002) objevily, že Afroameričané dosahují vyšších skóre v testech sebehodnocení v porovnání s bělochy, ale že menšiny hispánských, asijských a původních Američanů dosahují skóre nižších.

čili, že zatímco výsledky Kanadčanů se nahromadily na vrcholu škály, průměrný japonský respondent skóroval na té samé škále ve středu. Tento výsledek vedl badatele k zamyšlení: mají Japonci opravdu nižší sebehodnocení než Severoameričané, což se projevuje v jejich tendenci mluvit v termínech potlačujících já? Nebo se prostě japonští respondenti s vysokým sebehodnocením cítí být zavázáni kolektivistickou potřebou „přizpůsobit se“ více než „vyčnívat“, aby se prezentovali skromně vůči ostatním? Aby mohli zodpovědět tuto otázku, snažili se výzkumníci vyvinout nepřímé „implicitní“ testy, které by měřily jedincovo sebehodnocení bez jeho nebo jejího vědomí. Např. ve studii, kde využívali slovních asociací na čas, Anthony Greenwald a Shelly Farnham (2000) objevili, že bez ohledu na své nezvýšené skóre v testech sebehodnocení Američané asijského původu – jako protějšky Američanů evropského původu – rychleji sebe asociovali sebe sama s pozitivními slovy jako je *veselý* a *sluneční svit*, než s negativními slovy jako je *zvracet* a *jed*. Znamená to, že kolektivisté o sobě smýšlejí lépe, ale nepřipouští si to? Zatím je brzy na jakékoliv závěry. V tomto okamžiku výzkumníci stále projednávají otázku, zda implicitní slovní asociční test skutečně měří sebehodnocení (Bosson a kol., 2000; Greenwald & Farnham, 2000).

Co obecně určuje, jak se lidé jeví sami sobě? E. Tory Higgins (1989) navázal tam, kde Carl Rogers skončil a potvrdil hypotézu, že sebediskrepance jsou příčinou emočního zmatku. Podle jeho **sebediskrepanční teorie** je naše sebeúcta definována spojením toho, jak sami sebe vidíme a hodnotíme ve skutečnosti a jak bychom sami sebe rádi viděli. Pro lepší pochopení můžete zkusit následující cvičení. Na papír napište deset vlastností, o kterých si myslíte, že vás nejlépe a *opravdově* popisují (bystrý? dobrácký? atraktivní? popudlivý?) Dále napište deset vlastností, které byste *měli* mít. Jedná se o vlastnosti, které by vám umožnily naplnit váš smysl pro povinnost a zodpovědnost. Dále napište deset vlastností, které nejlépe sedí osobě, kterou byste chtěli být. Vašemu *ideálu*, který zosobňuje veškeré vaše představy, sny a přání. Jestli postupujete podle instrukcí, měli byste nyní mít tři seznamy: vaše aktuální já, vaše požadované já a vaše ideální já.

Výzkumy ukazují, že s pomocí podobných seznamů lze předvídat váš emocionální pohodu. První seznam naznačuje vaše pojetí sama sebe. Ostatní lze brát jako vaše osobní standardy nebo *osobní rádce*. Čím méně se vám bude dařit naplnit vámi dané standardy, tím horší bude vaše sebehodnocení, ze kterého vyplynou negativní emoce a v extrémních případech dokonce psychické poruchy. Konkrétní následky vyplývají z toho, které vámi utvořené standardy se vám nepodaří splnit. Existuje-li neshoda mezi vašim hodnocením sebe sama a vašim teoreticky požadovaným já, budete mít pocit viny, zahanbení a budete rozzlobení. Můžete dokonce trpět pocity nadměrného strachu a úzkosti. Existuje-li rozpor mezi vašim sebehodnocením a vašim ideálem, pocítíte zklamání a frustraci, budete smutní a nebudete mít pocit naplnění. V extrémním případě můžete začít trpět depresemi. Tyto emoční a mentální následky sebediskrepance jsou shrnuty na obrázku 15.8 (Bolero & Francis, 2000; Scott & O'Hara, 1993; Strauman, 1989).

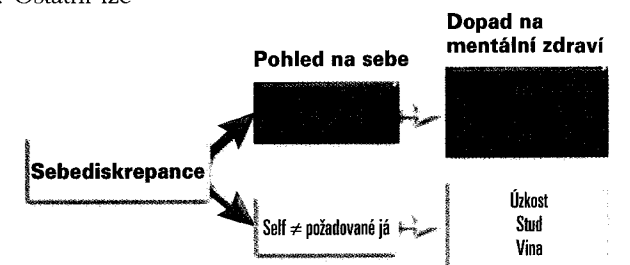
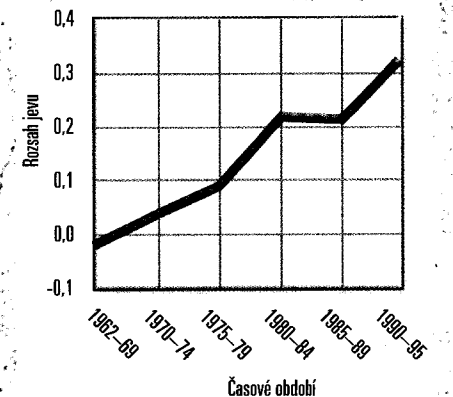
Podle Carla Rogerse je sebehodnocení utvářeno naší interakcí s důležitými lidmi, které opětovně potkáváme. Jsou ale sebediskrepance neměnnou součástí naší osobnosti? Odpověď na tuto otázku se pokusil nalézt Timothy Strauman (1996). Dvakrát otestoval stejné studenty v rozmezí tří let. V obou případech je poprosil, aby nejprve popsali co nejdříve sami sebe, potom osobu, kterou by chtěli být a také osobu, kterou by měli být. Změny se objevily v sebehodnocení, ale hodnota jejich sebediskrepance – rozdíl mezi tím, jak se sami viděli a kým by chtěli být – zůstala víceméně stejná.

ABRAHAM MASLOW

Druhou nejdůležitější postavou, která se stala vlivným hlasatelem humanistického přístupu, je Abraham Maslow. Maslow začínal jako behaviorista, který

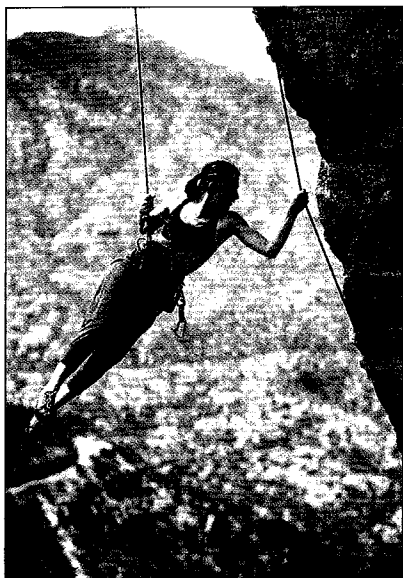
Co myslíte?

Výzkum ukázal, že Afroameričané dosahují vyšších skóre v testech sebehodnocení než běloši. Existoval tento rozdíl vždy nebo se jedná o současný fenomén, kterému pravděpodobně napomohlo hnutí za občanská práva? Co myslíte? Twenge a Crocker (2002) sledovaly dosažené skóre v sebehodnocení v posledních čtyřiceti letech a objevily, že v sedesátých letech minulého století neexistovaly rozdíly mezi rasami. Výše sebehodnocení u Afroameričanů rostla v čase, jak je vidět na obrázku dole. Zdá se, že sebehodnocení (a možná i jiné osobnostní rysy) je ovlivňováno historickými změnami, které se v dané kultuře odehrávají.



Obr. 15.8 Sebediskrepanční teorie Podle Higgins (1989) se dopady sebediskrepance na emoce a mentální zdraví liší podle toho, jestli nejsme schopni docílit našeho ideálu nebo námi určených požadavků (našeho požadovaného já).

sebediskrepanční teorie Teorie, podle níž diskrepance (nesoulad) mezi našim sebehodnocením, ideálním já a požadovaným já, může mít negativní emocionální následky.



Sebeaktualizace je stav mysli, kterého docílíme pouze dočasně – během vrcholného zážitku.

vedl experimentální pokusy s učením opic. Pak se mu narodil první potomek a – mnoho rodičů bude jistě souhlasit – právě tato zkušenost mu otevřela oči. Maslow sám potvrdil, že „jsem byl ohromen záhadností a poznáním, že prostě nemohu nic dělat. Cítil jsem se tím vším malý, slabý a ubohý. Řekl bych, že každý, komu se jednou narodí dítě, přestane být behavioristou.“ V průběhu let formuloval Maslow (1954, 1968) vlastní teorii osobnosti, která je založena na tom, že lidé usilují o maximální naplnění svých schopností a možností.

Teorie Abrahama Maslowa Už jste někdy potkali někoho, kdo měl prostě všechno – úžasný vzhled, peníze, úspěch a kariéru, krásný domov, milujícího partnera nebo partnerku a roztomilé děti – a přesto se cítil nespokojený a stále hledal něco víc? Pokud ano, určitě se vám bude líbit Maslowova teorie. V kapitole 11 jsme četli jeho teorii o tom, že všichni lidé jsou nějak motivováni, aby uspokojovali hierarchicky upořádané potřeby. Nejzákladnějšími a nejnižšími v této hierarchii jsou fyziologické potřeby nutné k přežití, pak potřeba bezpečí, dále následují potřeby sounáležitosti a lásky a dále potřeby spojené s uznáním, jako potřeba dosáhnout úspěchu, postavení a uznání. Zkrátka, jak tvrdí Maslow, všichni se snažíme svým vlastním způsobem být biologicky spokojení, zabezpečení, milovaní a uznávaní. Teprve až dosáhneme těchto hodnot, jsme připravení, ochotní a schopní snažit se o **sebeaktualizaci** – výhradně lidskou potřebu stát se vším, čím se můžeme stát.

Hlavním oblastí zájmu Maslowa zkoumání byla sebeaktualizace, kterou považoval za vrcholný stav nebo zážitek. Proto pozoroval šťastné, zdravé a produktivní jedince, kteří ztělesňovali nejvybranější soubor lidských vlastností. Hovořil se skupinou známých osobností a pročítal biografie historicky významných osob, jako např. Ludwiga van Beethovena, Abrahama Lincolna, Alberta Einsteina a Eleonory Rooseveltové. Co tyto osobnosti spojuje? Maslow chápe sebeaktualizaci jako poměrně vzácný stav, ve kterém je osoba otevřená vnímat nebo prožít nové zážitky. V této chvíli jedná člověk spontánně a hravě a je milující, realistický. Akceptuje ostatní, je vynalézavý, energický, spíše než zodpovědně jedná nezávisle nebo je orientován na řešení problému a nehledí na vlastní potřeby. Jestli se vám tento seznam vlastností zdá až příliš ideální a nedosažitelný, máte správný pocit. Vždyť Maslow poznamenal, že pravý pocit sebeaktualizace zažije pouze jedno procento dospělých. Všichni ostatní jsou příliš zaneprázdnění zdoláváním překážek, které jim brání dosažení úspěchů na mnohem nižší úrovni, než je vlastní vrchol seberealizace.

Stav sebeaktualizace Na základě Maslowovy teorie vytvořil Everett Shostrom (1965) inventář osobní orientace (Personal Orientation Inventory). Jedná se o dlouhý dotazník, který je sestaven tak, aby obsáhl různé aspekty sebeaktualizace – jako kapacita intimního kontaktu, spontaneita a sebeakceptování (viz tabulka 15.2). Maslow jej schválil a byl použit v klinickém prostředí. Výzkum prokázal, že lidé s vysokým skórem jsou psychicky zdravější než lidé, kteří dosahují nízkého skóru (Campbell a kol., 1989; Knapp, 1979). Vzorek deseti tvrzení z dotazníku je uveden v tabulce 15.2. Kolik hodnot, které jsou asociovány se sebeaktualizací, máte vy?

Jestli si říkáte, jaké to vlastně je, dosáhnout sebeaktualizace, zkuste toto: „Vzpomeňte si na nejúžasnější zážitek vašeho života; na nejšťastnější okamžik a na nejdivočejší okamžik. Pomyslete na moment vytržení z pocitu lásky nebo z poslechu hudby. Uvědomte si, kdy jste se náhle „nadhli“ pro knihu nebo obraz nebo vás najednou pohltil záchvat tvořivosti (Maslow, 1968, str. 71)“ Maslow tvrdí, že lidé, kteří nachází sebeaktualizaci si vzpomenou na mnohem více okamžiků než lidé, kteří sebeaktualizaci nenalezou. Přesto se každý z nás občas setká s pocitem **vrcholného zážitku**, který je definován jako dočasný, pomíjivý, ale velmi intenzivní moment seberealizace, kdy se cítíme šťastní a pohlčení a jsme schopní neobyčejných výkonů. Nejčastěji popisovanými momenty vrcholného zážitku bývají momenty vyvolané hudbou, pohlavním stykem, náboženstvím, přírodou, během, sportem, kreativní činností a narozením dítěte (Privette, 1983).

Inspirován Maslowem zkoumal Mihaly Csikszentmihalyi (1990) stav libosti ze zaujetí, které nazval flow, tedy „optimální zážitek“. Csikszentmihalyi sle-

sebeaktualizace Pojem humanistické teorie osobnosti, který definuje potřebu člověka naplnit jeho vrcholný potenciál.

vrcholný zážitek Pomíjivý, ale intenzivní moment sebeaktualizace, ve kterém prožíváme štěstí, jsme pohlčení situací a máme pocit, že jsme schopni zvládnout neobyčejné věci.

TABULKA 15.2 Jaké míry sebeaktualizace jste dosáhli?

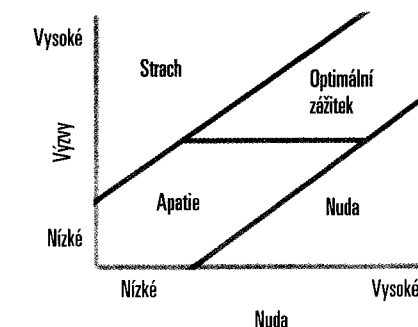
1. Žiji tak jak chci, podle vlastních hodnot a podle toho co se mi líbí nebo nelíbí.
2. Věřím, že lidé jsou v jádru hodní a důvěryhodní.
3. Necítím se provinile, když se chovám sobecky.
4. Myslím, že je důležité brát ostatní takové, jací jsou.
5. Nemám strach z toho, že se mohu mýlit.
6. Věřím, že při jednání s ostatními je dobré říci co si opravdu myslím.
7. Často se rozhoduji spontánně.
8. Beru kritiku jako součást dalšího růstu a rozvoje.
9. Mám rád soukromí a ústraní.
10. Myslím, že práce a zábava je jedno a totéž.

Zdroj: E Shostrom (1965). An inventory for the measurement of self-actualization. *Educational and Psychological Measurement*, 24, 207-218.

doval za jakých podmínek máme tendenci zabrat se do činnosti tak, že ztrácíme pojem o čase a o sobě, zapomeneme na veškerá trápení a veškerou pozornost upíráme na určitou činnost? Mně samotnému se to občas stane, když píšu, hraji baseball nebo se zaposlouchám do hudby. Csikszentmihalyi hovořil s atlety, tanečníky, lidmi, kteří lezou po skalách, s umělci, s dělníky z továrny, špičkovými šachisty, chirurgy, námořníky, staršími ženami z Koreji, japonskými motorkáři, pastevci z Navajo a zemědělci z italských Alp. Zjistil, že lidé z celého světa a různých životních stylů popsali podobné projevy tohoto druhu – přichází v momentě, kdy člověk o nic neusiluje a přitom jej jeho činnost natolik pohltí, že ho všechno ostatní přestane na chvíli zajímat. Tento poznatek demonstruje také pokus, který se studenty provedla Regina Conti (2001). Zjistila, že studenti, kteří dosáhli vysokého skóru v měření vnitřní motivace, kontrolovali méně často čas na hodinkách než studenti, kteří dosáhli nízkého skóru, častěji také ztratili pojem o čase a zdálo se jim, že jim čas utíká mnohem rychleji. Je zřejmé, že čas utíká mnohem rychleji, když se dobře bavíme.

Co může flow vyvolat? Csikszentmihalyi přišel s teorií, že lidé dosahují tohoto stavu tehdy, když se zabývají aktivitou, kterou dobře zvládají a dostávají se na úroveň, kdy je pro ně další nebo lepší zvládnání této aktivity jakousi výzvou. Jak je znázorněno na obrázku 15.9, úkoly, které lze zvládnout snadno, jsou nakonec hodnoceny jako nudné, zatímco složitější úkoly vyvolávají nadšení. Neméně důležitá je schopnost této činnosti poskytnout jasný cíl a okamžitou zpětnou vazbu. V jednom z výzkumů bylo osobám zadáno neustále s sebou nosit pípátko. Jakmile zazněl zvukový signál, měli za úkol zaznamenat, co právě dělají, o čem přemýšlí a jak se cítí. Zjištění, že osoby zaznamenaly pocit většího nadšení, větší motivace a zaujetí ve chvílích, kdy se zabývaly činnostmi, které vyžadovaly dobře zvládnuté techniky a které pro ně představovaly jakousi výzvu k lepším výkonům, potvrzuje platnost modelového schéma flow.

Tyto poznatky lze aplikovat na mnoho oblastí včetně sportu. Ve všech sportech slyšíme od sportovců, kteří se pohybují ve světové špičce o tom, že se musí před výkonem koncentrovat na výkon nejenom tělesně, ale také duševně. Výzkum amatérských tenistů, basketbalistů anebo hráčů golfu prokázal, že i amatérští sportovci se často před podáním nebo startem soustředí pouze a jenom na svůj výkon a že se tak děje ve všech sportech („Moje pozornost byla upřena na to, co právě dělám“, „Cítil jsem, že mám hru pod kontrolou“, „Nebylo těžké tohoto dosáhnout“). Dále bylo zjištěno, že podmínky za jakých výkon vzniká jsou různé – záleží na povaze činnosti a na tom, jak důležité je dosáhnout vítězství. Když jsou vrcholoví atleti nejen motivováni, ale také uvolnění, je jejich výkon snadný a dosáhnou jej téměř bez vědomého úsilí (Beilock a kol., 2002). Proto mají lidé schopnost vytvářet si podmínky, které jim umožní dosáhnout optimálního stavu, který je nutný pro dosažení dobrého výkonu (Jackson & Csikszentmihalyi, 1999).



Obr. 15.9 Flow – optimální zážitek Stav „flow“ vzniká, když jsme pohlčení činností, kterou zvládáme na úrovni, kdy je pro nás její další nebo lepší zvládnání výzvou (Csikszentmihalyi, 1990).

KONTROLNÍ OTÁZKY

- Shrňte čtyři principy humanistické psychologie.
- Mezi jakými dvěma potřebami vzniká konflikt, který podle Rogerse formuje vývoj osobnosti?
- Jaké jsou rozdíly mezi ideálním, požadovaným a aktuálním já. Jak nás podle sebediskrepantní teorie ovlivňuje diskrepance mezi těmito „já“?
- Definujte Maslowův koncept sebeaktualizace.

VÝCHODISKA HUMANISTICKÉHO

PŘÍSTUPU

Když se Carl Rogers (1974) zpětně ohlédl za svou kariérou a zhodnotil vlastní přínos psychologii, poradenství a vzdělání, shrnul své hodnocení následujícími slovy: „Vyslovil jsem myšlenku, jejíž čas právě nastal.“ Ona myšlenka, kterou zde propaguje byla jeho vírou v to, že lidé jsou ve své podstatě dobří, že vědomé mentální zážitky jsou důležité a že sebehodnocení je samotným jádrem osobnosti.

Humanistická psychologie se pokouší získat nás pro tuto myšlenku tím, že poskytuje jiný pohled na osobnost a snaží se také oslovit vědce a získat jejich pozornost pro otázky spojené s vlastním já. Za tento postoj k hodnocení osobnosti si samozřejmě vysloužili humanisté mnohou kritiku. Nejvíce kritizována jsou jejich naivní uznání osobních sebehodnocení jako základních hodnot a to, že hledí na lidskou povahu skrze růžové brýle a ignorují naše sklony ke zlému a špatnému jednání. Vzhledem k tomu, že se nemalá pozornost humanistických psychologů soustředí také na seberealizaci, byli mimo jiné obviněni z přílišné shovívavosti vůči sobě samým. Samozřejmě že sebezpojetí a sebehodnocení je důležité, tvrdí kritikové, ale jak do něj vměstnáme zbytek světa?

RYSOVÝ PŘÍSTUP

- Jaké jsou hlavní cíle, které si klade rysový přístup v popisu osobnosti?
- Co znamená a obsahuje „BIG FIVE“?
- Jak jsou konstruovány osobnostní testy (jako např. MMPI) a jaké jsou jejich slabé a silné stránky?
- Jaké existují důkazy vlivu genetických faktorů na utváření osobnosti?
- Co to znamená být introvert nebo extrovert a jaké jsou mezi nimi rozdíly?

Roku 1919 poslal dvaadvacetiletý student z Indiany Sigmundu Freudovi rukou psaný lístek, ve kterém mu sdělil, že bude cestovat po Evropě a rád by se s ním setkal. Freud byl v té době už dávno uznávaným odborníkem a tento student, jeho fanoušek, se s ním chtěl sejít. Freud navrhl čas, kdy se sejdou, a tak mladík nasednul na vlak do Vídně. Přijel včas a vydal se do Freudovy kanceláře. Když otevřel, spatřil sedícího zamyšleného Freuda, který v tichu místnosti očekával dychtivého mladíka. Aby prolomil hrobové ticho, začal mladík vyprávět o příhodě, která se udála cestou do Vídně. Stal se totiž svědkem incidentu, kterého byl účasten také chlapec, u kterého se projevila „úzkost ze špíny“. Chlapec si ve vlaku stěžoval na nečistá sedadla a žádal matku, aby nepouštěla do jeho blízkosti ostatní špinavé pasažéry. Matka se projevila jako dominantní, „velmi škrobená“ osoba. Nešlo snad o ojedinělý případ? Když student skončil, Freud se na chvíli zamyslel, naklonil se k němu a jemným hlasem se ho zeptal: „A ten chlapec jste byl *vy sám?*“

Mladý obdivovatel se cítil nesmírně rozpačitě. Přál si jen, aby mohl rychle zmizet a tak nervózně změnil téma. Co si zabrebtal, omluvil se a odešel. Jak se jen Freud mohl tak mýlit? Byl tak navyklý neustále analyzovat skryté motivy svých dychtivých pacientů, že nemohl pochopit čistou lidskou zvědavost? Nakonec vyšlo najevo, že oním mladíkem byl Gordon Allport, který se později stal jedním z nejdůležitějších psychologů osobnosti všech dob. V autobiografii, kterou Allport (1967) vydal ve stejný rok, kdy zemřel, píše, že právě tato příhoda ho utvrdila v názoru, že dříve, než se teoretik pokusí o hluboké analytické vysvětlení osobnosti, měl by začít s *popisem a měřením* základních vlastností a jednotek osobnosti. Jinými slovy by měl teoretizovat popořádku. V dnešní době takto postupují hlavně rysoví teoretici.

STAVEBNÍ PRVKY OSOBNOSTI

Allport a jeho kolega Henry Odbert (1936) proto začali od začátku a prošli úplný slovník angličtiny, ze kterého vybrali osmnáct tisíc slov, která nás nějakým způsobem popisují. Eliminovali synonyma, nejasné výrazy a pojmy spojené s náladou nebo momentálním stavem mysli. Tímto způsobem zkrátily seznam na čtyři a půl tisíce slov, která dále rozdělili podle podobných významů do zhruba dvou set skupin (psychologicky smysluplných podmnožin). Podle Allporta byly právě tyto **rysy** (vlastnosti) základními stavebními prvky osobnosti (přestože rychle poznamenal, že ne všechny rysy jsou společné všem lidem ani se všechny nevztahují přímo k chování).

Aby zredukoval Allportův seznam na vhodnější počet a položil tak základy vědě o osobnosti, použil Raymond Cattell (1963) *faktorovou analýzu*. Jedná se o statistickou metodu, která je vytvořena tak, aby se s její pomocí daly identifikovat skupiny prvků, které jsou ve vzájemném vztahu. Možná si vzpomenete, že v kapitole 10 byla tato metoda použita k rozlišení různých aspektů inteligence. Cattell, který vystudoval chemii, chtěl shrnout základní jednotky nebo prvky osobnosti tak, aby se podobaly periodické tabulce prvků. Jsou jedinci, kteří jsou pasivní, také přemýšliví, klidní a vyrovnaní? Jsou ti, kteří sami sebe popisují jako společenské osoby, zároveň uvolnění, temperamentní a povídaví? Kolik je vlastně potřeba skupin slov, abychom jimi popsali osobnost? Cattell sesbíral řadu výpovědí, ve kterých lidé vypovídali o sobě a svých vlastnostech, aby s jejich pomocí mohl nalézt odpovědi na podobné otázky. Výsledky zpracoval faktorovou analýzou a zjistil, že osobnost je složena z šestnácti faktorů osobnosti, které nazval „*pramenné rysy*“. Podle Cattella je tím, co nás činí odlišnými, jedinečný soubor rysů – některé jsou zastoupeny ve vyšší míře, jiné v nižší – který vytváří základ pro přehled osobnostního „profilu“. K odvození tohoto profilu navrhnul Cattell šestnácti faktorový osobnostní dotazník (16 PF). Jedná se o škálu se 187 položkami, která hodnotí šestnáct odlišných skóru, pro každý faktor jeden.

Faktorová analýza se časem stala sofistikovanější a vědcům se začalo zdát, že by Cattellův model (i ostatní modely) mohli pro změnu zjednodušit – a také že z hodnocení ostatních, sama sebe a z kolekce osobnostních dotazníků vždy vyplývá pět základních faktorů. Tento **model pěti faktorů** osobnosti vyplýval jak ze studií dětí, tak z výzkumu studentů a starších lidí; mužů i žen; z různých jazykových oblastí; i při testech vedených ve Spojených státech, Kanadě, Finsku, Německu, Japonsku, Polsku, Číně, na Filipínách i v ostatních zemích světa. Proto se těmto pěti faktorům začalo říkat „Big Five“ (De Raad, 2000; McCrae & Costa, 1997; Paunonen a kol., 1992; Wiggins, 1996).

Ne všichni souhlasí s pětifaktorovým modelem. Cattellovi samotnému se pět faktorů zdálo málo. Naopak Hansi Eysenckovi, se kterým se setkáme za chvíli, se pět zdálo moc. Jiní psychologové sice s pěti faktory souhlasí, ale nesouhlasí zcela s jejich popisem. Důkazy nicméně narávají osvědčenému pětifaktorovému modelu, tak jak je popsán v tabulce 15.3. Většina současných vědců je přesvědčena, že nejjednodušším způsobem, jak charakterizovat individuální rozdíly osobnosti, je správně určit jejich pozici na základě následující škály rysů: (1) neuroticismus (sklon z úzkosti a negativních emocí); (2) extraverte (touha po stimulaci, aktivitách a sociální interakci); (3) otevřenost nové zkušenosti (vnímavost vůči novým zkušenostem a myšlenkám); (4) přívětivost (nezištná starost o ostatní); (5) svědomitost (tendence chovat se spolehlivě, disciplinovaně a ctězdostivě).

K měření těchto pěti faktorů byly postupem času vytvářeny nové testy a skóry, kterých lidé dosahují, dále se využívají k predikci jejich chování (Costa & McCrae, 1992; De Raad & Perugini,

rys Relativně stabilní predispozice k tomu, chovat se v určité situaci určitým způsobem.

pětifaktorový model Model osobnosti, sestávající z pěti základních rysů; neuroticismus, extraverte, otevřenost vůči zkušenosti, přívětivost a svědomitost.

„N, E, O, P a S nejsou výmyslem západních psychologů; jsou součástí lidské povahy – dimenze trvalých dispozic, které se nějakým způsobem projevují v každé kultuře.“

ROBERT R. MCCRAE

TABULKA 15.3 Faktory osobnosti – Big Five

Faktor	Popis rysů
neuroticismus	Napjatý vs. uvolněný Zranitelný vs. odolný Neklidný vs. klidný
extraverte	Sebelitostivý vs. spokojený Společenský vs. samotářský Bavící se vs. vyhledávající zábavu Přátelský vs. rezervovaný
otevřenost nové zkušenosti	Spontánní vs. opatrný Originální vs. konvenční Nápaditý vs. přízemní Různé zájmy vs. úzce zaměřený Přístupný vs. uzavřený novým myšlenkám
přívětivost	Srdečný vs. popudlivý Dobrosrdečný vs. krutý Zdvořilý vs. neomalený
svědomitost	Soucinný vs. necitelný Dobře organizovaný vs. chaotický Spolehlivý vs. nespolehlivý Pracovitý vs. líný Ambiciózní vs. nedbalý

Co myslíte?

Tisíce lidí na celém světě byly testovány v souvislosti s BIG FIVE. Myslíte si, že se mohou z pohledu genderové role ukazovat nějaké rozdíly osobností, nebo jsou podle těchto výsledků muži a ženy stejní? Jaký je váš odhad: Jsou muži nebo ženy *neurotičtější* nebo mezi nimi neexistuje výrazný rozdíl? A jak je tomu s *extravertí, otevřeností, přívětivostí a svědomitostí*? Na základě dvaceti tří tisíc odpovědí respondentů z dvaceti šesti zemí zjistil Paul Costa a jeho kolegové (2001), že existují malé, ale stále rozdíly: Ženy jsou *neurotičtější a přívětivější než muži* a také jsou, pokud se jedná o lidi, *extrovertnější*. Muži jsou *extrovertnější v případech riskování*. Ženy jsou také *otevřenější vůči estetice a pocitům*; muži jsou *otevřenější novým nápadům a myšlenkám*. Podobné vlastnosti vykazují muži a ženy co se týče svědomitosti. Přesto stále není jasné, jestli jsou tyto rozdíly následkem genetické determinace nebo výsledkem kulturních faktorů.

2002). Jeden z výzkumů byl např. zaměřen na studenty a mladé lidi, kteří si hledali zaměstnání přes agenturu, která zařizuje brigády. Zjistili, že ti z nich, kteří dosáhli nízkého skóru faktoru svědomitosti také s větší pravděpodobností častěji platili pokuty za rychlou jízdu nebo byli nějakým způsobem účastní silničních nehod (Srthur & Graziano, 1996). Jak se dočteme na straně 570, pětifaktorový model lze také velmi dobře využít pro předvídaní chování na pracovišti.

VYTVÁŘENÍ VÍCERYSOVÝCH INVENTÁŘŮ

Jak už Allport poznamenal, studium osobnosti by mělo začínat nejenom popisem, ale také měřením a hodnocením. A tak se i stalo. Jedním z největších přínosů rysového přístupu je konstrukce osobnostních inventářů. Jedná se o dotazníky, které jsou navrženy tak, aby se jimi daly posoudit celé „trsy“ rysů. Jedním z nich je Cattellův dotazník 16 PF – šestnáctifaktorový osobnostní dotazník, ale existuje i řada jiných dotazníků. Nejčastěji používaným dotazníkem je **Minnesotský multifázový osobnostní inventář (Minnesota Multiphasic Personality Inventory)** neboli **MMPI**. Skládá se z 550 položek, na které se odpovídá je/není to pravda. Původně byl navržen ve čtyřicátých letech dvacátého století k diagnostikování psychologických poruch (Hathaway & McKinley, 1983).

MMPI znamená pro hodnocení osobnosti asi tolik, jako Stanford-Binetův test pro hodnocení inteligence. Alfred Binet použil empirický přístup. Nejprve dal dohromady obrovské množství úkolů a potom testoval školáky. Nakonec ponechal pouze ty úkoly, které pomalí a rychlí žáci řešili odlišně. Tvůrci MMPI použili podobnou metodu. Sepsali stovky výroků a nechali je zhodnotit jak zdravými lidmi, tak pacienty s mnoha psychiatrickými diagnózami (depresivní, paranoidní atp.). Konečný soubor položek sestavili pouze z těch výroků, které byly hodnoceny oběma skupinami odlišně – i v případě, že jejich obsah nedával moc smysl. MMPI obsahuje diskriminující, ale také velmi nezvyklé a podivné výroky (např. nepřičetní pacienti odpovídají *je to pravda* na výrok „Občas nemám cit v prstech“ mnohem častěji než ostatní). Satirik Art Buchwald jednou vtipkoval na téma MMPI tak, že výroky parodoval vlastními výroky. Byly mezi nimi na příklad věty „Myslím, že bobří příliš pracují“, „Šílený řev mě znervózňuje“ nebo „Strýc mé matky byl dobrý člověk“.

MMPI se používá už přes padesát let. Mnoho výroků za tu dobu prodělalo změnu a navíc původní normy byly sestaveny pro převážně americkou střední třídu. Modernizace testu s sebou přinesla tvorbu nových položek a nové normy. Tentokrát byl vzorek sesbírán po celém území Spojených států. Výsledkem je verze, která obsahuje 567 výroků a je uváděna pod označením MMPI-2 (Butcher & William, 2000; Graham, 2000). Podobně jako původní verze i tato obsahuje deset klinických škál, které jsou popsány v tabulce 15.14. Osm z nich rozlišuje „normální“ a diagnostikovanou skupinu lidí. Dvě další škály měří hodnoty maskulinity – femininity a sociální introverze. MMPI-2 je také složen z patnácti *obsahových (kontentových) škál*, které hodnotí postoje k práci, rodinné problémy a ostatní charakteristiky. MMPI i MMPI-2 obsahují také *škály validity*, které mají za úkol odhalit osoby, které jsou zmatené a neodpovídají pravdivě proto, aby zanechaly lepší dojem. Ten, kdo mnohokrát odpoví „je to pravda“ na sociálně žádoucí, ale nepravděpodobná tvrzení jako např. „nikdy se nenaštvu“, je ohodnocen jako osoba, která se snaží vykreslit sama sebe v dobrém světle. Nečestné a nepravdivé odpovědi mohou být závažným problémem (Baer & Miller, 2002) – např. když výsledek testu rozhoduje, jestli někomu lze svěřit dítě do opatrovnictví (Bagby a kol., 1999) nebo pokud bude ovlivňovat umístění a léčbu delikventa (Megargee a kol., 2001).

MMPI je test, který se snadno provádí i hodnotí, a na rozdíl od Rorschachova testu, u kterého mohou dva examinační dojít k odlišným závěrům. Odpovědi účastníka testu mohou být proto zpracovány v osobnostní profil pomocí počítače je skórování u MMPI zcela objektivní. Proto je právě tento test preferován jak klinickými, tak výzkumnými pracovišti a byl přeložen do

Minnesotský multifázový osobnostní inventář (Minnesota Multiphasic Personality Inventory – MMPI) Rozsáhlý test rozlišující pestré škály psychických poruch a osobnostních rysů.

TABULKA 15.2 Jaké míry sebeaktualizace jste dosáhli?

Klinické škály	Popis	Ukázky položek
1. Hypochondrie	Nadměrné obavy o zdraví, únava, stěžování si	„Několikrát týdně cítím pálení v žaludku.“
2. Deprese	Nízká morálka, pesimistický postoj k budoucnosti, pasivita, beznaděj, nespokojenost a stagnace	„Někdy jsem celé dny, týdny, měsíce nic pořádně neudělal, protože jsem se nemohl vzchopit.“
3. Hysterie	Používání fyzických symptomů k získání pozornosti ostatních nebo k vyhnutí se sociální odpovědnosti	„Často na mě jdou mdloby.“
4. Psychopatie	Ignorance sociálních pravidel a autorit, impulsivita, nespolehlivost, sebestřednost a povrchní přátelství	„Ve škole jsem byl někdy předvolán k řediteli, protože jsem vyrušoval při vyučování.“
5. Maskulinita / feminita	Identifikace s mužskou nebo ženskou rolí	„Rád čtu zamilované příběhy.“
6. Paranoidita	Pocit pronásledování a nebo velkoleposti, podezřavost, přecitlivělost, obviňování a nedůvěra	„Někdo mě sleduje.“
7. Psychastenie	Úzkost projevující se strachem, sebeepochybováním, dále obavy, pocit viny, obsese a kompulze	„Pořád mám o něco nebo o někoho strach.“
8. Schizofrenie	Pocit sociálního odcizení, rezervovanost, zmatenost a dezorientace, bizarní myšlenky a pocity	„Mám často pocit, že nejde o skutečnost.“
9. (Hypo)mánie	Hyperaktivita, nadšení, euforie, radost a nadměrný optimismus	„Někdy myslím rychleji, než stíhám mluvit.“
10. Sociální introverze	Přetrhání sociálních kontaktů, izolace, plachost, rezervovaný, nesmělý a sebestřednější postoj	„Často musím skrývat svou nesmělost.“
Valorizační škály	Popis	Ukázky položek
Nemohu říci	Vyhýbavost, kterou naznačuje vysoký počet nezavazujících odpovědí „Nemohu říci“	(Nelze zařadit; tento skór sestává z vysokého počtu odpovědí „Nemohu říci“.)
Lži skór	Tendence ukázat se v lepším světle, nečestně, tak abychom vyvolali lepší dojem	„Vždy říkám pravdu.“
Četnost	Tendence ukazovat neobvyklé slabosti a problémy	„Všechno chutná stejně.“
Korektnost	Nepatrné náznaky obran nebo nedostatek sebepoznání	„Nikdy v životě jsem se necítil lépe než nyní.“

více než stovky jazyků. Ti, kteří s testem pracují ale musí být velmi opatrní a musí vědět, jak s ním pracovat a interpretovat jeho výsledky. Přestože jde o test velmi spolehlivý, k dokonalosti má daleko. Obzvláště opatrní by měli být

psychologové, kteří se snaží interpretovat odpovědi účastníků testu kulturních a subkulturních skupin, kteří nesdílejí stejné hodnoty, myšlenky a zkušenosti. Modelové hodnocení se může v určité kultuře jevit jako dostatečné, ale v jiné kultuře nemusí vyhovovat (Churých, 2001). V současné době jsou také velmi populární internetové kurzy a testy osobnosti, které si můžete udělat on line. K hodnocení výsledků anonymního testu, který byl vyplněn touto neosobní formou, je také třeba přistupovat s velkou opatrností (Buchanan, 2002).

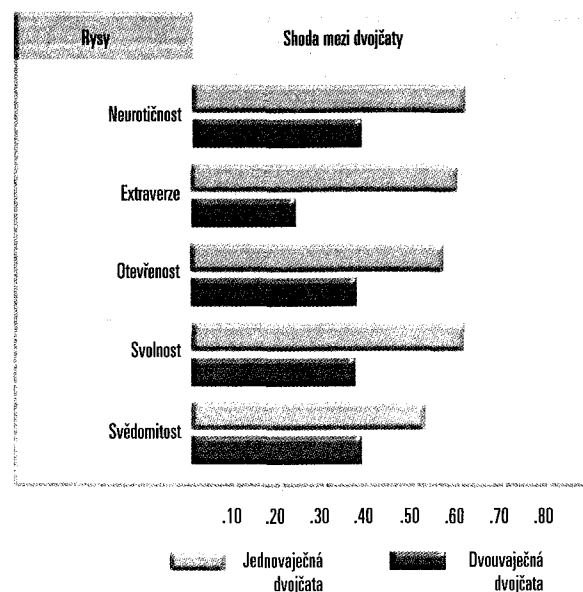
BIOLOGICKÉ KOŘENY OSOBNOSTI

Mnohé rysové teorie, dokonce i ty, které vznikaly před samotným zrodem psychologie jako samostatné disciplíny, jsou založeny na předpokladu, že existuje spojení mezi biologickými a osobními dispozicemi. V pátém století před naším letopočtem usoudil řecký lékař Hippokrates, že by se lidé měli dělit do čtyř osobnostních typů podle toho, které z „tělesných šťáv“ u nich převládají. Z nadbytku krve podle něj plyne veselost, nadbytek černé žluče přináší smutek, nadbytek žluté žluče vztek a nadbytek hlenu lenost a liknavost. V devatenáctém století našeho letopočtu představil německý doktor Franz Gall frenologii. Frenologie je pseudověda, která se pokouší nalézt spojitost mezi typem osobnosti a strukturou mozku, která se projevuje ve změnách a odlišnostech tvaru hlavy. Další vědci se zaměřili na fyziognomii s myšlenkou, že lidská povaha se nutně odráží na tváři (například lidé s úzkými rty jsou podle této teorie svědomití; lidé s plnými rty pro změnu emocionální).

Přestože podobné úvahy jsou dávno překonány, objevuje se nový zájem o sledování vazby mezi biologií a osobností. Roku 1954 studoval William Sheldon tisíce dospělých mužů a došel k závěru, že existují tři tělesné konstituce. Každou z nich lze spojit s určitým typem osobnosti. Podle Sheldona se *ektomorfní* typ vyznačuje štíhlou a křehkou postavou a zdrženlivými, horlivými a plachými projevy. *Endomorfní* typ značí jemnou, podsaditou postavu a uvolněné, společenské a dobrácké chování. A konečně *mezomorfní* typ, který náleží silné, svalnaté postavě a neohroženému, asertivnímu a energickému chování. Přestože Sheldon předvedl mnoho důkazů o vzájemném propojení tělesného typu s osobností, jeho metody se časem ukázaly jako chybné a pozdější výzkum už nepřinesl natolik ohromující a realistické výsledky.

Existují tedy nějaké biologické determinanty osobnosti? Samozřejmě že ano. James Dabbs (2000) uvádí v knize *Heroes, Rogues and Lovers* (Hrdinové, darebáci a milenci) množství výzkumů, které popisují stabilní modely chování na základě hodnot mužského pohlavního hormonu testosteronu. Průměrný muž produkuje osm až desetkrát víc testosteronu než průměrná žena. Přesto existují individuální rozdíly v produkci, které mají podobné následky u obou pohlaví. Výzkum studentů, atletů, herců, právníků, stavebních dělníků, vojenských veteránů, striptérek, vězňů a ostatních ukázal Dabbsovi a jeho kolegům, že lidé se zvýšenou hladinou testosteronu – který se dá měřit ze vzorků krve nebo slin – jsou odvážní, soutěživí, energičtí, dominantní, sexuálně aktivní, nespoutaní, impulzivní a agresivní. Výsledek: lidé s vyšší hladinou testosteronu jsou více náchylnější jak ke spáchání násilného činu, tak k riskování vlastních životů při vykonání hrdinského činu, který může mít smrtelné následky.

Ať už mají biologické mechanismy jakýkoliv vliv, genetický vliv na formování osobnosti je nepopíratelný. Vzpomeňte si na debatu o vlivu prostředí a přírody v kapitole 8, kde byly popsány studie dvojčat. Z hlediska řady rysů tyto výzkumy prokazují, že 1) jednovaječná dvojčata, která vyrůstají společně, jsou si podobnější než dvojevaječná dvojčata a (2) dvojčata, která nebyla vychovávána společně, jsou si stejně podobná jako dvojčata, která vyrůstala společně. Všeobecně se dá tvrdit, že stále větší počet vědců zastává názor, že osobnostní rozdíly populace jsou ze 40 až 50 procent dány geneticky (Loehlin, 1992; Plomin, 1997). Jak vidíme



Obr. 15.10 **Genetický vliv na osobnost** Na základě výzkumu dvojčat poskytují tyto korelace odhady toho, do jaké míry jsou osobnostní rysy zděděny. Všimněte si, že některé rysy mají silnější genetické kořeny než jiné (Bourkenau a kol., 2001).

na obr. 15.10, je tento odhad v souladu s výsledky nedávného výzkumu z Německa, ve kterém bylo hodnoceno pět rysových faktorů u 168 párů jednovaječných dvojčat a 132 párů dvojevaječných dvojčat (Bourkenau a kol., 2001).

K překvapení mnoha psychologů odhalují výzkumy dvojčat mimo jiné fakt, že existují genetické vazby na rysy, o kterých se předpokládá, že vznikají pouze na základě osobní zkušenosti. Jednovaječná dvojčata stejného pohlaví jsou například podobnější než dvojevaječná ve svém přístupu k sexualitě, sportům, náboženství, názorům na potrat a trest smrti (Olson a kol., 2001; Tesser, 1993); ve své volbě povolání a osobních zájmech (Lykken a kol., 1992); a také v postoji k rozvodům (McGue & Lykken, 1992). Konkrétní osobnostní rysy, které jsou ovlivňovány geneticky nás predisponují k tomu, že pravděpodobně získáme určité zkušenosti. Například lidé, kteří dosahují vysokého skóru v neuroticismu nebo úzkostnosti – což je obojí podmíněno geneticky – se s větší pravděpodobností rozvedou na rozdíl od lidí, kteří u těchto rysů dosahují nízký skór (Jockin a kol., 1996).

INTROVERZE A EXTROVERZE

Na celkovém počtu rysů se psychologové nejspíš neshodnou nikdy. Jedni mohou tvrdit, že jsou pouze dva, jiní že je jich pět nebo šestnáct nebo dokonce dvě stě. Za to všichni do jednoho potvrdí, že jedním z nejvlivnějších aspektů z pohledu rysových teorií je – a to ve všech světových kulturách, u dětí i u dospělých, v dotaznících i v projevech chování – rozlišení introverze – extroverze, jeden z Big Five základních rysových faktorů. Všimli si ho již staří Řekové a Římané. Stejně jako filozofové, lékaři i spisovatelé dob pozdějších. O individuálních rozdílech tohoto aspektu psal Carl Jung, stejně jako Allport a Cattell. Dokonce Pavlov popsal psy ze své laboratoře, ve které studoval klasické podmiňování, jako rozdílné v tom smyslu, že se někteří projevovali společenštěji než ostatní. Britský psycholog, který nakonec jednoznačně definoval tento rys, se jmenuje Hans Eysenck. Kromě teorie sestavil také metodu, kterou je možné tento rys testovat a formuloval provokativní teorii, která vysvětluje původ tohoto rysu.

Eysenck (1967) popsal typického extraverta jako osobu, která má mnoho přátel, miluje večírky, dožaduje se vzrušení, vyhledává dobrodružství, snadno se chopí příležitosti, jedná bezhlavě a bez zábran. Introvert je naopak ten, kdo jedná zdrženlivě, nemá mnoho přátel, vyhýbá se podnětům, jedná opatrně a nedůvěřuje momentálnímu nutkání. Na základě starších spisů, osobních pozorování a faktorové analýzy vytvořil Eysenck test, který umožňuje měření a hodnocení introverze a extroverze (viz tabulka 15.5). Pomocí tohoto i jiných testů se výzkumníkům podařilo zjistit, že extraverti jsou všeobecně hovornější, preferují povolání, která vyžadují společenské kontakty a více riskují (Eysenck

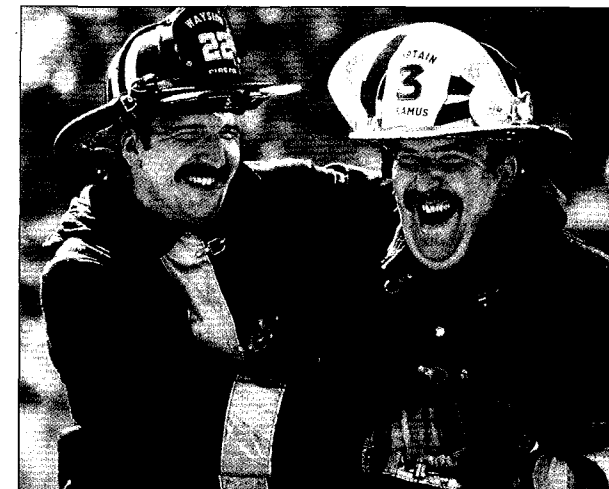
TABULKA 15.5 **Jste introvert nebo extrovert?**

1. Řekl(a) byste o sobě, že jste bezstarostný (á)?
2. Dáváte přednost četbě před setkáními s lidmi?
3. Máte kolem sebe rád(a) hodně pohybu a vzrušení?
4. Když jste mezi lidmi, jste většinou zticha?
5. Jednáte často bez rozmyslu?
6. Pohybujete se pomalu a neuspěchaně?
7. Děláte rád(a) věci, při nichž je třeba jednat rychle?
8. Nemáte rád(a) „kanadské žertíky“, které mohou někdy lidem ublížit?
9. Dokážete se obvykle úplně uvolnit a bavit ve veselé společnosti?
10. Máte rádi práci, která vyžaduje pozornost?

Zdroj: H. J. Eysenck & S. G. B. Eysenck. (1964). *Manual of the Eysenck Personality Inventory*. London: University of London Press.

extrovert Společenský a impulzivní člověk, který vyhledává podněty.

introvert Opatrný a tichý člověk, který se podnětům vyhýbá.



Jednovaječná dvojčata Gerald Levy a Mark Newman byla separována hned po porodu a vychována v odlišných rodinách. Když se opět sešli, bylo jim 31 a zjistila, že se podobají v mnoha rysech – a také že se z obou stali hasiči. Důkazem vlivu genetiky na utváření osobnosti jsou právě výzkumy dvojčat, které dokazují, že jednovaječná dvojčata jsou si hodně podobná i v případě, že nevyrostají v jedné domácnosti.

Jestli touzíte otestovat sami sebe, můžete na internetu nalézt řadu seriózních i méně seriózních testů osobnosti na:

<http://www.2h.com/Tests/personality.phtml>

& Eysenck, 1985). Otázkou proto zůstává, co je příčinou tohoto všudypřítomného aspektu osobnosti. Jestli chcete zjistit, jaký typ člověka jste, odpovězte na otázky z tabulky 15.5. Pokud jste na většinu lichých otázek odpověděli *ano* a na většinu sudých *ne*, jste spíše extrovertní. Jestli jste odpovídali přesně opačně, jste spíše introvertní. Hodně lidí se nachází někde uprostřed.

Eysenck se domnívá, že individuální rozdíly jsou dány biologicky, a že centrální nervový systém introvertů je citlivější na podněty. Podle Eysencka lidé vyhledávají takové množství stimulace, která vyvolá přiměřenou úroveň nabuzení CNS. Introverti dosahují této úrovně snadno, a proto se vyhýbají intenzivním zdrojům rozrušení nebo nadšení. Extraverti se naopak vzruší velmi obtížně, a proto vyhledávají hodně silných podnětů. Proto potřebuje extrovert silnější podnět než introvert, aby dosáhl kýženého „prožitku“. Dosavadní výzkumy tuto teorii víceméně podporují (Bullock & Gililand, 1993; Eysenck, 1990). Jeden z výzkumů například dokazuje, že když kápnete kapku citronové šťávy na jazyk introvertovi bude slinit více, než když kápnete citron na jazyk extrovertovi (Dary a kol., 1988). Další výzkumy dokazují, že introverti se snadněji povzbudí kofeinem a jinými podněty – naopak alkohol a jiné uklidňující látky u nich vyvolávají obtížněji pocit uvolnění (Stelmack, 1990). Nedávná studie zahrnující PET vyšetření dokazuje mimo jiné, že se u introvertů projevuje silnější prokrvení v oblasti čelních laloků než u extrovertů (Johnson a kol., 1999). Jednoduše řečeno, tvrdí Eysenck, každý z nás se rodí s nervovým systémem, který nás predisponuje k tomu, jestli milujeme anebo nesnášíme velké davy lidí, výrazná světla, ohlušující hudbu, rychlá auta, horské dráhy, napínavé filmy, ostrá jídla a jiné společenské podněty.

Extraverti ale nejsou pouze společenější než introverti. Podle Marvina Zuckermana (1994) také častěji vyhledávají rozruch a pozdvižení – což vede lidi k požívání alkoholu, kouření a celkově k užívání látek vyvolávajících závislost; vyhledávají neobvyklé situace; provozují nebezpečné sporty a podobné intenzivní formy stimulace; a také podléhají gamblerství a riskují pro vzrušení. Co se týče introvertů, potvrzují Elaine a Artur Aron (1997), že vyhýbaní se společenským situacím a silným podnětům je pouze prozíravou a adaptivní strategií lidí, kteří jsou velmi citliví na podněty. V sérii výzkumů zjistili, že probandi, kteří se sami popsali jako „silně citliví“, zaznamenali s větší pravděpodobností pocit nebo dojem uchvácení, který byl vyvolán silným smyslovým podnětem. Na rozdíl od ostatních se snadno rozpláchnou, jsou citlivější na denní světlo a hůře snášejí bolest. Také je více dojmou emotivní



Oslavy Nového roku jsou na newyorském Time Square vždy divoké a blučné. Zástupy lidí zde bulákají a střikají šampaňským. Hudba a trubky rámusí, vzduchem létají konfety, světla září a ohňostroj burácí nad hlavami. Jde přesně o ten druh smyslové zkušenosti, kterou extroverti vyhledávají a introverti si jí raději vyhýbají.

TABULKA 15.6 Jak jste na tom s vyhledáváním stimulace?

ŠKÁLA LIDÍ KTEŘÍ VYHLEDÁVÁNÍ VZRUŠENÍ (Zuckerman, 1994)

1. Rád bych si skočil s padákem.
2. Mám rád "divoké" a "bezuzdné" večírky.
3. Mám rád vzrušení.
4. Nudí mě stále stejné tváře.
5. Jsem rád s lidmi, kteří berou sex volně a nezávazně.

ŠKÁLA VELMI CITLIVÝCH LIDÍ (Aron & Aron, 1997)

1. Polekáte se snadno?
2. Přemůže vás snadno silný smyslový podnět?
3. Vadí vám hlučná hudba?
4. Dokážou vás rozrušit jakékoliv změny ve vašem životě?
5. Vykolejí vás záplava práce, kterou máte stihnout za krátký čas?

filmy a žijí raději na venkově než ve městě. V tabulce 15.6 vidíte příklady výroků z testů, které se používají k měření jak tendence vyhledávat vzrušení, tak citlivosti neboli senzitivity.

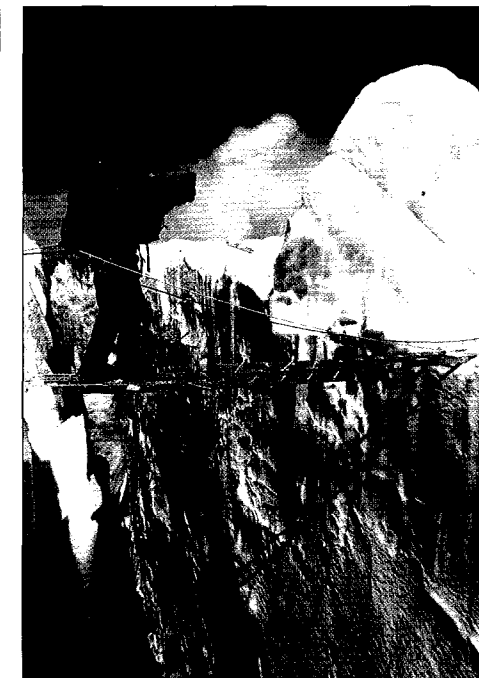
Je zajímavé, že náznaky toho, jestli se z dané osoby stane introvert nebo extrovert, se dají spatřit u malých dětí už krátce po narození. Jerome Kagan (1994) už dlouho sleduje, jak jsou děti *ztlumené* nebo *neutlumené* (většina dětí spadá do jedné ze dvou kategorií). V šesti týdnech nesmělé děti – v porovnání s dětmi bez zábran – snadněji znervózní a na podněty jako zavěšené předměty, hovor lidí, intenzivní pachy a podobně je snadněji rozpláchnou. Dvouleté utlumené děti jsou bojácné, obávají se neznámých lidí a vyhýbají se neobvyklým situacím, zatímco děti neutlumené jsou odvážné, přátelské a rychle si zvyknou na nové lidi i situace. V pěti letech jsou sociálně nesmělé děti plaché a snadno je vyvede z rovnováhy mírně stresující úkol – odvozeno na základě naměřené zvýšené úrovně srdeční činnosti, rozšíření zornic a zvýšení hladiny norepinefrinu. Často vykazují vyšší napětí obličejových svalů a mívají nadprůměrné hodnoty kortizonu, hormonu, který je spojen s fyziologickým nabuzením vyvolaným stresem. Jsou popudlivější a na podněty reagují citlivěji i v jedenácti až dvanácti letech (Woodward a kol., 2001).

Ne ze všech utlumených dětí se musí stát nesmělí dospělí. Dlouhodobé výzkumy nicméně naznačují, že tomu tak často bývá – že se některé aspekty osobnosti v dospělém věku dají předvídat z povahy a chování v dětství. Příkladem jsou batolata, která byla ve věku tří let hodnocena jako silně popudlivá, impulzivní a těžko zvladatelná. V jednadvaceti letech se u nich objevily problémy s drogami a v práci, nebo konfliktní vztahy. Na druhou stranu děti, které se ve třech letech projevovaly jako silně nesmělé, bojácné a plaché, se později jeví jako sociálně osamocené a deprimované (Caspi, 2000).

Chování jako biologickou predispozici chování obhajují dvě linie výzkumu. První z nich je pozorování Stephena Suomi (1991), který vysledoval, že chování mláďat makaka se liší od jejich chování po narození. Suomi označuje utlumené opice jako „upjaté“ a opice neutlumené jako „uvolněné“. Zjistil, že upjaté opice, které jsou plaché a úzkostlivé, mají podobné fyzické atributy jako nesmělé děti, které pozoroval Kagan. Druhou linii zastupuje Janet DiPietro s kolegy (1996), kteří monitorovali srdeční rytmus a motorickou činnost jedenácti lidských plodů od dvaceti týdnů před porodem. Na základě toho, jak matky později popisovaly chování svých dětí zjistili, že z neaktivnějších plodů byly později ve věku šesti měsíců hektické, náročné a méně adaptabilní děti. Znamená to, že některé aspekty dětské povahy se dají vysledovat dokonce před narozením.

EXISTUJÍ RYSY?

Intuitivně se můžeme za „rysové“ psychology považovat všichni. Všichni totiž používáme různé výrazy pro různé rysy, když popisujeme sami sebe i ostat-



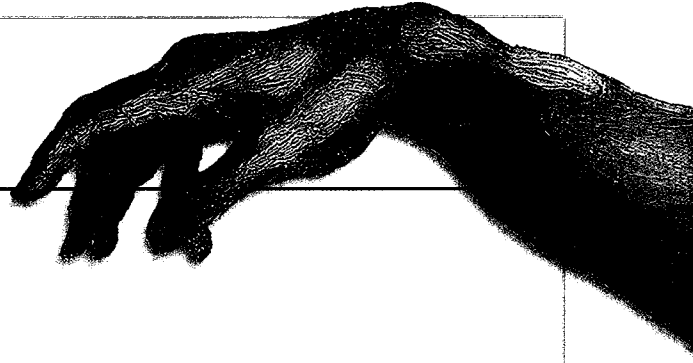
Vzhledem k touze po smyslových podnětech a pocitu vzrušení vyhledávají extraverti často extrémní situace – jako např. lezení na ledovci.



PROCES OBJEVOVÁNÍ

Jerome Kagan

– Původ lidské povahy



Dotaz: Kdy jste se začal poprvé zajímat o psychologii?

Odpověď: Rozhodnutí stát se psychologem mělo dva základní motivy, které vycházely z mé osobní povahy a minulosti. Mladí lidé se liší ohledně přírodního fenoménu, který vyvolává náruživou zvědavost. Některým burcuje duši pohled na hvězdy; jiným roková hudba. Já jsem byl fascinován přemýšlením o ostatních, i když nechápu, proč je to pro lidskou mysl tak atraktivní téma.

Pojítka s minulostí je jasnější. V polovině dvacátého století, když jsem se rozhodoval, čím se stanu, přesvědčili američtí psychologové sebe i média, že objevili a popsali ranné environmentální podmínky, které napomáhají vzniku kriminality, psychóz, depresí a úzkostí. Pokud šlo o správný předpoklad, tak by výzkumníci, byli schopni předat své poznatky rodičům a problémy by se tak vyřešily. Většina osmnáctiletých, která uvěřila této naivní myšlence, se pak dala snadno zlákat pro studium psychologie dětí.

D: Jak jste dospěl ke svému významnému objevu?

O: Pamatuji si okamžik, kdy měli poprvé napadly myšlenky, které vedly k formulování temperamentní kategorie, kterou nyní nazýváme „high-reactive infant“. Se sbírali jsme s Nancy Snidman data popisující chování čtyřměsíčních dětí a já jsem právě sledoval video nahrávky prvních pár desítek z nich. Jedna z dívek se výrazně lišila od ostatních, které jsem sledoval. Mávala končetinami, prohýbala se v zádech a plakala, když se jí nad hlavou pohybovaly zavěšené barevné předměty. Bylo jasné, že tato dívka se narodila s temperamentovým předurčením k extrémnímu nabuzování sice jednoduchými, ale neznámými podněty. To odpoledne se zrodil koncept high-reactive infant.

D: K jakému vývoji došlo v oboru, který jste inspiroval?

O: Díky výzkumům mnoha vědců se studium lidské povahy stalo velmi populárním. V dnešní době je víceméně jasné a většina vědců uznává, že dalšímu vývoji temperamentu přispívá individuální vklad.

D: Kam podle vás daný obor směřuje?

O: Vypadá to, že se naplní dvě předpovědi. Psychologové zaprvé objeví obrovské množství rysů temperamentu. Mnohem více než devět, jak se domnívali Thomas a Chess ve své původní publikaci, která vyšla téměř před padesáti lety. Některé z charakterových kategorií budou společné, jiné se projeví vzácně. Domnívám se také, že většina temperamentových rysů bude derivátem různé koncentrace – a také umístění a hustoty – receptorů neurochemikálií lidského mozku. Neurochemické obměny budou základem povahových sklonů; proto budou v budoucnosti typy temperamentu definovány jak projevy chování, tak i biologickým základem, spíše než jen samotnými projevy chování.

Budeme muset ale také pochopit, že žádné temperamentové předurčení není deterministické. Konečnou podobu temperamentového uspořádání, konkrétního výsledku výběru z mnoha vývojových možností, pomáhají dotvářet zkušenosti z dětství. Ne všechny high-reactive děti se stanou plachými dospělými jedinci, ale z několika z nich budou veselí, nebojácní lidé, kteří se budou pouštět do riskantních akcí. Není ale možné předpovídat, kam dopadne kamínek, který se ulomí z vrcholku hory. Proto i když víme, že temperamentové předurčení orientuje dítě určitým směrem, nelze s určitostí odhadnout, jak jeho vývoj dopadne a jaký dospělý jedinec z něj vyroste. Budoucnost totiž přináší mnoho nečekaných zvrátů.

Jerome Kagan je profesorem psychologie na Harvardské univerzitě.

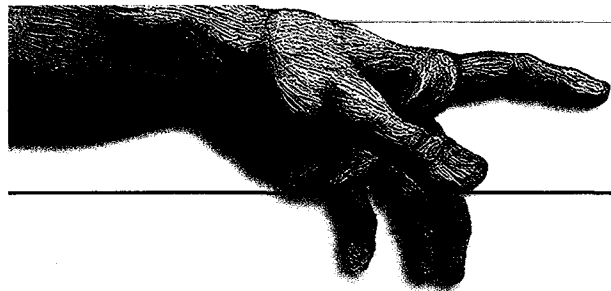
ní. Máme také základní představu o tom, jak jednotlivé rysy povahy souvisí s ostatními rysy a jak se vztahují k chování. Předpokládáme, že lidé, kteří jsou nepředvídatelní, jsou také nebezpeční a ti, kteří pomalu mluví, jsou určitě také nechápaví. Vždycky nás překvapí, když náš zdvořilý a skromný spolupracovník vybuchne vzteky a když se z jemňoučké „slečny od vedle“ vylíhne „výrazná žena. Každý z nás vnímá některé rysy více než jiné. Někdo může být zaměřen na hodnocení intelektu lidí zatímco ostatní hledají třeba fyzickou krásu, přátelskost, smysl pro humor nebo sledují, jak pevně je ostatní uchopí, když si s nimi potřásají rukou. Když jsem byl mladší, věřil jsem, že dokážu okamžitě ohodnotit jakéhokoliv člověka – jestli je uvolněný nebo napjatý, soutěživý nebo pomáhající, opatrný nebo dobrodruh atd. – když ho budu sledovat, jak hraje Scrabble, Monopoly nebo podobnou hru.

Přemýšlet o lidech a jejich chování tak, že jim přisuzujeme konkrétní rysy, je přirozené. Někteří kritici ale poznamenávají, že podobný postoj má svá omezení. Psychoanalytici například tvrdí, že je takový postoj povrchní, kognitivní teoretici sociálního učení zase poznamenávají, že naprosto opomíjí situační faktor a humanisté dokonce zastávají názor, že jde o postoj chladný a neosobní. Největším kritikem rysového postoje je nejspíš Walter Mischel (1968), který popřel, že by nějaké rysy vůbec měly existovat. Po mnohaletém výzkumu došel Mischel k tomu, že (1) z výsledku testu osobnosti nelze předvídat chování a (2) lidé se podle rysů nechovají vždy a důsledně. Jako důkaz použil vzorovou studii, kterou provedli Hugh Hartshorne s Markem Mayem (1982), ve které sledovali morální chování tisíců dětí ve škole, doma, na večírcích a jiných místech. Hledali důkaz přítomnosti jednoho z rysů – četnosti. Hartshorne s May zjistili, že děti vykazovaly překvapivě málo důslednosti v projevech chování v různých situacích. Děti někdy neměly potřebu opisovat ve škole nebo si nevsímaly peněženky na zemi, kterou mohly snadno vzít zato velmi šikovně podváděly při atletických závodech nebo lhaly rodičům. Proto, tvrdí Mischel (1968), rysy hodnocené osobnostními testy nemohou spolehlivě vypovídat a predikovat chování.

Mischelova kritika vyvolala mezi psychology obrovskou polemiku o tom, jestli náhodou nebudou rysy pouhým výplodem něčí fantazie. Následovalo několik let výzkumů a debatování, ze kterých vzešly tři základní závěry. Zaprvé, jak poznamenal Seymour Epstein (1979), jsou rysy jako měřítko vysoce informativní – ale pouze v případě, že jimi chceme hodnotit a predikovat tendenci k určitým způsobům chování. K hodnocení osobnosti vyvinuli psychologové testy, které kombinují při hodnocení odpovědi několika podobných otázek. Podobně, a to kombinací několika podobných projevů rysů by jak tvrdí Epstein, mělo být měřeno a hodnoceno chování. Testy, které měří IQ také nemají za úkol předpovědět známky, které člověk dostane v konkrétním semestru a také skóry, které získáte při hodnocení introverze – extraverte nemohou nijak naznačit, jestli se na příštím večírku blýsknete několika vtipy. Stejným způsobem kterým chápeme testy IQ jako měřítko, které nám pomůže odhalit, jakých známek můžeme dosáhnout průměrně, tak i osobnostní testy bychom měli brát jako předvídání všeobecných tendencí chování (Epstein & O'Brien, 1985; Moskowitz, 1982). (Viz článek *Psychologie a podnikání*)

Druhý závěr vychází z toho, že chování pramení ze vzájemné *interakce* osoby a situace (Magnusson & Endler, 1977; Snyder & Ickes, 1985; Mischel & Shoda, 1995; Cervone & Shoda, 1999). Tato interakce může mít mnoho forem. Zaprvé, osobnostní rysy mohou být vyjádřeny pouze v relevantní situaci. Jestli úzkostní, může se vám stát, že se hodně zapotíte před první schůzkou nebo veřejnou prezentací, ale nijak vás neznervózní, když budete doma sledovat televizi. Zadruhé, určité rysy se projevují v situacích, které předem nepředurčují konkrétní chování. Téměř každý z nás se v kostele, v knihovně nebo v plném výtahu chová tiše, ale doma, na večírku nebo i na ulici se projevujeme individuálně a volněji. Zatřetí můžeme být ovlivněni situací, ve které se nacházíme. Způsob, kterým se chováme k ostatním členům rodiny, ke kamarádům a ostatním formuje projevy, které na oplátku přijímáme od druhých. Proto vědci, kteří zkoumají vývoj dětí a popisují, jakým způsobem ovlivňují jejich chování rodiče, nyní uznávají, že také děti své rodiče formují. Začtvrté lidé si vybírají okolnosti a situace, které jejich typu osobnosti vyhovují. Extraverti, kteří touží po vzrušení častěji navštěvují zábavní parky a kasina, zatímco introverti vyhledávají tiché restaurace, osamocené stezky a podobná zastrčená místa. Zapáté – naše osobnost dokresluje způsob, kterým situace interpretujeme a reagujeme na ně. Říká se, že optimisté vidí do poloviny naplněnou sklenici jako poloplnou, pesimisté jako poloprázdnou. Jak řekl kdysi Allport (1961), „stejný oheň, který rozpouští máslo, také uvaří vejce“ (str. 102).

Třetím závěrem, ke kterému došli psychologové je fakt, že naše osobnost je po celý život víceméně stabilní. To samozřejmě neznamená, že se nemůžeme s věkem nijak měnit. Výzkumy založené na hodnocení Big Five ukazují, že jak pomalu stárneme – od osmnáctého do padesátého až šedesátého roku života – stáváme se méně extravertní, neurotičtější a otevřenější novým zkušenostem, ale jsme naopak přívětivější a svědomitější. Toto schéma pro-



VYUŽITÍ TESTŮ OSOBNOSTI V PSYCHOLOGII PRÁCE

Každý, kdo jednou hledal zaměstnání ví, že někdy je třeba vykonat nemožné, abychom je dostali. Jde o notoricky známý proces. Nejprve předložíte životopis a reference, vyplníte žádost a možná se také zúčastníte přijímacího pohovoru. Někdy se vás zeptají, jestli nemůžete předložit ukázky své práce nebo jestli se podrobíte standardizovanému testu inteligence, zájmů týkajících se povolání a testu osobnosti. Co se týče výběru pracovníků pro obchod nebo v průmyslu, existuje mnoho metod – všechny jsou vytvořeny tak, aby nějakým způsobem predikovaly výkon jednotlivce na pracovním místě (Hough & Oswald, 2000).

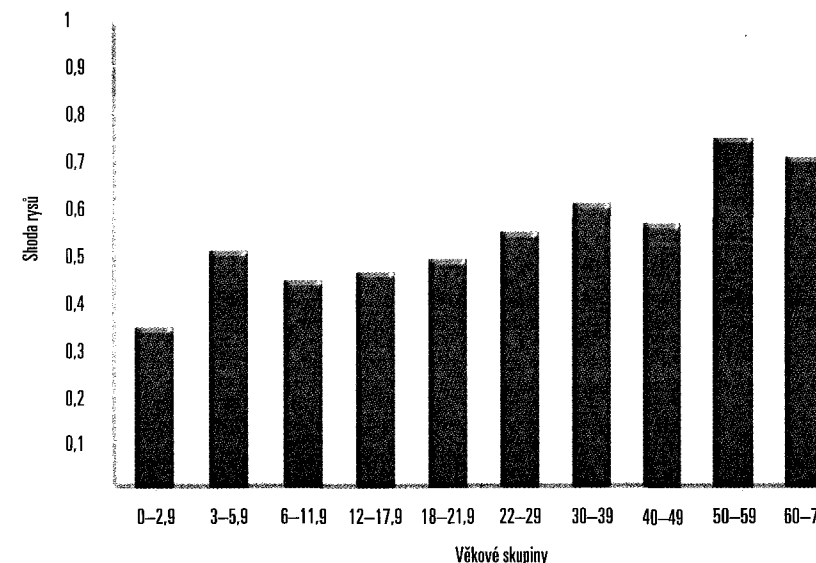
Používání osobnostních testů k výběru zaměstnanců je nicméně ožehavou záležitostí. Dá se s určitostí tvrdit, že výsledky rysových inventářů mohou pomoci odhadnout jedincovu produktivitu, motivaci, spokojenost, loajalitu a podobné aspekty týkající se daného povolání? Už dlouho se k podobnému účelu používá standardní MMPI – přestože byl původně sestaven k diagnostice duševních poruch a v podstatě neexistuje přímá vazba mezi výsledky MMPI a pracovním výkonem (Guion, 1965). Objevily se dokonce otázky, jestli je vyžadování osobnostních testů od všech potenciaálních pracovníků etické a jestli nezasahuje do soukromí. Lidé samozřejmě mohou test odmítnout, ale 52 procent z dotazovaných personálních manažerů potvrdilo, že takové žadatele zamítají okamžitě (Blocklyn, 1988).

Navzdory počátečním problémům a občasnému pochybení je už teď jisté, že některé testy osobnosti se pro predikci celé řady potenciaálních pracovních výsledků použít dají. Jedná se hlavně o predikci schopnosti vést ostatní, ochoty pomoci, absentérství a drobných krádežích (Goffin a kol., 1996; Hogan a kol., 1996). Mnoho

vědců se mimo jiné shoduje v tom, že hodnocení výkonů v jakémkoliv zaměstnání se dá v podstatě velmi dobře odhadnout dotazníkem, který je založen na Big Five osobnostních faktorech. Jak u kvalifikovaných, tak u nekvalifikovaných povolání se dá dokázat, že lidé, kteří dosahují vysokého skóru faktoru svědomitosti – to znamená, že jsou spolehliví, výkonní a vytrvalí – se v zaměstnání dobře uplatní. Testy mohou predikovat i mnohem konkrétněji, jako například to, že lidé, kteří dosáhnou vysokého skóru extroverze, snadněji uspějí jako obchodní manažeři a prodejci (Hurtz & Donovan, 2000; Hogan a kol., 1996; Salgado, 1997) – a také, že z nich mohou být inspirující vedoucí pracovníci (Judge & Bono, 2000). Jednoduše se dá shrnout, že hodnocení rysů osobnosti je pro odhad úspěchu a neúspěchu na pracovišti použitelné (Goldberg, 1993; Hogan a kol., 1996).

Jedna z kritik testování osobnosti kvůli zaměstnání poukazuje na fakt, že mnoho lidí se při testování snaží ukázat sama sebe v lepším světle, a proto při testu podvádí. Jde o vážnou, ale i využitelnou nevýhodu. Představte si, že žádáte o práci, kterou byste opravdu rádi dostali a jedinou možností, jak ji získat, je zvládnout patřičně osobnostní test. Myslíte, že se nepokusíte zakrýt své nedostatky, ať už vědomě nebo nevědomě podle toho, co si budete myslet, že se od vás žádá? Nebudou pak ale výsledky testu nevalidní? Na první otázku samozřejmě odpovídáme ano, ale na druhou nezbývá než říci ne. Psychologové zjistili, že lidé všeobecně zkreslují své odpovědi společensky požadovaným směrem – ale že tím nijak nesnižují hodnotu testu. Schopnost předvést se lépe je totiž znakem emocionální stability a svědomitosti – rysů, které samy o sobě předznamenávají pracovní úspěch (Barrick & Mount, 1996; Ones a kol., 1996).

měny bylo zjištěno jak u žen, tak u mužů v Německu, Itálii, Portugalsku, Chorvatsku i v Jižní Koreji (McCrae a kol., 1999). Navzdory změnám, které s sebou přináší věk, zůstávají nicméně rozdíly mezi lidmi poměrně stálé. Řekněme, že jste na příklad více extrovertní než váš nejlepší kamarád nebo kamarádka. Za dvacet let nejspíš nebudete tolik extrovertní jako dnes – ale budete nejspíš pořád extrovertnější než váš známý. Je osobnost v určitých obdobích života konsistentnější? Brent Roberts a Wendy DelVecchio (2002) našli odpověď na tuto otázku tak, že shrnuli 152 longitudinálních studií, ve kterých byly dvakrát nebo i vícekrát v různých intervalech hodnoceny rozličné rysy. Zjistili, že osobnost prochází mnoha změnami v průběhu dětství, méně se mění v rané dospělosti a nejstabilnější začíná být po padesátém roce života. Osobnost se nejprve formuje volně, ale v průběhu dospělosti se upevňuje (viz obr. 15.11).



Obr. 15.11 Vývoj osobnosti v průběhu života Je osobnost v některém období života konzistentnější? Testováním lidí různého věku dvakrát i vícekrát během jejich života získali vědci odhady toho, jak stabilní je osobnost. Tyto studie v podstatě ukazují, že naše osobnost je neproměnlivější v dětství, v brzké dospělosti se poměrně stabilizuje a po padesátém roce života je nejstabilnější (Robert & DelVecchio, 2000).

Psychologické úvahy o osobnosti

Ted už znáte čtyři základní přístupy hodnocení osobnosti a tak můžete aplikovat každý z nich sami na sebe. Když se zastavíte a pomyslíte na svůj vlastní život – abyste na příklad sepsali svoji autobiografii – který z přístupů by nejlépe vyhovoval k popsání vaší osobnosti a proč byste zvolili právě takto?

Stručně řečeno – psychoanalytici kladou důraz na nevědomé konflikty, gender a agresí, obranné mechanismy, úzkost a vlivy, které nás formují v raném dětství. Kognitivní teorie sociálního učení chápe osobnost jako sociálně získaný model chování. Jedná se o naučenou reakci, jak získávat, interpretovat a hodnotit vnější podněty, se kterými se setkáváme v průběhu života. Humanisté věří, že lidé jsou primárně dobří. Že jsou schopni vzhledu do sebe samých, a že osobnost je založena na touze a boji o dosažení a projevení veškerých našich možností. Rysový přístup hodnotí lidskou povahu, ale pouze za předpokladu, že všichni mohou být porovnáváni na základě standardního souboru dispozic, které jsou neměnné v čase a alespoň do určité míry geneticky determinované.

Všechny čtyři přístupy také odlišně pohlíží na změny a odchylky a nakládají jinak s psychologickými poruchami. Freud i mnoho dalších psychoanalytiků vidí jako formativní, pokud ne vůbec kritické, první roky života pro rozvoj osobnosti vymezují poměrně malý prostor pro změny v období dospělosti. Terapeuti v podstatě tvrdí, že jejich pacienti se nevědomě brání procesu uzdravení.

Rysový přístup klade důraz na genetické faktory a stabilitu základních dispozic. Poměrně nejasně se zabývá změ-

nou. Podle rysového přístupu jsou lidé biologicky determinováni být introvertní nebo extrovertní a klidní nebo úzkostní – v tomto rozlišení je jen málo prostoru pro jiné varianty. Behavioristé a teorie sociálního učení nás naopak vidí jako flexibilní jedince, kteří jsou ovlivněni environmentálními faktory. Podle těchto teorií jsou psychické poruchy naučené – a proto se také dají odnaučit. Humanistický přístup je víceméně jednoznačný v tom smyslu, že věří, že lidé mají nejen schopnost, ale také vůli měnit se a bojují především o vlastní seberealizaci.

Přestože jsme v této kapitole probrali všechny čtyři přístupy nezávisle, nemusíte si striktně zvolit pouze jediný z nich. Mnoho osobnostních psychologů lze totiž označit za *eklektiky*, kteří si osvojují tu část z jedné teorie, tu část z jiné. Spojte trochu Freudova nevědomí, chovejte se a hodnoťte v souladu se svým pohlavím, přidejte špetku posilování a trochu seberealizace. Potom administrujte rysový osobnostní inventář a vytvoříte si nový pohled na psychologii osobnosti, který bude smíchán z několika existujících a dávno praktikovaných přísad. Je dobré mít také na paměti, že různé přístupy mohou více nebo méně vyhovovat odlišným aspektům osobnosti. Psychoanalýza může odhalit, proč cítíme nevysvětlitelné obavy, teorie sociálního učení může vysvětlit, proč je pro nás občas tak důležité mít věci pod kontrolou, humanismus prohlédne okamžik, kdy o něco usilujeme a snažíme se naplnit životní sny a rysový přístup může nabídnout nejlepší způsob, jak měřit naše specifické predispozice. Lidská osobnost je totiž natolik složitá, že je vhodné zkoumat ji ze všech možných pohledů.

KONTROLNÍ OTÁZKY

- Jaké rysy slouží nejlépe popisu osobnosti podle modelu BIG FIVE?
- Shrňte důkazy, které názorně dokazují biologický vliv na osobnost.
- Popište rozdíl mezi extravertí a introvertí.
- Jaké jsou nejdůležitější body kritiky rysového přístupu? Jak na ně reagují teoretici rysového přístupu?

Shrnutí

Výzkum osobnosti – jedincova jedinečného a relativně stálého vzorce myšlení, pocitů, motivů a chování – ukazuje, že osobnostní charakteristiky jsou stabilní v čase. Existují čtyři hlavní přístupy k osobnosti.

Psychoanalýza

VZNIK PSYCHOANALÝZY

Těsně před začátkem dvacátého století Freud využil své klinické zkušenosti s hysterií a formuloval **psychoanalýzu**.

FREUDOVA TEORIE OSOBNOSTI

Psychoanalýza předpokládá, že hrají velkou roli v utváření osobnosti nevědomé konflikty. Freud rozdělil osobnost do tří částí. **Id** je primitivní, nevědomý zdroj základních pudů, který pracuje na **principu slasti**. Morální část osobnosti, **superego**, obsahuje ideální ego a svědomí. **Ego** dělá prostředníka mezi „chci“ z id a „měl bych“ ze superega a pracuje na **principu reality**, který umožňuje uspokojování potřeb sociálně přijatelným způsobem.

Freud věřil, že osobnost utváří konflikty, které vznikají během **psychosexuálních stadií** vývoje. Malé děti prochází orálním, análním a falickým stadiem. Během falického stadia (od čtyř do šesti let) děti zažívají **oidipovský komplex**, sklon být přitahován k rodiči opačného pohlaví a být nepřátelský k rodiči stejného pohlaví. Nicméně děti tento komplex vyřeší a **identifikují se** s s rodičem stejného pohlaví, zvnitřní si jeho hodnoty. V pubertě začíná genitální stadium. Přílišné nebo nedostatečné uspokojení v jakémkoliv z prvních třech stadií může vést k **fixaci** na toto stadium a vývoji příslušného typu osobnosti.

Podle Freuda pociťujeme úzkost pokaždé, když se naše impulzy střetávají s morálkou, proto ego využívá nevědomé **obránné mechanismy**, které popírají a zkreslují realitu. **Vytěsnění** nám pomáhá „zapomenout“ ohrožující myšlenky, vzpomínky a impulzy tím, že je „odsune“ mimo vědomí. **Popření** znamená, že především odsuneme myšlenky vzbuzující úzkost. Díky **projekci** přičítáme naše nepřijatelné impulzy jiným lidem. Skrze **reaktivní výtvor** přeměníme nepřijatelné pocity v jejich opak. **Racionalizace** se týká hledání omluv za neúspěchy a nedostatky. A při **sublimaci**, nejzdravějším obranném mechanismu, převádíme potlačené touhy do sociálně přijatelných náhradních projevů.

FREUDŮV ODKAZ

Freudovi následovníci pokračovali v zaměření na nevědomé faktory, vnitřní konflikty a vlivy raného dětství. Jung předložil návrh, že lidé jsou ovlivňováni **kolektivním nevědomím**, které obsahuje vzpomínky z minulosti našich předků, a tvrdil, že osobnostní vývoj pokračuje do dospělosti. Adler zdůraznil sociální konflikty a vyvinul myšlenku

sourozenecké rivality a komplex u méněcennosti. Současnější autoři zdůraznili sociální potřeby nebo roli ega.

Psychoanalytici také vyvinuli projektivní testy k odhalení nevědomí skrze reakce na neurčité podněty. Rorschachův test využívá inkoustových skvrn. Tematický apercepční test (TAT) žádá respondenty, aby vymysleli příběhy na základě řady obrázků.

Kritici tvrdí, že psychoanalýza přináší příliš neradostný pohled na lidskou přirozenost, a že její tvrzení nejsou podpořena kontrolovaným výzkumem. Freudovy myšlenky, hlavně ty o nevědomí a obranných mechanismech, se již staly nedílnou součástí psychologie.

Sociálně-kognitivní přístup

Na rozdíl od psychoanalýzy chápe **kognitivní teorie sociálního učení** osobnost jako výsledek nepřetržité interakce mezi jedincem a prostředím.

PRINCIPY UČENÍ A CHOVÁNÍ

První behavioristé zkoumali klasické podmiňování, operantní podmiňování a jiné klíčové principy učení. Watson a Skinner aplikovali tyto principy na studium osobnosti.

TEORIE SOCIÁLNÍHO UČENÍ

Teorie sociálního učení rozšířila behaviorismus o sociální a kognitivní faktory. Pomocí **modelování** se lidé mohou učit chování pozorováním a nápodobou. Rotter a Mischel dále ukázali, že myšlení ovlivňuje spojení mezi posílením a chováním.

Podle teorie sociálního učení se lidé liší v **místě kontroly (locus of control)** – očekávání o kontrole posílení. Internalisté věří, že mohou řídit svůj osud, jsou zdravější a úspěšnější. Lidé se také liší ve **vědomí vlastní účinnosti (self – efficacy)**, přesvědčení, že se dokážou chovat tak, aby dosáhli úspěchu. Čím vyšší vědomí vlastní účinnosti v úkolu lidé mají, tím mají větší šanci uspět.

VÝCHODISKA KOGNITIVNÍ

TEORIE SOCIÁLNÍHO UČENÍ

Kognitivní teorie sociálního učení zdůrazňuje **reciproční determinismus**, představu, že osobnost vyplývá z trvalých interakcí mezi jednotlivci, jejich činy a prostředím. Síly z prostředí utvářejí naši osobnost, ale my si můžeme vybrat, pozměnit a interpretovat situace, se kterými se setkáváme. K vyšetření osobnosti používají teoretici sociálního učení přímých metod, jako je pozorování chování a výpověď o sobě.

Humanistický přístup

Ve čtyřicátých letech dvacátého století začali někteří psychologové rozvíjet **humanistickou teorii** osobnosti.

CARL ROGERS

Rogers pod dojmem vzhledu pacientů a jejich vůle zlepšit se vytvořil teorii, že všichni máme přirozenou potřebu seberealizace – pud chovat se způsoby, které jsou v souladu s naším sebepojetím. Sebepojetí tvoří různá **self – schémata**, specifické postoje k já (self). Ale jako sociální bytosti máme také opačnou potřebu pozitivního hodnocení. **Nepodmíněné pozitivní přijetí** od významných druhých nám umožňuje provádět seberealizaci. Ale pokud obdržíme **podmíněné pozitivní přijetí**, zažíváme frustraci, úzkost a **sebediskrepanci**. Studie ukázaly, že se jedinci stejně jako sociální a kulturní skupiny liší ve svém sebehodnocení, míře, do jaké o sobě příznivě smýšlejí.

ABRAHAM MASLOW

Maslow věřil, že lidé jsou motivováni naplňovat hierarchické potřeby na cestě k seberealizaci: jasné, lidské potřeby dosáhnout všeho, čeho dosáhnout lze. Nemnoho lidí dosáhne tohoto stavu, i když je běžné zažívat chvilkové **vrcholné zážitky**.

VÝCHODISKA

HUMANISTICKÉHO PŘÍSTUPU

Humanističtí psychologové získali chválu za to, že se zaměřili na to dobré v lidských bytostech, na sebepojetí a vědomé zážitky. Byli kritizováni kvůli tomu, že ignorují temnější stránku lidské přirozenosti a příliš se spoléhají na osobní výpovědi.

Rysový přístup

STAVEBNÍ PRVKY OSOBNOSTI

Gordon Allport ke studiu základních jednotek osobnosti sestavil seznam dvou set osobnostních rysů. Raymond Cattell faktorovou analýzou zredukoval jejich počet na šestnáct pramenných rysů. Později výzkumníci zestručnili tento seznam do **pětifaktorového modelu**, skládajícího se z těchto rysů: neuroticismus, extroverze, otevřenost nové zkušenosti, přívětivost a svědomitost.

VYTVÁŘENÍ VÍCERYSOVÝCH

INVENTÁŘŮ

Rysový přístup dal vzniknout osobnostním inventářům jako je např. **Minnesotský vícefázový osobnostní dotazník (MMPI)**.

BIOLOGICKÉ KOŘENY

OSOBNOSTI

Různé rysy vykazují různou úroveň genetické vázanosti. Podle posledních odhadů je v populaci mnoho osobnostních faktorů ze 40 až 50 procent determinováno geneticky.

INTROVERZE A EXTROVERZE

Jednou z nejvýznamnějších rysových dimenzí je introverze a extroverze. **Extrovert** je společenský a impulzivní, vyhledává stimulaci. **Introvert** je uzavřený, obezřetný a vyhýbá se stimulaci. Výzkum svědčí o tom, že extroverti vyhledávají vzrušení a vjemy, zatímco introverti jsou na stimulaci příliš citliví. Nynější studie ukázaly podobné rozdíly v temperamentu utlumenými a neutlumenými kojenci.

EXISTUJÍ RYSY?

Diskuse o rysové teorii vedla ke dvěma hlavním závěrům. První je, že rysy mohou predikovat tendenci k určitým způsobům chování, ale nikoliv konkrétní jednání. Druhým je, že chování pramení z interakce mezi rysy a situacemi.

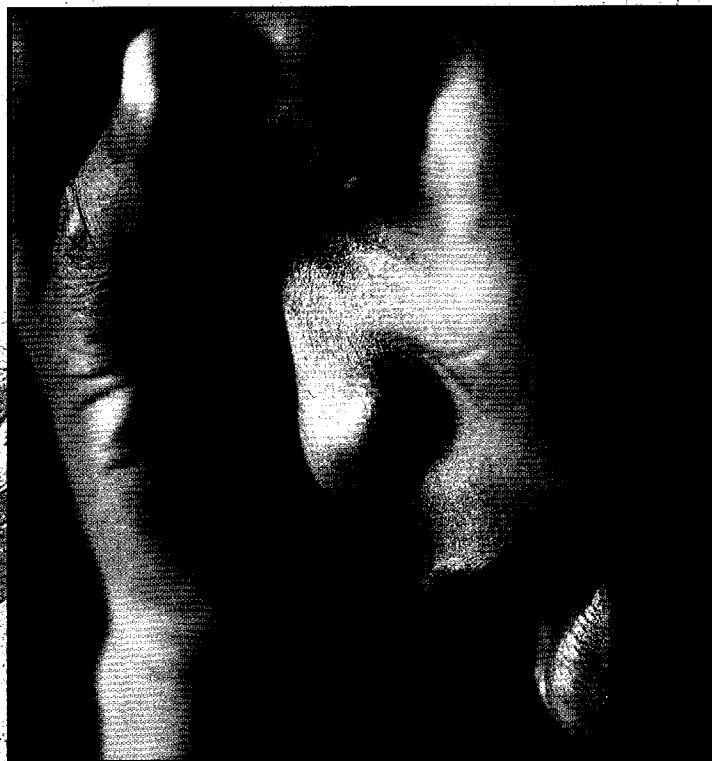
Klíčové pojmy

osobnost (str. 539)	racionalizace (str. 544)	nepodmíněné pozitivní přijetí (str. 555)
psychoanalýza (str. 540)	sublimace (str. 544)	podmíněné pozitivní přijetí (str. 555)
id (str. 541)	kolektivní nevědomí (str. 545)	self-schémata (str. 555)
princip slasti (str. 541)	projektivní testy (str. 545)	sebehodnocení (str. 555)
superego (str. 541)	Rorschachův test (str. 546)	sebediskrepanční teorie (str. 557)
ego (str. 541)	Tematický apercepční test (TAT) (str. 546)	sebeaktualizace (str. 558)
princip reality (str. 541)	Kognitivní teorie sociálního učení (str. 549)	vrcholný zážitek (str. 558)
psychosexuální stadia (str. 541)	modelování (str. 550)	rys (str. 561)
oidipovský komplex (str. 542)	místo kontroly (locus of control) (str. 551)	pětifaktorový model (str. 561)
identifikace (str. 542)	vedomí vlastní účinnosti (self-efficacy) (str. 553)	Minnesotský multifázový osobnostní inventář (MMPI) (str. 562)
fixace (str. 542)	reciproční determinismus (str. 553)	extrovert (str. 565)
obranné mechanismy (str. 543)	humanistická teorie (str. 554)	introvert (str. 565)
vytěsnění (str. 543)		
popření (str. 544)		
projekce (str. 544)		
reaktivní výtvar (str. 544)		

Kritické úvahy o osobnosti

- Porovnejte čtyři osobnostní přístupy (psychoanalýzu, kognitivní teorii sociálního učení, humanistický a rysový). Jaké jsou důsledky těchto rozdílů ve způsobu, jakým se měří osobnost? Nabídněte příklady různých nástrojů měření, jež jsou obhajovány každým z přístupů.
- Popište svou osobnost pomocí několika událostí, potom použijte každý ze čtyř přístupů k jejich vysvětlení. Který z těchto čtyř přístupů nejlépe popisuje vaši osobnost?
- Jaká je hlavní kritika Freudovy teorie? Jaké freudiánské pojmy přetrvávají? Co myslíte, je Freudův odkaz nejtvrdejší?
- Výzkum Csikszentmihalyiho naznačoval, že každý může mít „optimální zážitky“. Určete oblast, ve které jste zažili nebo chcete zažít flow. Jak jste tuto zkušenost prožili (nebo si myslíte, že byste prožili)? Navrhněte způsoby, jak byste zvětšili pravděpodobnost flow zážitků.
- Debatujte o skutečnosti, že introverze má biologický základ. Jaké z toho vyplývají důsledky pro osobnostní změnu? Tedy může se introvert stát extrovertovanějším nebo naopak? Pokud ano, jak lze toho dosáhnout?

Psychické poruchy



Co myslíte?

Jak stabilní je osobnost?

Situace

Klinická psychologie potřebuje vědět, jaký je zdravotní stav populace a jaké problémy ji nejvíce trápí, byť se tato situace zjišťuje velmi obtížně. Jak časté jsou různé druhy poruch? Jsou některé skupiny obyvatel z hlediska výskytu nemocí rizikovější než jiné? A na čem vlastně můžeme stavět své předpoklady, aby byly co nejpřesnější?

Představte si, že máte dlouholetou zkušenost s rozhovorem a najednou vám zavolají z Národního výzkumného střediska při Michiganské univerzitě. Plánuje se totiž celostátní studie, aby bylo možno zjistit, jaká je ve Spojených státech četnost duševních poruch. Zástupce střediska se vás ptá, zda byste se chtěli výzkumu zúčastnit. Souhlasíte. První krok je účast na týdenním semináři, kde se budete školit se sto padesáti sedmi dalšími odborníky pro účely dané studie.

Pracovat se bude se standardizovaným souborem otázek, výzkum proběhne ve všech státech kromě Havaje a Aljašky. Cílem je získat odpovědi od 8 098 respondentů ve věkovém rozmezí patnáct až padesát čtyři let. Skupina respondentů je pečlivě vybraná, tak aby nabízela reprezentativní vzorek populace. Znamená to, že tři čtvrtiny dotazovaných budou běloši, dvanáct procent budou černoši, devět procent Hispánci, čtyři procenta zastupují zbývající menšiny. Vaším úkolem je, abyste se od každého respondenta dozvěděli, zda během života někdy trpěl duševní poruchou.

Konkrétně se máte ptát na pět poruch. První z nich se vyznačuje silnou a neustupující úzkostí. Do této kategorie spadají lidé, kteří jsou chronicky úzkostní, mají záchvaty paniky, silný strach z běžných předmětů a speciálních situací, netrpí se bojí vycházet z domu. Druhá skupina jsou poruchy nálady, pro něž je typická deprese. Patří do ní jedinci, kteří prošli klasickou depresí i ti, pro něž je příznačná trvale smutná nálada. Třetí skupina poruch je spojena se zneužíváním návykových látek. Patří do ní jedinci závislí na alkoholu a jiných látkách, případně lidé požívající

čí návykové látky v takové míře, až u nich dochází k tělesnému poškození, porušují společenské normy nebo dokonce zákon. Čtvrtým okruhům je *schizofrenie*, vážná porucha projevující se halucinacemi, silně narušeným myšlením, bizarním chováním a ztrátou kontaktu s realitou. Poslední skupinu zastupuje *disociální porucha osobnosti*, pro níž je příznačná naprostá, do očí bijící neúcta k druhými lidem. Lidé trpící touto poruchou opakovaně lžou, kradou, podvádějí, napadají druhé, perou se a porušují zákon, aniž by kvůli tomu prožívali pocity viny.

Provedete rozhovor s jedinci ze seznamu ve svém okolí. Každý ukončený rozhovor zašlete oblastnímu supervizorovi, který má za úkol kontrolovat, zda jsou v rozhovoru obsažena všechna potřebná data. Zjistí-li nějaké závady, například nedostatečně zodpovězenou otázku, formulář vám zašle zpět a vy musíte zjistit chybějící informace. Správně zpracované formuláře se odesílají na centrálu, kde jsou všechny výsledky zpracovávány a vyhodnocovány.

Odhad výsledku

Zamyslete se nad uvedenými pěti poruchami popsány výše. Jak četné podle vás jsou? Je riziko, že jedinec určitou poruchou onemocní, stejně pro muže i pro ženy? Odhad, kolik jedinců vymezenými poruchami trpělo během života, zapíše do níže uvedených slouček. U každé položky je vynecháno místo na zanesení odhadovaného procentuálního výskytu.

Předpokládaný procentuální výskyt poruch

Druh poruchy	Muži	Ženy
Úzkost	_____ %	_____ %
Deprese	_____ %	_____ %
Zneužívání látek	_____ %	_____ %
Schizofrenie	_____ %	_____ %
Disociální osobnost	_____ %	_____ %

Psychické poruchy všeobecný pohled

Co jsou psychické poruchy?
Mnoho příčin
Diagnostika jako nezbytný krok

Úzkostné poruchy

Generalizovaná úzkostná porucha
Panická porucha
Fobická úzkostná porucha
Obsedantně-kompulzivní porucha
Kulturní vlivy působící na úzkostné poruchy

Simulované poruchy

Simulované poruchy
Simulované poruchy

Disociativní poruchy

Amnézie a fugy
Disociativní porucha identity

Poruchy nálady

Velká deprese
Teorie deprese
Zpracování velkých ztrát
Kulturní vlivy působící na úzkostné poruchy

Schizofrenie a schizofrenní poruchy

Příznaky schizofrenie
Druhy schizofrenie
Diagnostika schizofrenie

Poruchy osobnosti

Hranicní porucha osobnosti
Disociální porucha osobnosti

Výsledky

Po zanalyzování výsledků výzkumníci zjistili, že dospělí k podobným závěrům jako předchozí výzkum. Podařilo se na níže uvedenou tabulku. Uvidíte, že celoživotní četnost v součtu obou pohlaví je nejvyšší v zneužívání návykových látek. Podle výše procentuálního výskytu v sestupném pořadí následuje úzkost, deprese, disociální porucha osobnosti a schizofrenie. Rovněž si všimnete, že muži i ženy jsou takřka stejně zranitelní, ovšem liší se ve výskytu typů poruch. Muži inklinují ke zneužívání látek a disociální osobnosti, ženy spíše k depresi a úzkosti.

Předpokládaný procentuální výskyt poruch

Druh poruchy	Muži	Ženy
Úzkost	19 %	31 %
Deprese	15 %	24 %
Zneužívání látek	35 %	18 %
Schizofrenie	0,6 %	0,8 %
Disociální osobnost	6 %	1 %

Co to všechno znamená?

Ronald Kessler s kolegy (1994) v rámci této studie provedl rozsáhlé rozhovory s celostátním vzorkem populace, aby získal co nej přesnější informace o zdravotním stavu obyvatel celých Spojených států v devadesátých letech. Z výzkumu vyplynuly tři zásadní poznatky.

Zprv bylo zjištěno, že se uváděný výskyt poruch oproti předchozím celostátním studiím zvýšil (Robins & Regier, 1991). Z opětovné analýzy předchozích dat vyplynulo, že při zvažení pouze „klinicky významných“ poruch, což jsou poruchy, které negativně ovlivňují každodenní život člověka nebo přimějí jedince, aby vyhledal odbornou pomoc, případně začal užívat léky, byl odhad výskytu podstatně nižší (Narrow a kol., 2002). Z druhé uvedené čísla zastupují celoživotní výskyt poruch. Když se Kessler s kolegy (1994) dotazoval respondentů na období posledního roku, výsledné údaje rovněž byly nižší. Jinými slovy někoho potká úzkost, deprese či zneužívání látek v určitém období života, ale uzdraví se. Třetí zásadní poznatek se týkal skutečnosti, že počet Američanů, kteří se nacházejí v rizikové skupině, je nižší než součet všech poruch. Sečtete-li si procenta ve výše uvedené tabulce, vyjde vám, že psychickou poruchu z vlastní zkušenosti poznaly na tři čtvrtiny populace, a to jak muži, tak i ženy. Tak tomu ale není. Ukážeme si, že člověk, který má nějaký problém, zpravidla nemívá jen jeden, tudíž došlo k tomu, že se nemálo respondentů kvalifikovalo na to, aby byli zařazeni do více skupin. Celoživotní výskyt přinejmenším jedné poruchy se tak ustálil na čtyřiceti osmi procentech.

V této kapitole se nástinnými problémy budeme zabývat podrobněji, neopomineme ani méně časté poruchy. Nebudeme sledovat pouze míru výskytu v populaci, nýbrž i možné příčiny, příznaky a pravděpodobné důsledky.

stavu, což je Američanům po 11. září 2001 dobře známá situace, především obyvatelům New Yorku. Jednalo se o příznaky akutní reakce na stres, jež zahrnovaly úzkost, noční můry, nespavost a další (Galea a kol., 2002; Schuster a kol., 2001). Pro klinického psychologa je nejdůležitější vědět, že zdravotní stav prochází změnami – někdy k lepšímu a někdy k horšímu. V této kapitole se budeme věnovat negativním změnám, konkrétně příčinám a následkům psychických poruch.

PSYCHICKÉ PORUCHY: VŠEOBECNÝ PŘEHLED

- *Co ve světě duše a chování tvoří hranici mezi normalitou a abnormalitou?*
- *Jak se lékařská věda dívá na psychické poruchy?*
- *Jak jsou psychické poruchy vnímány ze sociokulturního pohledu?*
- *Jaká jsou úskalí diagnostiky a proč je diagnóza důležitá?*

Předtím, než se ponoříme do diskuse o dlouhé řadě psychických poruch trápících lidí na celém světě, si položíme tři zcela zásadní otázky, bez nichž bychom tak jako tak nemohli pokročit dál. Zprv se ptám, kdy jsou myšlenky, pocity a chování vymezovány jako narušené, jinak řečeno v nepořádku. Kdy tedy jedinec překročí pomyslnou hranici mezi zdravím a nemocí, psychologií a psychopatologií, normálním a abnormálním stavem? Z druhé pokládám otázku, které biologické faktory a faktory prostředí ohrožují psychické zdraví. Zatřetí se ptám, jak je možno problémy klasifikovat, aby mohli být léčeni jedinci, kteří potřebují pomoc.

CO JE A NENÍ NORMÁLNÍ

Při cestě metrem v New Yorku jsem na jedné stanici prošel kolem muže ve středních letech, který měl na sobě pečlivě vyžehlený modrý oblek, stál na lavičce, mával rukama a vyzýval cestující, aby se zpovídali ze svých hříchů, protože se planeta blíží k zániku. Na téže lavičce seděl postarší vousatý muž ve vlněném kabátě, měl založené ruce, byl celý schoulený a upřeně se díval na zem. Ve vlaku jsem sledoval muže, který si cestou několikrát přesedl. Že by blázen? Pokud vím, tak ostatní cestující – někteří spali, jiní se schovávali za novinami, další si do uší pouštěli hudbu, četli si knihu, přemýšleli nad vlastními záležitostmi – měli plnou hlavu zase mě, zvědavého muže, který pořád někoho pozoroval.

Podobné situace, v nichž vycházíme z pozorování, jsou jednoznačným důkazem zálužnosti usuzování, zde v souvislosti s psychickou poruchou. Během let byla vypracována kritéria duševních poruch, ta se stále revidují a doplňují, přesto pořád nestačí a všechna jsou z určitého úhlu napadnutelná (Clark, 1999). Často bývá uváděna definice Americké psychiatrické asociace (1994), podle níž lze vzorec chování považovat za **psychickou poruchu**, pokud splňuje všechny tři uvedené podmínky:

1. Jedinec prožívá silnou bolest nebo tíseň, není schopen pracovat nebo si hrát, platí pro něj zvýšené riziko úmrtí nebo ztráta svobody v důležitých oblastech života.
2. Zdroj potíží se nachází v jedinci nebo je zapříčiněn biologickými faktory, naučenými zvyky či duševními procesy, přičemž se nejedná o obyčejnou reakci na specifické životní události, jako je například úmrtí blízké osoby.
3. Problém není záměrná reakce na situaci zahrnující chudobu, předsudky, vládní politiku či jiná konfliktní témata řešená v dané společnosti.

Tato kritéria uvádějí několik hlavních bodů. První se týká označení normality a abnormality. *Abnormální* totiž znamená více než jen „odlišný od normy“ ve statistickém pojetí. Laureáti Nobelovy ceny nebo olympijští vítězové jsou

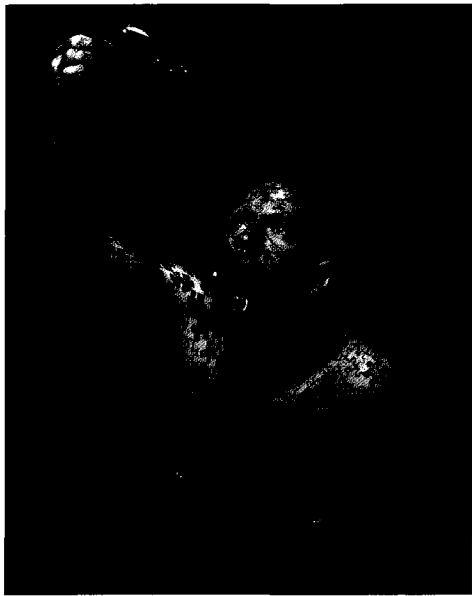
Informace o duševních poruchách a příslušné statistiky najdete na webových stránkách Národního institutu duševního zdraví (NIMH) na www.nimh.nih.gov.

Stalo se vám někdy, že vám umřela blízká osoba a vy jste po jejím odchodu zůstali zcela bezmocní, zoufalí, nešťastní? Byli jste někdy před nějakým proslovem, referátem nebo schůzkou tak nervózní, až vám srdce bušilo jako o závod, třásl se vám hlas a měli jste stažený žaludek? Stali jste se někdy obětí autonehody a vytěsnili jste celou událost? Stalo se vám, že jste v noci vystřelili z postele jako raketa, protože se vám zdál hrozný sen? Anebo vás někdy z postele vyhnaly divné zvuky, které tam prostě někde podle vás byly? Dostala se vám někdy do hlavy nějaká melodie, která vás téměř celý den pronásledovala na každém kroku, aniž by se dala zahnat? Slyšeli jste někdy, když jste vešli do místnosti, že se všichni začali smát, takže jste se pro jistotu hned rozhlédli, jestli ta reakce není určena vám?

Alespoň jeden výrok vám pravděpodobně byl přinejmenším povědomý, nejspíš jste sami někdy poznali, co všechno může člověka vyvést z míry, o duševních poruchách ani nemluvě. Podotýkám, že jestli se vám staly věci, jež jsem zmiňoval, rozhodně to neznámá, že byste byli „blázni“. V životě řady lidí představují krátkodobý a jednorázový výkyv z normálu, jiní je však prožívají opakovaně, dlouhodobě a velmi intenzivně. Na základě celosvětových výzkumů se uvádí, že třetina až polovina Američanů během života řeší problém, který je natolik vážný, že může být diagnostikován jako duševní porucha (Kessler, 1994; Regier a kol., 1993). Během jednoho roku prožije na dvacet osm procent americké dospělé populace nějaký psychický potíže a devatenáct procent trpí natolik závažnými obtížemi, že jim negativně zasahují do života nebo je přimějí k vyhledání odborné pomoci či užívání léků (Narrow a kol., 2002).

Tyto studie, doplněné o klinické případové studie, nám říkají, že psychická porucha často bývá pouze dočasný stav. Většina jedinců má natolik pružný organismus, že se dokáže se situací vyrovnat. V aktuálním stavu citové a duševní tísně však téměř nikdo není schopen nezareagovat výkyvem svého

psychická porucha Stav, v němž jsou myšlenky, pocity a chování jedince považovány za dysfunkční.



„Enigma“ umí ovládat dávný reflex a také svaly až k žaludku, tudíž dokáže spolknout půl metru oceli. Co o něm takové chování prozrazuje – je normální, nebo nenormální? Jaké další informace byste potřebovali získat, abyste mohli vyslovit závěr?

rovněž atypičtí, ale většina z nich nemá klinicky významné obtíže. A navíc to, co je v jedné kultuře či etnické skupině považováno za normální, může být v jiné nahlíženo jako odklon od normy. Druhý bod se vztahuje k hypotéze, že normalita a abnormalita jsou prostě protipóly téhož kontinua, že se nejedná o dva rozdílné stavy oddělené striktní hranicí. Popřemýšlejte nad tím. Kdy by měla být nervozita označena „úzkost“ a kdy bychom měli smutek klasifikovat jako „depresi“? Kolik bolesti, tísně a narušení je už příliš moc? Kdy jedinec, který je hluboce, ovšem podle situace naprosto přiměřeně, rozrušen a zasažen tragickou životní událostí, potřebuje odbornou pomoc? A zvažme-li situaci chudých lidí a bezdomovců, podle čeho můžeme posoudit, že jejich situace není zcela normální reakce na kruté a nepřátelské okolí? Tyto náročné otázky můžeme zodpovídat pouze případ od případu, ryze individuálně. Třetí bod se týká problému, že některé vzorce chování jsou považovány za abnormální nikoli proto, že narušují život jedince, nýbrž že ohrožují bezpečí a blaho druhých lidí. Na první pohled vzorný občan, který sice má dobře placenou práci, ale bije ženu a děti, není zase až tak nereálný příklad.

Poslední bod vztáhneme k diagnostickým kritériím pro určování psychických poruch. Samy o sobě totiž nevysvětlují příčinu poruchy, ani nenaznačují, jakým směrem by se měla ubírat léčba. Sami vídáme, že nemocná mysl někdy bývá výsledkem nemocného těla, tudíž ji můžeme léčit léky. Jenže většinou potíže vyvěrají z hluboce zakořeněných osobních konfliktů, špatných návyků, nepříjemných zážitků, každodenního stresu, nesprávného zpracovávání informací a sociokulturních faktorů. V danou chvíli se proto zaměříme na teoretické modely, abychom si v této oblasti ozřejmili situaci.

MODELÝ ABNORMALITY

Když archeologové odkrývají zbytky těl pohřbených před tisíci let, někdy na lebce najdou malou díru. Někteří odborníci se domnívají, že naši předkové považovali duševní poruchy za moc zlých duchů, kteří ovládli tělo jedince, tudíž potřebovali skulinu, jíž by mohli zase ven. V novodobější historii byly duševní poruchy přisuzovány čarodějnictví, posedlosti démony, úplňku a různým nadpřirozeným silám. Zlí duchové byli tudíž vyháněni zařkáváním, mučením, primitivními podobami chirurgických zákroků, hlukem, pouštěním žilou, jedy či hladověním. V současné době k duševním poruchám přistupujeme osvěceněji, jejich příčiny posuzujeme z různých úhlů pohledu, z lékařského, psychologického či sociokulturního.

Lékařský přístup Podle **lékařského modelu** jsou poruchy myšlení, emocí a chování zapříčiněny tělesným onemocněním. V roce 400 př. n. l. řecký lékař Hippokrates, zakladatel moderního lékařství, vyslovil domněnku, že psychické poruchy jsou vyvolávány nerovnováhou tělesných tekutin. Tento úhel pohledu je dnes velmi důležitý – výzkumníci se totiž v tomto ohledu snaží odhalit genetické vazby, zabývají se poškozením mozku a nervového systému, kolísáním hladiny hormonů a aktivitou neurotransmiterů, která rovněž bývá spojována s nejrůznějšími problémy. Lékařský model do vysoké míry těží z jazyka, jímž se abnormalita vymezuje. A tak vcelku běžně hovoříme o *diagnostikování* duševní *nemoci* oproti *zdraví*, přičemž *léčba*, *hospitalizace* a *terapie* dokážou zmírnit *symptomy* a dospět k *vyléčení*. Stručně řečeno radikálně lékařský přístup zastává názor, že duševní poruchy sice nabývají psychologických podob, ovšem původní problémy existují na tělesné rovině.

Lékařský přístup je rozhodně lidštější než jakási démonologie, ovšem i on má své kritiky. Psychiatr Thomas Szasz (1961) ve své knize *The Myth of Mental Illness (Mýtus duševní nemoci)* uvádí názor, že duševní nemoc je sociálně vymezený, tudíž relativní koncept, který ze společnosti odstrkuje lidi označené za deviantní, odchylné či též úchylné („Hovoříte-li k Bohu, modlíte se, hovoří-li Bůh k vám, máte schizofrenii.“). Szasz (1987) dospěl k závěru, že psychologové, psychiatři a další odborníci pohybující se na poli duševního zdraví příliš rychle hodnotí sociální normy. A ještě horší je, uvádí, že nálep-

lékařský model Názor, že duševní poruchy zapříčiňují biologické proměnné a mohou tudíž být léčeny lékařským zásahem.

ka *nemocný* směřuje skutečně nemocné lidi k pasivitě – jsou závislí na lékařích a lécích a přestávají spoléhat na vlastní síly.

Kritika lékařského přístupu nastoluje provokativní otázky, ovšem ty jsou poněkud scestné. Naštěstí v důsledku pokroků v genetice a s pomocí nových zobrazovacích technik mozku se ukázalo, že duševní nemoc není žádný *mýtus*. Na základě tohoto výroku by bylo kruté odpírat léčbu lidem, jejichž psychická porucha má biologický původ i důsledky a zároveň je ovlivněna prostředím a zpětně na něj působí. Nancy Andreasenová (2001) při vymezování způsobu, jakým neurobiologický přístup pomáhá snímat z nemocných stigma duševní nemoci jako něčeho nepatřičného, dodává: „Chtěla bych, aby si lidé uvědomili, že duševně nemocným lidem přísluší stejné způsoby jednání a zacházení jako lidem trpícím rakovinou, cukrovkou a podobnými nemocemi.“

Psychologický přístup Druhý přístup k abnormálnímu chování je založen na **psychickém modelu**, který zastává stanovisko, že psychické poruchy jsou zapříčiňovány a následně i udržovány minulými i současnými zážitky jedince. Seznam negativně působících faktorů je přitom nekonečně dlouhý. Jako příklady si uvedme dlouhodobou nemoc, přírodní katastrofy, válku, tělesné a duševní týrání a zneužívání, domácí násilí, rozvod, chudobu, smrt blízké osoby, nedostatek sociálních vztahů nebo opakované neúspěchy. Tomuto modelu vdechl život Freudův zájem o hysterii, poruchu, pro niž je charakteristické, že pacienti prožívají tělesné příznaky bez odpovídající tělesné příčiny. Freud a jeho kolegové se domnívali, že tuto poruchu aktivizuje traumatická událost v dětství a že může být úspěšně léčena psychoterapií, „léčbou slovy“.

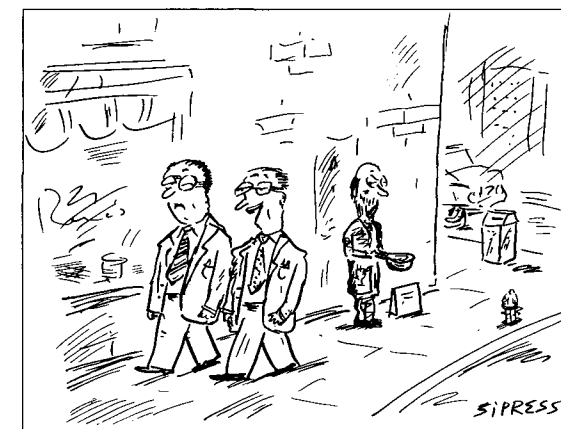
V současnosti nemáme k dispozici jen jeden psychologický model, nýbrž dlouhou řadu názorů a teorií. Ty hlavní odpovídají základním přístupům ke zkoumání osobnosti, jež jsme si přiblížili v 15. kapitole, tudíž jsou tři: první je psychoanalýza, směr kladoucí důraz na vliv rodičů, nevědomé konflikty, vinu, frustraci a obranné mechanismy, jejichž úkolem je snížit úzkost. Podle této teorie vyvěrají psychické poruchy z vnitřních konfliktů, které jsou tak silné, až přemohou běžné obranné mechanismy. Druhý názor vyšel z behaviorismu a kognitivních teorií sociálního učení. Z tohoto pohledu je abnormální chování naučenou odpovědí na odměnu a trest, přičemž k tomuto procesu dále přispívají vnímání, očekávání, hodnoty a role. Třetí orientace je humanistická, podle níž vznikají duševní poruchy tehdy, je-li zabráněno našemu osobnostnímu růstu a seberealizaci. Z tohoto hlediska je klíčový faktor sebepojetí.

Sociokulturní přístup Bez ohledu na to, zda upřednostňujeme lékařské nebo psychologické pojetí, si vždy musíme uvědomovat, že nemoci vznikají v určitých sociálních a kulturních souvislostech, které udávají tón stresu, jež prožíváme, druhům poruch, které nás mohou sužovat, i druhům léčby, jíž se nám dostává. Zásadní důkazy o platnosti **sociokulturního modelu** vyvěrají ze skutečnosti, že se v různých kulturách objevují různé poruchy a příznaky (Lopez & Guarnaccia, 2000). Například John Weisz a kolegové (1993) zkoumal citové problémy a problémy s chováním dospívajících ve Spojených státech v protikladu k Thajsku. Zjistil, že tato supina jedinců má problémy v obou zemích, jenže nabývají různých podob. Ve Spojených státech dospívající nejvíce reagovali na zátěž tak, že ubližovali druhým, prali se a hádali se s učiteli, aby se vybili, v buddhistické založené kultuře v Thajsku jsou děti od malička vychovávány k tomu, aby své negativní emoce potlačovaly, tudíž se dospívající v zátěži spíše stáhnou do sebe, přestanou mluvit, začnou víc spát nebo dostanou zácpu.

Další důkazy na podporu platnosti sociokulturního přístupu vycházejí ze skutečnosti, že některé poruchy je možno vysledovat pouze v určitých oblastech. V 11. kapitole jsme si uvedli, že mentální anorexie a mentální bulimie (poruchy příjmu potravy příznačné pro dospívající dívky a mladé ženy) postihují přede-

psychologický model Názor, že duševní poruchy jsou zapříčiňovány i udržovány zážitky a zkušenostmi jedince.

sociokulturní model Názor, že psychické poruchy jsou ovlivněny kulturními faktory.



„A tak jsem si celou dobu dělal starosti s tím, že jsem hrozně sobecký, a teď se ukázalo, že jsem trpěl únavou ze soucitu.“ Kritici DSM-IV tvrdí, že manuál interpretuje i „obyčejné“ lidské nedokonalosti jako patologie.

syndromy vázané na kulturu Opakující se druhy maladaptivního chování, které jsou omezeny na určitou sociokulturní skupinu nebo prostředí.

diagnóza Proces identifikace duševních poruch a jejich klasifikace.

DSM-IV Akronym manuálu Americké psychiatrické asociace Diagnostický a statistický manuál duševních poruch, čtvrté vydání.

vším ženy západního světa ze středních a vyšších socioekonomických vrstev – patrně proto, že na ně působí největší tlak na štíhlost (Brumberg, 1988; Hesse-Biber, 1996). A platí, že většina žen trpících poruchami příjmu potravy skutečně má narušený sebeobraz, mají dojem, že jsou tlusté (Thompson a kol., 1999).

Lékařští antropologové a psychologové v průběhu let zjistili celou řadu **syndromů vázaných na kulturu**, což jsou nemoci typické pro určitou oblast, projevující se změnou chování. Rozšířenou nemocí tohoto typu je *amok*, krátká období hlubokého dumání následovaná záchvaty vzteku a násilného chování, nezřídka ústícího v zabití. Tato porucha je zpravidla zapříčiněna tak, že daný jedinec dospívá k rozhodnutí, že mu bylo učiněno příkoří. Vyskytuje se u mužů v Malajsii, na Papue-Nové Guineji, na Filipínách, v Polynésii, Portoriku a u indiánského kmene Navaho. Další syndrom vázaný na kulturu je *pibloktoq*, krátké období intenzivní excitace, po němž obvykle následují záchvaty a koma v délce trvání až dvanáct hodin. V tomto stavu, který je příznačný pouze pro eskymácká společenství v arktických a subarktických regionech, si jedinec ze sebe rve oblečení, rozbíjí nábytek, vykřikuje vulgární slova a pojídá výkaly, přičemž si své chování po odeznění záchvatu nepamatuje. Psychické poruchy jsou tudíž univerzální faktor lidského bytí, ovšem mění se jejich podoba podle kultury a společnosti, v níž jedinec žije (Americká psychiatrická asociace, 2000; Lopez & Guarnaccia, 2000; Simons & Hughes, 1986; Tseng, 2001).

„**Syntetický model**“ V této kapitole jsme si prozatím řekli, že ani jeden přístup nedokáže vyčerpávajícím způsobem vysvětlit podstatu a povahu psychických poruch postihujících člověka. Některé problémy mají ryze biologický podklad, nejspíše genetický, jiné zase spíše pramení ze zkušeností a zážitků v minulosti ve spojitosti s kontextem času, místa a kultury. Situaci dále komplikuje skutečnost, že většina psychických poruch vyvěrá z kombinace hned několika faktorů, například jedinci geneticky zranitelnější více podléhají účinkům stresu, což je – jak si ještě ukážeme – velmi nepříznivý stav. Chceme-li porozumět duševnímu zdraví i nemoci, nemůžeme na potenciální příčiny, vlivy a metody léčby pohlížet v pojmech buď – anebo, naopak bychom měli, jak doporučuje Andreasen (2001), pracovat se syntetickým modelem duševní nemoci, který vychází ze vzájemného působení řady biologických, psychických a sociokulturních vlivů.

DIAGNÓZA JAKO NEZBYTNÝ KROK

Ve vědě, podobně jako i v jiných oblastech, odborníkům pomáhá, když si jedince či jakékoli zkoumané objekty zařadí do skupin podle společných vlastností. Biologové třídí živočichy do druhů, archeologové uspořádávají časová období do ér, geografové uskupují zeměpisné celky do pásem. Odborníci na poli duševního zdraví ze skupinového uspořádání velmi těžší, a to jak kvůli predikci a lepšímu pochopení nemoci, tak i při léčbě. Zařazují proto duševní poruchy, které se projevují podobnými vzorci chování čili syndromy, do kategorií. Tento proces třídění a pojmenovávání duševních poruch se označuje **diagnóza**.

V současnosti je – nejen ve Spojených státech – nejrozšířenější a nejvyužívanější klasifikační schéma manuál vydaný Americkou psychiatrickou asociací s názvem *Diagnostický a statistický manuál duševních poruch* (4. vydání), známý pod zkratkou **DSM-IV** (Americká psychiatrická asociace, 2000). Je určen pro odborníky pomáhajících profesí a nabízí přehledný a logicky uspořádaný seznam psychických poruch uskupených do sedmnácti široce pojatých kategorií. (Poruchy, jimiž se budeme zabývat v této kapitole, jsou uvedeny v tabulce 16.1.) U každé poruchy je uveden seznam příznaků a konkrétních projevů chování. Nechybí ani uvedení četnosti poruchy u mužů a žen, rizikové faktory, přibližný věk, kdy se porucha rozvíjí, a prognóza. Kromě manuálu jsou k dispozici různé příručky a učebnice doplněné případovými studiiemi a standardizovanými rozhovory, aby měli odborníci možnost

TABULKA 16.1 **Duševní poruchy podle DSM-IV uvedené v této kapitole**

Úzkostné poruchy	Poruchy, jejichž dominantním příznakem je úzkost. Do této kategorie patří generalizovaná úzkostná porucha a panická porucha, fobie, obsedantně-kompulzivní porucha a posttraumatická stresová porucha.
Somatoformní poruchy	Poruchy, charakterizované poruchami tělesných funkcí, jako například ochrnutí nebo poruchy činnosti některého ze smyslových orgánů, kdy ovšem příčina není tělesná, nýbrž psychická. Patří sem hypochondrie a konverzní porucha (bývala známá jako hysterie).
Disociativní poruchy	Při těchto poruchách je část prožívání nepřístupná vědomí. Radíme sem amnézii, fugu, disociativní poruchu identity (též mnohočetná porucha osobnosti).
Poruchy nálady	Pro tyto poruchy jsou příznačné chorobné změny nálad, přičemž sem patří velká depresivní epizoda, mánie a jejich kombinace.
Schizofrenie a schizofrenní poruchy	Skupina psychotických poruch projevujících se ztrátou kontaktu s realitou, halucinacemi, bludy, dezorganizovaným myšlením i afektivitou a bizarním chováním.
Poruchy osobnosti	Dlouhodobé, nevyléčitelné a maladaptivní vzorce chování. Do této kategorie patří hraniční a disociální porucha osobnosti.

posoudit a naučit se postup stanovení diagnózy. Tyto publikace jsou pochoptitelně aktualizovány na základě výsledků nejnovějších výzkumů (Spitzer a kol., 2001).

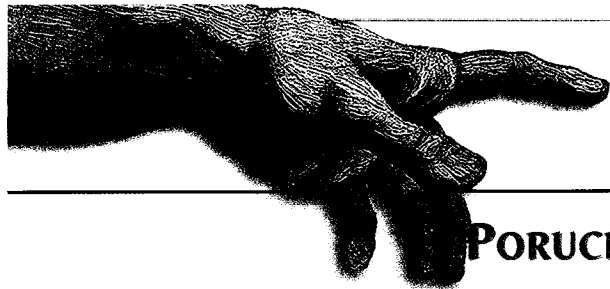
Musíme však mít na paměti, že DSM-IV (byl vydaný v roce 1994) představuje pouze jeden diagnostický přístup. Předcházely mu čtyři verze. První byla uveřejněna v roce 1952, manuál pak byl z velké části revidován v roce 1968 (DSM-II), další revize se uskutečnila v roce 1980 (DSM-III) a následně 1987 (DSM-III-R). V této souvislosti stojí za zmínku, že v současné době je oproti minulosti identifikováno stále více psychických poruch. V DSM-I jich bylo uvedeno šedesát, ve druhé revizi sto čtyřicet pět, v DSM-IV jich najdete čtyři sta deset. A co tento nárůst znamená? Někdo by mohl říci, že psychologové a psychiatři dospívají k hlubšímu porozumění, zjišťování a léčení problémů, jiní by namítli, že jsou až přecitlivělí na nedokonalosti lidského rodu a že „patologizují“ i obyčejné chování (Kutchins & Kirk, 1997). Návrh, že dospívající, kteří tráví dlouhé hodiny na internetu, mají být označeni jako „závislí na internetu“, je jeden příklad za všechny (Griffith, 1998).

Kritici psychiatrického diagnostikování postupem času dospěli ke třem největším námitkám. Zprvce podle jejich názoru není daný systém spolehlivý. Budou-li mít dva odborníci diagnostikovat téhož jedince, jaká je pravděpodobnost, že dospějí ke stejným závěrům? Výzkum předchozích verzí DSM zjistil, že spolehlivost skutečně není vysoká. Naopak nové verze, především DSM-IV, zakládají klasifikaci na pozorovatelném chování, tudíž nabízejí seznam konkrétních, víceméně objektivních položek, podle nichž se odborníci mohou řídit. Podobně jako lékařský systém, není ani tento dokonalý, ale je třeba zohlednit, že spolehlivost oproti minulosti podstatně stoupla (Nathan & Langenbucher, 1999).

Druhá kritika je zaměřena na klinický úsudek, který může být, podobně jako kterýkoli jiný, předpojatý či ovlivněný stereotypy ohledně klientova věku, pohlaví, národnosti, socioekonomického statusu, etnické příslušnosti, kulturního zázemí a dalších faktorů (Mezzich a kol., 1996). Nejběžnějším příkladem je pohlaví. Bylo zjištěno, že muži i ženy trpí duševními poruchami přibližně ve stejné míře, přičemž některé specifické poruchy se více vyskytují u žen a některé zase u mužů (Hartung & Widiger, 1998). Je možné, aby tyto všeobecně známé rozdíly ovlivňovaly úsudek odborníka při diagnostikování?

„*Vědecká východiska DSM jsou důvěryhodná. Ovšem rozhodně nejsou neomylná. Vzhledem k tomu, že DSM je využíván i jako standardizovaná učebnice, je vynášen příliš vysoko do nebe a moc málo zpochybňovaný.*“

NANCY ANDREASENOVÁ



PORUCHA POZORNOSTI S HYPERAKTIVITOU

Tato kapitola se věnuje psychickým poruchám dospělých jedinců, ovšem do DSM-IV patří i porucha typická pro dětský věk, která přetrvává v dospívání a zpravidla i v dospělosti. Ve velkém počtu případů navíc má vážné negativní dopady na školní výkon.

Takřka každá třída na základní škole má alespoň jednoho žáka, který pořád někam odbíhá, chvíli neposedí, nemá trpělivost, neudrží pozornost. Rodiče a učitelé o takových dětech říkají, že jsou hyperaktivní. Vzhledem k tomu, že se tyto děti skutečně nemohou přimět k tomu, aby delší dobu udržely pozornost a nechají se vnějšími podněty velmi snadno rozptylovat, je jim v DSM-IV věnována diagnóza *porucha pozornosti s hyperaktivitou* (ADHD). Ptáte se, v čem spočívá problém? Sally Smithová, zakladatelka soukromé školy pro děti s poruchami učení, uvádí, že „nejde o to, že by nedávaly pozor. Tyto děti totiž věnují pozornost celé spouště věci“ (Hancock, 1996).

Z výzkumů vyplývá, že průměrné dvouleté dítě dokáže udržet pozornost zaměřenou na jeden podnět přibližně sedm minut. Pro tříleté děti je průměr devět minut a pro čtyřleté již třináct minut. Pětileté děti by měly zvládnout čtvrt hodinu a průměrný prvňáček by měl vydržet sedět a ještě dávat pozor celou vyučovací hodinu. Jenže děti trpící ADHD to nedokážou. Uvedme si tři základní příznaky jejich poruchy: jsou nepozorné,

impulzivní a hyperaktivní. Proto je snadné odvést jim pozornost, není vůbec náročné stimulovat je; snadno se přeorientují z jednoho úkolu na druhý a neustále pátrají po příležitosti k nové činnosti. Ve škole prostě nevydrží sedět na jednom místě, neumějí v klidu poslouchat paní učitelku, nedokážou vystát frontu, aniž by nikam neodbíhaly, příliš se jim nedaří dodržovat pravidla. Neustále vykřikují, vrtí se, melou nohama, lezou po nábytku, hrají si s propiskou, ztrácejí věci a chovají se, jako by byly poháněné motorkem (Barkley, 1998).

ADHD podle odhadů postihuje tři až sedm procent žáků základních škol v Severní Americe, přičemž se častěji projevuje u chlapců, přibližně v poměru tři ku jedné. U dětí s diagnózou ADHD přetrvávají problémy do dospívání z padesáti až osmdesáti procent, do dospělosti vstupuje s touto poruchou třicet až padesát procent jedinců (Weiss & Hchtman, 1993). Obecně řečeno panují dohady, že v Americe má nediodagnostikovanou poruchu pozornosti na patnáct milionů lidí, což však v žádném případě neznamená, že by negativně nezasahovala do jejich života (Resnick, 2000).

Řada dětí trpících ADHD má potíže s chováním, jsou pro ně typické poruchy učení, nesnadno se přizpůsobují strukturované práci, tedy škole. Ve škole se jim moc nedaří ve čtení, mají problémy s řešením složitých problémů, nezvládají úkoly vyžadující koordinaci jemné motoriky. Uvedené problémy si nezdědka odnášejí i do

Ve 13. kapitole jsme si uvedli, že zpravidla vidíme to, co si myslíme, že uvidíme. Může se totéž stát i při diagnóze?

Maureen Fordová a Thomas Widiger (1989) se rozhodli, že tuto možnost podrobněji prozkoumají. Sepsali fiktivní anamnézu, v jedné verzi se jednalo o muže, ve druhé o ženu. Jednu verzi elektronickou poštou rozeslali 354 klinickým psychologům a požádali je o provedení diagnózy. Bylo zjištěno, že někteří odborníci anamnézu vnímali jako typický případ disociální osobnosti, což je porucha příznačná pro muže. Vyznačuje se sebestředným chováním a nedodržíváním pravidel. Jiní na případ nahlíželi jako na histriónskou poruchu osobnosti, jež je příznačná pro ženy. Projevuje se nadměrným vyhledáváním pozornosti druhých lidí, přehnaným projevováním emocí a flirtováním. Jaký byl výsledek? Diagnózy byly jednoznačně předpojaté na základě pohlaví. Bez ohledu na minulost byl muž považován za disociálního a žena za histriónskou osobnost. Podobný výzkum zjistil, že Afroameričani bývají častěji diagnostikováni – či spíše mylně diagnostikováni – jako schizofrenní než běloši, kteří mají shodné příznaky (DelBello, 2002).

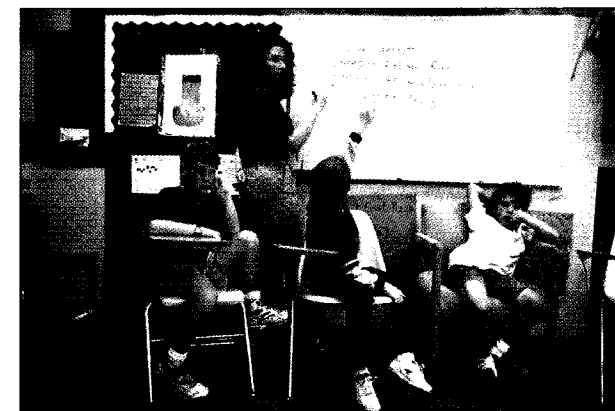
Třetí výtka se týká diagnostických nálepek, které mívají negativní vliv na jednání s lidmi trpícími duševní poruchou. V provokativní ukázké vlivu diagnózy na komunikaci psycholog David Rosenhan (1973) se sedmi kolegy navštívili dvanáct psychiatrických ústavů v pěti státech, udali smyšlené jméno i zaměstnání a stěžovali si, že slyší neznámé, odlišné hlasy pronášející slova *duť, prázdň a dunění*. Všichni pseudopacienti byli diagnostikováni

dospívání, takže na střední škole mívají horší známky, případně předčasně odcházejí ze školy, tudíž ve studiu nepokračují (Klein & Mannuzza, 1993). V dospělosti mívají problémy ve vztazích a posléze v manželství, stejně jako v zaměstnání (Barkley, 1997).

Příčinami ADHD se zabývá řada teorií. Podle jedné z nich mají děti trpící ADHD neobvykle nízkou hladinu aktivace centrálního nervového systému, tudíž hledají stimulaci, aby si rovinu aktivace zvýšily (Zentall & Zentall, 1983). Jiní výzkumníci zjistili, že děti s ADHD mají potíže se zklidněním, takže nedokážou přestat jednat na základě okamžitých impulzů (Nigg, 2001). Další výzkumní pracovníci sledovali odlišnosti v aktivitě mozku, životosprávě, neurotransmiterech, výchovných stylech a sociálním učení. Bez ohledu na příčinu lze většinu případů úspěšně léčit, především lékem Ritalin a dalšími stimulanciemi, která zvyšují aktivaci mozku a produkci neurotransmiterů norepinefrinu a dopaminu (Greenhill & Osman, 2000; Solanto a kol., 2001). Ritalinu se dokonce přezdívá vitamin R. Je ještě účinnější stimulantem než kofein a ve Spojených státech bývá každoročně předepisován zhruba šesti stům dětem, tedy asi jednomu až dvěma procentům školních dětí. Většina dětí trpících ADHD reaguje na Ritalin dobře, rozšiřuje se jim rozsah aktuální pozornosti, omezuje se pohybová aktivita a zlepšuje se chování i výsledky ve škole (Greenhill & Osman, 1999).

Při diagnostikování ADHD je však na místě velká opatrnost, aby nebyla diagnóza přičena dětem, které

jsou jen zvýšeně aktivní a poněkud divoké. Je-li předepsán Ritalin, mělo by jeho užívání jít ruku v ruce s psychoterapií a strategiemi výuky šitými na míru těmto dětem, přičemž cílem je modifikace chování a zdokonalování způsobů řešení problémů. Sally Smithová si se žáky povídá i o Ritalinu. Mezi palcem a ukazováčkem naměří asi tři centimetry, tuto délku ukáže dětem a dodá: „Přesně takovýhle podíl má Ritalin na zlepšení. Pomáhá vám, abyste se mohly učit. Zbytek je na vás, vašich rodičích a učitelích.“ (Hancock, 1996, s. 56) Na této křížovatce klinické psychologie a školství je zcela zřejmé, že rodiče, učitelé, psychologové i lékaři musejí při své práci spolupracovat (Pelham a kol., 1993).



Děti trpící ADHD mají ve škole potíže, aby udržely pozornost.

jako schizofrenici a byli přijati na léčení. Od toho okamžiku však začali na všechny otázky odpovídat popravdě, chovali se normálně, dodržovali pravidla a uváděli, že žádné hlasy neslyší. Přesto všem výzkumníkům trvalo průměrně devatenáct dní, než dopěli k propuštění (jeden výzkumník dokonce zůstal v léčbě padesát dva dní). Ani jediný psychiatr, psycholog, zdravotní sestra ani nikdo jiný nepřišel na to, že se jednalo o kamufláž (paradoxní je, že několik skutečných pacientů mělo podezření, že se jedná o novináře nebo detektivy). Ze zprávy o výzkumu vyplynulo, že zaměstnanci léčebny si normální chování nezdědka vysvětlovali jako příznaky choroby. Když jeden pseudopacient vyšel z pokoje a ze samé nudy se začal procházet po chodbě, bylo mu řečeno, že je „nervózní“. Další dva výzkumníci, kteří si psali poznámky, byli označeni jako „paranoidní“. První dojem a diagnostická nálepka dokážou být stejně nezdolné. Lidé, kteří mají dojem, že je jejich nemoc stigmatizuje, uvádějí, že cítí, jako by se na ně druzí lidé dívali jinými očima a považovali je za nebezpečnější, nezodpovědnější a dětinštější. Podle toho se k nim i chovají (Farina a kol., 1992; Corrigan & Penn, 1999). (Informace o diagnostice poruch v dětství najdete ve článku *Psychologie a školství*).



*„Co znamená, že někdo je blázen?“ Winona Ryderová ve filmu, *Girl Interrupted* (v České republice byl film uveden pod názvem *Narušení*) hrála Suzannu Kayseovou, osmnáctiletou dívku, která byla přijata do léčebny s diagnózou deprese. Byla považovaná i za línou a apatickou. Při pobytu v ústavu se nacházela v společnosti patologického lbáře, dívky závislé na projimadlech a člověka, který se údajně polil benzinem a pak se zapálil. Všichni spolupacienti ji dovedli k názoru, že ona je oproti nim úplně normální.*

Kontrolní otázky

- Jaká kritéria chování musejí být splněna, aby mohla být zvažována duševní porucha?
- Uveďte tři modely abnormality. Jak se každý z nich staví k duševním poruchám?
- Uveďte příklady syndromů spojených s kulturou. Co vypovídají o duševních poruchách?
- Co je DSM? Jak se od roku 1952 změnil?

Na základě objektivně sledovaných kritérií podle DSM-IV a používání strukturovaných rozhovorů, včetně pečlivého hodnocení klientovy společenské a pracovní role, snad nikdy nebyla spolehlivost diagnostiky vyšší než nyní. Kritici přesto správně namítají, že klinická diagnóza je nedokonalý nástroj. Psychologové a psychiatři se podobně jako lékaři někdy neshodnou na diagnóze téhož pacienta, přičemž jejich rozhodování je do určité míry ovlivňováno stereotypy, nehledě na to, že nepomíjí hrozba nálepkování. Jenže diagnóza je nezbytná. Lékaři potřebují rozlišit, zda se jedná o onemocnění srdce, rakovinu nebo zápal plic, aby mohli pacienta co nejefektivněji léčit, podobně psychologové potřebují vyloučit některé duševní poruchy. Ve snaze zmírnit stigmatizování spojené s diagnostickou nálepkou Americká psychiatrická asociace (2000) doporučila, aby se nálepky vztahovaly na *chování*, nikoli na *jedince* jako takové. Je rozhodně lepší říci, že někdo má schizofrenii nebo že je závislý na alkoholu, než poukazovat na dotyčného člověka jako schizofrenika či alkoholika, což jsou označení, která si s sebou jedinec nosí navždy.

V další části této kapitoly se budeme zabývat nejběžnějšími a také nejnejpříznivějšími poruchami uvedenými v DSM-IV. Ze všeho nejdřív je však třeba uvést varování: dejte si pozor na „nemoc mediků“, tendenci všimát si u sebe příznaků, o nichž čtete. Kdyby došlo k tomu, že by vám najednou nebylo dobře nebo se prostě stalo něco, co by vám komplikovalo každodenní spokojené fungování, vyhledejte odbornou pomoc. A jinak se nebojte, vřdyt normalita a abnormalita jsou jen dva póly téhož kontinua. Navíc každý během života nějaký ten příznak psychické nevyrovnanosti má.

generalizovaná úzkostná porucha Duševní porucha, pro niž je příznačný trvalý stav úzkosti bez spojitosti s konkrétním objektem.

ÚZKOSTNÉ PORUCHY

- Co nám mylná kulturní studie sdělují o úzkostných poruchách?
- Co je to panika a jaké má biologické a psychické kořeny?
- Jaký je rozdíl mezi obyčejnou a sociální fobií?
- Proč si někdo myje ruce třeba i stokrát za den?

Každý, kdo někdy byl v boji, prošel životním pohovorem, účastnil se vrcholné sportovní soutěže, podstoupil závažnou operaci nebo zažil v bytě zloděje, moc dobře ví, co to je úzkost. V podstatě to víme všichni. Je to nervózní pocit s nabíhající tendencí k panice, s nímž je spojený roztrásený hlas, sucho v ústech, pocit nevolnosti, únava, nedostatek kyslíku nebo průjem.

GENERALIZOVANÁ ÚZKOSTNÁ PORUCHA

Úzkost je zcela normální reakce na ohrožující a stresující situace. Řekli jsme si, že přibližně čtvrtina Američanů prožije během života tak silnou, paralyzující a vytrvalou úzkost, že je ji možno považovat za poruchu (Kessler, 1994). Asi pět procent dospělých někdy během života prožije **generalizovanou úzkostnou poruchu**, ustavičnou, neustávající, všudypřítomnou úzkost bez konkrétní příčiny. V takovém stavu je organismus bez ustání aktivizovaný, aniž by dotyčný jedinec věděl proč. Je přehnaně citlivý na kritiku, obtížně se rozhoduje, ulpívá na chybách, jichž se dopustil v minulosti, neustále má obavy o peníze, práci, rodinu a zdraví (Barlow, 2001). Prozatím není zřejmé, zda se jedná o důsledek, nebo příčinu poruchy. Z výzkumů vyplývá, že lidé trpící generalizovanou úzkostnou poruchou jsou přecitlivělí a úzkostní ještě předtím, než vyhledají léčbu, a ve stejném stavu se nacházejí i tehdy, je-li jejich stav v remisi, čili na ústupu (Brown, O'Leary a kol., 2001).

Řada lidí mívá záchvaty úzkosti, které jsou vyhraněnější. V této souvislosti se budeme zabývat třemi poruchami: panikou, fobiemi a obsedantně-kompulzivní poruchou. Než budete pokračovat ve čtení, uvedeme si dva důležité body. Zprv si zapamatujte, že ačkoli jsou různé druhy úzkostných poruch rozdílné, mívá většina lidí, kteří trpí jedním typem, zvýšenou náchylnost k pří-

znakům dalších typů (Brown & Barlow, 1992; Sanderson a kol., 1990). Zadržte mějte na paměti, že intenzivní úzkostí trpí lidé na celém světě, ale konkrétní příznaky jsou podmíněny kulturou (Good & Kleinman, 1985).

PANICKÁ PORUCHA

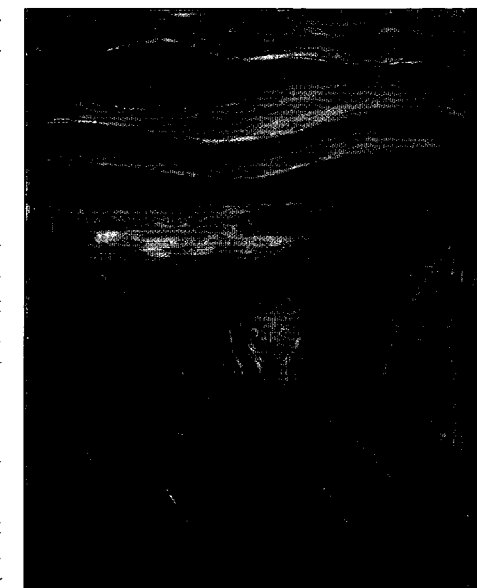
Norský malíř Edvard Munch (1863–1944) byl člověk, který měl spoustu problémů a potíží, tudíž význam slova *panika* znal velmi dobře. V roce 1893 namaloval *The Scream (Křik)*, obraz připomínající noční můru. Je to portrét jedince stojícího na mostě pod oblohou barvy krve a ohně. Zezadu k němu přicházejí nějací lidé. Munch uvedl, že tento obraz byl inspirován dnem, kdy „Jsem šel... a zničehonic jsem uslyšel křik pronikající až do morku kostí.“ Někdy má obraz skutečně hodnotu tisíce slov.

Lidé s diagnózou **panická porucha** mívají časté, náhlé a silné záchvaty úzkosti, které zpravidla trvají několik minut. Příznaky jsou bolest na prsou, bušení srdce, zrychlené a prohloubené dýchání, lapání po dechu, dušnost a omdlávání. Tyto symptomy doprovází pocit nereálnosti situace (derealizace), jedinec mívá pocit, jako by tělo nepatřilo jemu. Pacienti často prožívají strach z toho, že se zblázní, ztratí nad sebou kontrolu nebo umřou. V tabulce 16.2 je uvedeno procento výskytu jednotlivých symptomů u pacientů trpících panickou poruchou. Záchvat úzkosti je specifikován jako panika, pokud obsahuje minimálně čtyři uvedené příznaky (Craske & Barlow, 2001).

Z výzkumů plyne, že se panika dostavuje především ve dne, ovšem nezřídka i mezi půl druhou a půl čtvrtou ráno, kdy člověk spí. Srdceční činnost se při záchvatu zrychluje na průměrné tempo třiceti devíti úderů za minutu. Záchvat trvá přibližně šestnáct minut a po něm následuje vyčerpání (Taylor a kol., 1986). Lidé, kteří mívají záchvaty paniky často, se navíc domnívají, že se před všemi ztrapní, například tak, že omdlí, pozvrací se, budou lapat po vzduchu, počurají se. Není divu, že se v nemalém procentu rozvine ještě **agorafobie**, strach z pobývání na veřejných místech, z nichž se nemohou snadno vzdálit. Tito lidé se nezřídka stávají vězni ve vlastním domě nebo bytě, odmítají si dojet nakoupit, nechťejí jít do restaurace, na sportoviště, do divadla, na letiště ani na vlakové nádraží. Termín pochází z řeckého označení nesoucího význam „strach z tržiště“.

Přibližně třetina dospělých uvádí, že v uplynulém roce zažila záchvat paniky (Norton a kol., 1992), ovšem pouze jeden až dva jedinci ze sta – většinu ženy – trpí v daném časovém období panickou poruchou v pravém slova smyslu (Narrow a kol., 2002). A co vlastně paniku zapříčiňuje? Uvádějí se dvě teorie, jedna biologická a druhá psychologická (McNally, 1994). Výzkum zabývající se biologickým hlediskem dospěl k závěru, že záchvat paniky udeří bez jakéhokoli varování, přičemž ho doprovázejí změny v prefrontální oblasti mozkové kůry. Tento prožitek lze jak navodit, tak i léčit léky (Gorman a kol., 1989; Bremner a kol., 2000).

Psychologické hledisko se opírá o tři druhy důkazů. Zprv nemálo pacientů uvádí, že se první záchvat dostavil krátce po nemoci, potratu či jiné náročné události. Na základě metody klasického podmiňování, o níž jsme podrobně hovořili v 5. kapitole, může jedinec propadat úzkosti v situacích, kdy se setká s podněty, které se mu spojily s prvním záchvatem. Může jít o místo, čas a lidi (Bouton a kol., 2001). Zadruhé jsou lidé trpící úzkostnou poruchou ve vysoké míře náchylní k mylnému interpretování signálů tak, že dospívají ke katastrofickým scénářům. Ve stavu vysoké aktivity se například hned začnou obávat, že mají infarkt, mrtvici či jinou nemoc, bezprostředně ohrožující život (Clark a kol., 1997; Ehlers & Breuer, 1992; Schmidt & Trakowski, 1997). U jedinců náchylných k panice například vede vdechování kyslíčnicku uhličitého – či vzduchu s podprůměrným obsahem kyslíku – k vyvolání falešného poplachu infor-



The Scream (Křik). (Edvard Munch, The Scream. Oslo, National Gallery. Scala/Art Resource. New York. © 1998 Artists Rights Society (ARS), New York/ADAGP, Paris.)

„Člověk, který se bojí utrpení, trpí už jen tím strachem.“

NANCY ANDREASENOVÁ

TABULKA 16.2 Příznaky paniky

Příznak	Procentuální výskyt
Bušení srdce	87
Závratě, pocit na omdlení	87
Třes, chvění	86
Strach ze ztráty kontroly	76
Lapání po dechu	75
Návaly horka nebo zimy	74
Nadměrné pocení	70
Otupění nebo mravenčení	58
Depersonalizace	57
Nevolnost či bolesti břicha	56
Strach, že umře	56
Pocit dávení	50
Bolest na prsou	38

Zdroj: D. H. Barlow (2001). Anxiety and its disorders (Úzkost a úzkostné poruchy). New York, Guilford Press.

panická porucha Porucha charakterizovaná náhlým a intenzivním návalem úzkosti bez zjevného důvodu.

agorafobie Úzkostná porucha, jejímž hlavním příznakem je silný strach z veřejných prostor.

„Mezi záchvaty mám strach a úzkost z toho, co se zase stane. Bojím se chodit na místa, kde jsem záchvat už jednou měla. Pokud nenajdu pomoc, za chvíli nebudu moct nikam chodit.“

ANONYMNÍ PACIENTKA

FOBICKÁ PORUCHA

John Madden během fotbalové sezony pravidelně jednou týdně komentuje zápas Národní fotbalové ligy. Od pondělní noci bez ohledu na to, zda se zápas koná ve Filadelfii, Clevelandu, Green Bay nebo San Diegu, cestuje soukromým autobusem a urazí stovky mil. Takové přemísťování sice nevypadá příliš pohodlně, ale Madden jinak cestovat odmítá. A důvod? Navzdory svým bezmála sto dvaceti kilogramům a sto devadesáti třem centimetrům, o drsném vzhledu nemluvě, se bojím létat.

Záchvaty paniky se hlásí ke slovu nečekaně a bez varování, fobie jsou více specifické a také předvídatelné. **Fobická porucha** je stav, kdy jedinec reaguje na určitý objekt nebo událost intenzivní úzkostí, přičemž si uvědomuje, že jeho strach je iracionální. Vzniku reakce lze zabránit tím, že se jedinec danému objektu nebo situaci vyhýbá. Slovo *fobie* pochází z řeckého jména pro boha Phobos, který bojoval s nepřítelem tak, že mu vniknul strach. Tuto poruchu uvádí jeden z osmi Američanů (Magee a kol., 1996).

Fobie se dělí na dva druhy. **Izolovaná fobie** je silný a iracionální strach z konkrétního objektu nebo situace. Nejběžnější je strach z výšek, letadel, uzavřených prostor, krve, hadů a pavouků. Vyskytují se však i fobie ze skutečně netypických objektů a situací. Kdysi jsem měl kamaráda, který se při každém přejetí po mostě se železnými mřížkami držel sedadla v autě tak pevně, až měl bílé klouby, byl úplně ztuhlý a zalitý studeným potem. V tabulce 16.3 je uveden dílčí seznam izolovaných fobií. Některá označení budete dobře znát, jiná si odvodíte ze stavby slova (Maser, 1985). Fobie podle stupně závažnosti najdete na obrázku 16.1.

Druhý typ fobické poruchy je **sociální fobie**, neúměrný strach ze situací, v nichž má jedinec pocit, že ho druzí sledují. Rozvíjí se v dospělosti i v dětství (Beidel & Turner, 1998; Heimberg a kol., 1995; Leary & Kowalski, 1995; Turk a kol., 2001).

Sociální fobie přitom patří k nejčastějším poruchám. Patrně nejznámější příklad je strach z toho, že by jedinec měl mluvit před ostatními, nebo jednoduše tréma, tedy úplně nejhorší noční můra řečníků. Pokud jste někdy měli přednést referát nebo i prezentaci a trásla se vám při tom kolena nebo jste slyšeli, jak se vám chvěje hlas, máte alespoň jisté povědomí o tom, co tato porucha obnáší. A čeho že se lidé bojí? Při žádosti o odpovědi na tuto otázku respondenti nejvíce uváděli chvění a další příznaky úzkosti, vyslovení nějaké hlouposti, zapomenutý text, neschopnost pokračovat (Stein a kol., 1996). Lidé trpící sociální fobií mívají nízké sebevědomí, které si ještě snižují u nejrůznějších příležitostí.

Další obávané situace zahrnují konzumaci jídla na veřejnosti, podepsání dokladů před zrazy úředníka, pro muže je typický strach z močení za přítomnosti jiných mužů. V soukromí nejsou uvedené způsoby chování nijak problematické. Před zrazy ostatních se jim však jedinci snaží vyhnout, jak je to jen možné, někdy skutečně za každou cenu. V některých případech je snaha o únik tak zoufalá, že jedinec raději ani neopouští domov. Vzhledem

TABULKA 16.3 Dílčí seznam izolovaných fobií

Fobie	Obávaný předmět či situace
Akrofobie	Výšky
Arofobie	Létání
Agorafobie	Veřejné prostory
Aichmofobie	Ostré a špičaté předměty
Aquafobie	Voda
Arachnofobie	Pavouci
Brontofobie	Hromy
Klaustrofobie	Uzavřené prostory
Entomofobie	Hmyz
Hematofobie	Krev
Homilofobie	Mše
Monofobie	Samota
Myzofobie	Špína a bakterie
Nyctofobie	Tma
Ofidiofobie	Hadi
Parthenofobie	Panny
Porfyrofobie	Vínová barva
Triskaidekafobie	Číslo 13
Xenofobie	Cizí lidé
Zoofobie	Zvířata

fobická porucha Úzkostná porucha, jejímž hlavním příznakem je silný a iracionální strach.

izolovaná fobie Silný, iracionální strach z konkrétního objektu nebo situace.

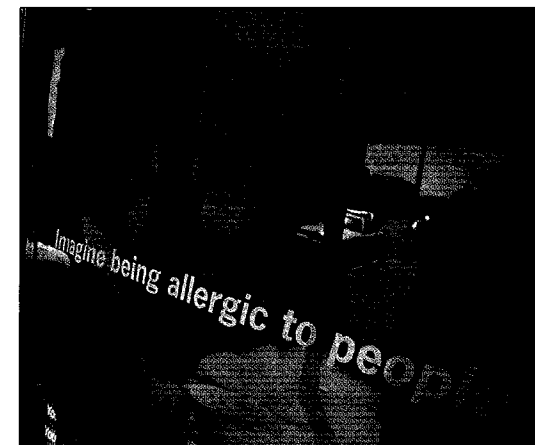
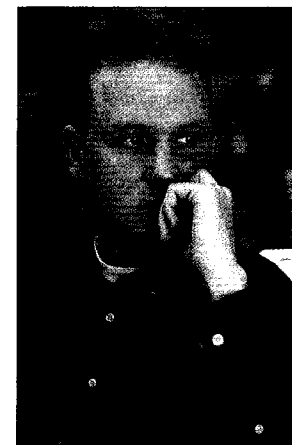
sociální fobie Intenzivní strach ze situací, v nichž má jedinec pocit, že ho druzí pozorují.

mujícího jedince o hrozbě udušení (Klein, 1993; Beck a kol., 1999). Lidé trpící panickou poruchou mají dokonce i ve spánku zvýšenou náchylnost reagovat na „normální“ podněty katastrofickými vizemi (Craske a kol., 2002). Zatřetí v těchto případech pomáhají psychologické metody léčby – například nácvik expozice obávané situace, relaxace, dechová cvičení, behaviorální a kognitivní techniky – aniž by klient musel užívat léky (Craske & Barlow, 2001; McNally, 1994; Rachman & Maser, 1988). Stručně řečeno lze tlačítko vyvolávající paniku aktivovat biologickými nebo psychologickými podněty.

k tomu, že sociální fobie jsou velmi rozšířené a zároveň tak omračující, usiluje Cynthia Turk a další (2001) o to, aby byl tento problém v dalších vydáních DSM uváděn jako „sociálně úzkostná porucha“.

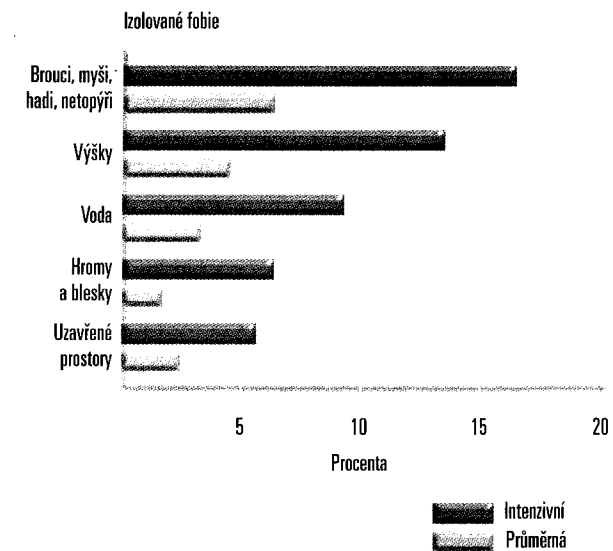
Na sociálních fobiích je zajímavé to, že očekávání bývá horší než samotná situace, jinak řečeno se leckdo v tomto stavu víc bojí štěkání psa než kousnutí. Nedávná studie oslovila jako probandy jedince trpící a netrpící sociální fobií. Po počátečním měření srdeční činnosti, tlaku a zjištění subjektivně vnímaného stupně úzkosti sdělil experimentátor probandům, že si mají připravit referát, který pak přednesou odborníkům. Na obrázku 16.2 si všimněte, že se po zadání všem probandům zrychlil tep a s blížícím se okamžikem prezentace referátu se stále zvyšoval, ovšem jedinci trpící sociální fobií byli mnohem úzkostnější (Davidson a kol., 2000).

Co vyvolává fobické poruchy? Freud kdysi tvrdil, že lidé trpící fobií prožívají úzkost kvůli potlačeným impulzům, s nimiž se snaží vyrovnat tak, že přenášejí úzkost na náhradní objekty, které jsou pro ně méně ohrožující a snáze se jim vyhnou. Tento předpoklad dokumentoval na případové studii malého Hanse, pětiletého chlapce, který odmítal vycházet z domu, protože se bál, že ho kousne kůň. Podle Freudova názoru (1909) právě procházel oidipovským konfliktem a nevědomý strach z toho, že ho otec vykastruje, proměnil za vědomý strach z toho, že ho kousne kůň. Z psychoanalytického hlediska je objekt fobie pouze zástupcem hlubšího, ještě znepokojivějšího problému.

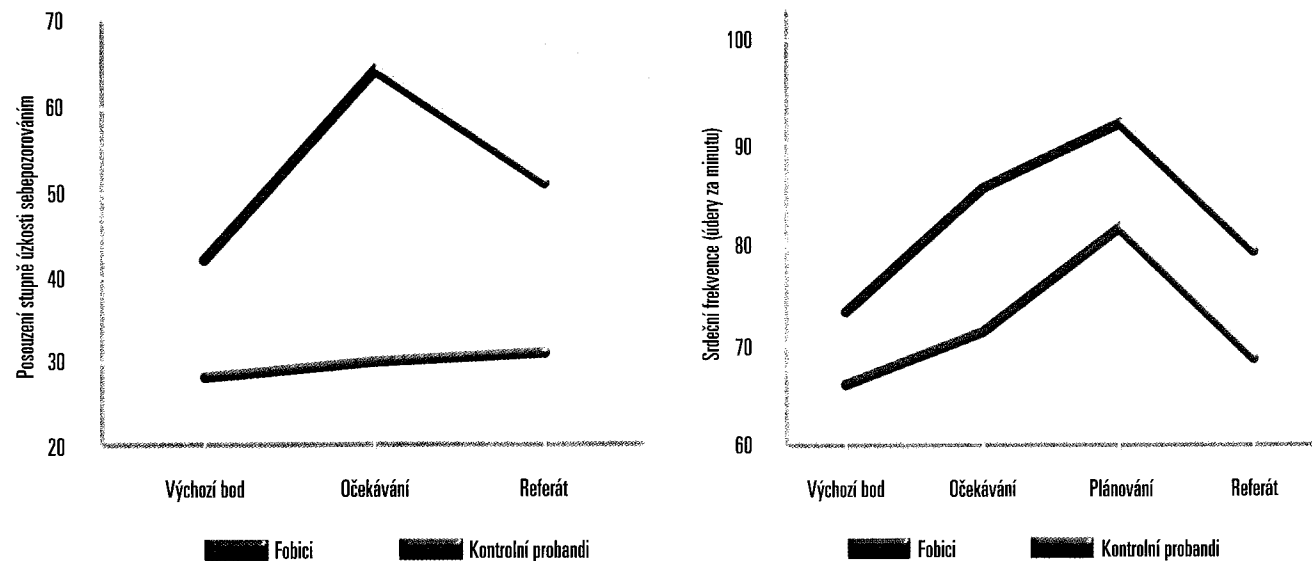


Sociální úzkost Stevea Foxe byla na střední škole tak intenzivní, že mu roztleskávačky schválně říkaly „ahoj“, jen aby zčervenal. Fox (vlevo) úspěšně podstoupil léčbu a nyní žije v manželství s jednou z oněch pokusitelek. „Představte si, jak vypadá alergie na lidi“ je motto vzdělávací kampaně, jejímž cílem je zvýšit povědomí o sociální fobii a metodách léčby (vpravo).

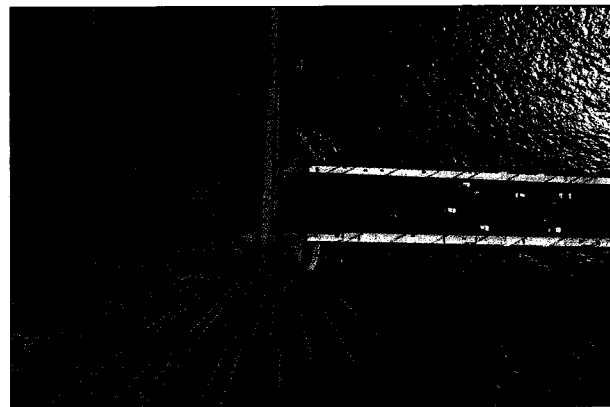
Behaviorista John Watson zareagoval na Freudovu případovou studii demonstrací fobie na Albertovi. Podmiňováním v něm vypěstoval fobii (viz 5. kapitola). Od té doby výzkumní pracovníci zjistili, že fobie skutečně může být naučena metodou klasického podmiňování (Ost, 1992) nebo pozorováním druhého člověka, jak strachem reaguje na nějaký objekt. Například Susan Minea a Michael Cook (1993) zjistili, že když makaka rhesus vychovávaný v laboratoři spatřil divoké opice vlastního druhu, že reagují na hada strachem, znervózněl a postupně se u něj vyvinul silný strach z hadů. Pro behavioristy fobie tudíž mají původ v osobních zážitcích nebo pozorování a poté se reakce šíří na další objekty v rámci generalizace reakce. Analogicky se u dítěte, které rodiče zamykají v tmavé místnosti, může rozvinout strach z tmavých místností, jenž se dále může rozšířit do podoby klaustrofobie. Z tohoto pohledu je dlouhodobé trvání fobií založeno na tendenci vyhýbat se objektům, z nichž máme strach – a to i poté, co na prvotní reakci zapomeneme. Opakováním vyhýbavých reakcí si totiž znemožňujeme, abychom se strach odnaučili. Tomuto názoru odpovídají i výsledky výzkumu, při němž bylo zjištěno, že



Obr. 16.1 Intenzita nejčastějších izolovaných fobií



Obr. 16.2 **Reakce jedinců trpících sociální fobií** Dospělí probandi rozdělení na dvě skupiny (fobici a bez fobie) se připravovali na referát pro odborníky. Z grafů vyplývá, že srdeční tep se zvýšil u obou skupin ve fázi očekávání (vlevo), ale pouze jedinci trpící sociální fobií uváděli zvýšenou úzkost (vpravo) (Davidson a kol., 2000).



Některé fobické poruchy se vyskytují častěji než jiné. Jednou z nejběžnějších je akrofobie (strach z výšek).

lidé, kteří se zbaví fobií při léčbě, jsou mnohem méně náchylní k relapsům, musejí-li se s daným objektem někdy znovu konfrontovat (Mineka a kol., 1999).

Třetí pohled, rovněž uvedený v 5. kapitole, se domnívá, že lidé jsou na základě evoluce geneticky naprogramováni, čili „připraveni“ vytvořit si určit druhy fobií. Lidé na celém světě se totiž bojí tmy, výšek, hadů, hmyzu a dalších neškodných objektů, přičemž s některými se dokonce ani nemusejí vůbec setkat. Seligman (1971) se domnívá, že důvod spočívá ve skutečnosti, že lidé – stejně jako zvířata – jsou evolucionálně předurčeni k tomu, aby se báli objektů a situací (a vyhýbali se jim), které byly pro jejich předky nebezpečné. Řada psychologů souhlasí s názorem, že averze je součástí naší lidské podstaty, a právě proto lidé reagují strachem na určité, potenciálně smrtelné podněty. Jedná se o afektovou reakci, která je rychlá, automatická, snadno naučitelná, ale špatně se ovládá (Ohman & Minea, 2001).

OBSEDANTNĚ-KOMPULZIVNÍ PORUCHA

Howard Hughes měl všechno, co si člověk může přát. Byl miliardář, známý pilot, podnikatel a hollywoodský producent. Mělo to jen jednu chybu: sužovaly ho obavy z bakterií, které ho nakonec odsoudily k poustevnickému životu. Všechna okna a dveře zalepil lepenkou a podstatnou část dne trávil tím, že se myl. Jeho spolupracovníci museli otevírat dveře nohou, aby na dveře nepřenášeli choroboplodné zárodky, při podávání jídla museli nosit bílé rukavice, noviny mu nosili ve třech exemplářích, aby si mohl kapesníkem vytáhnout prostřední, nenakažené. Ke konci života ho rutinní činnosti tak vyčerpávaly, že se nedokázal postarat ani sám o sebe. Když v devětašedesáti letech zemřel, byl neskutečně špinavý, vyhublý na kost, měl nepěstěné vousy, zkažené zuby a nehty měl tak dlouhé, až se začaly točit. To je vskutku smutný, ba až ironický konec člověka, který jednou prohlásil: „Chci žít déle než moji rodiče, proto si dávám pozor na bacily.“ (Fowler, 1986, str. 33)

Howard Hughes společně s dalšími zhruba čtyřmi miliony Američanů trpěl **obsedantně-kompulzivní poruchou (OCD)**, sužující úzkostí, pro niž jsou příznačné neovladatelné *obsese* (nepříjemné myšlenky neustále vstupující do vědomí) a *kompulze* (rituály vykonávané v důsledku obsesí). Obsedantně-kompulzivní porucha zpravidla začíná na konci dospívání nebo na začátku

obsedantně-kompulzivní porucha (OCD) Úzkostná porucha, pro niž jsou příznačné neovladatelné myšlenky (obsese) a nutkání opakovaně vykonávat určitou činnost (kompulze).

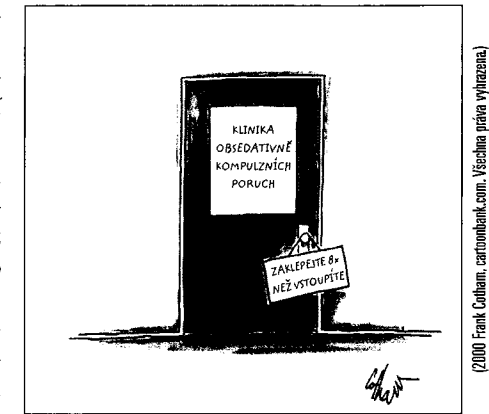
dospělosti, rovnoměrně postihuje muž i ženy a trpí jí lidé v Indii, Anglii, Norsku, Egyptě, Nigerii, Japonsku, Hongkongu a dalších zemích světa (Insel, 1984). Většina lidí si uvědomuje, že jejich chování není v pořádku, ale nedokážou ho zastavit nebo změnit. Bojí se zahanbení nebo ponížení, řada se snaží udržet poruchu v tajnosti a než vyhledá pomoc, zpravidla uběhne několik let.

Co se vlastně stane, když se jedinec neléčí? Gunnar a Ingmar Skoogovi (1999) zrealizovali dlouhodobou studii 144 pacientů diagnostikovaných s poruchou OCD v padesátých letech, kteří prošli kontrolním posouzením u téhož psychiatra v devadesátých letech. Jen malé procento z nich absolvovalo léčbu, která je dnes považována za účinnou. Výsledky byly nejednoznačné. Pozitivní zjištění bylo, že dvě třetiny pacientů se do deseti let od prvních příznaků nemoci zlepšilo a čtyři pětiny dosáhly zlepšení stavu v průběhu čtyřiceti let. Negativní zjištění bylo, že pouhá pětina původních pacientů se zcela vyléčila a dvě třetiny stále měly nějaké příznaky. Po čtyřiceti letech desetina pacientů nevykázala žádné zlepšení a další desetina se dokonce ještě přitížilo (viz obrázek 16.3).

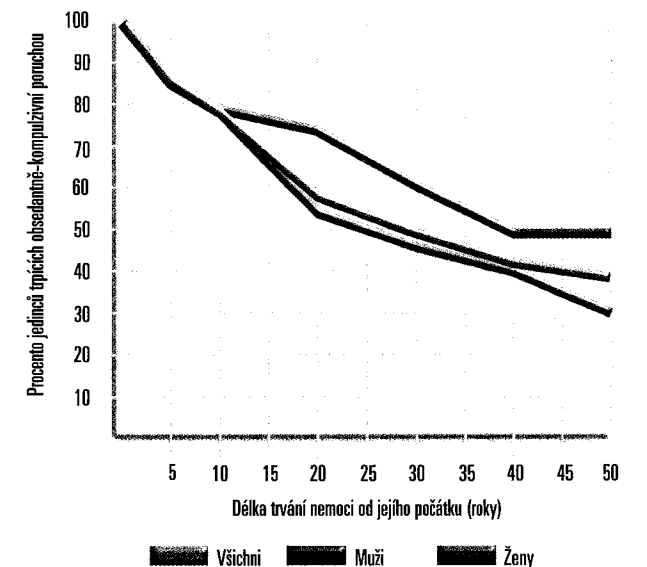
Jaké druhy myšlenek a vzorců chování sužují pacienty trpící obsedantně-kompulzivní poruchou? Psychiatrická Judith Rapoportová (1989) v knize *The Boy Who Couldn't Stop Washing (Chlapec, který se nedokázal přestat myt)* uvádí případ chlapce, který se myl tak často a natolik intenzivně, až měl ruce rozedřené do krve. Popisuje i případ jiného chlapce, který musel denně třiašedesátkrát vyjít schodiště. Znalá i ženu, která byla posedlá touhou mít obočí naprosto symetrické, tudíž si vytrhávala všechny chloupky. Podobně Raeann Dumont (1996) v knize *The Sky Is Falling (Padá nebe)* uvádí případ ženy, která osm hodin denně trávila mytím, situaci muže, který nedokázal vyjít z metra, aniž by předtím neposbíral všechny odpadky na zemi, příběh muže, jehož byt byl až po strop plný špinavého oblečení, neumytého nádobí a dalších předmětů, které schraňoval, aniž by byl schopen cokoli vyhodit. Tyto příběhy znějí vskutku bizarně, přesto výzkum dospívá k závěrům, že lidé trpící obsedantně-kompulzivní poruchou neustále a opakovaně něco kontrolují, zpochybňují, myjí, hromadí, objednávají, řeší a duševně neutralizují nepřijatelné myšlenky a chování (Foa a kol., 1999). Nejčastěji se objevující témata, zjištěná při rozhovorech se stovkou pacientů, jsou uvedena v tabulce 16.4. Většina pacientů navíc má více obsesí i kompulzí (Jenice a kol., 1986).

Každý z nás má drobnější obsese a kompulze. Někdo například před spaním dvakrát až třikrát kontroluje alarm, nevstupuje na praskliny na chodníku, nedokáže odolat nutkání narovnat záclonu, jakmile není rovná. Profesionální sportovci jsou známi velkou spoustou rituálů. Řada baseballových hráčů si třeba narovnává čepici, tahá se za tričko, bouchá se do bot nebo před každým hodem provádí složitou kombinaci gest, aby měli štěstí. A pokud máte dojem, že se uvedené příklady na vás nevztahují, zkuste nemyslet na ledního medvěda. Skutečně. Odložte knihu a usilovně se snažte, abyste nemysleli na ledního medvěda. Chápete? Daniel Wegner (1989) zjistil, že když se aktivně snažíme potlačit nějaké myšlenky, naopak vstupují do vědomí s mnohem větší naléhavostí, podobně jako nově vzniklá obsese. Takovéto myšlenky se však od OCD liší intenzitou doprovodné úzkosti a rozsahem, v jakém zasahují do každodenního života jedince. Wegner a Zanakos (1994) sestavili dotazník, který nazvali *White Bear Suppression Inventory (Inventář potlačovaných myšlenek na ledního medvěda)* a zjistili, že jedinci s tendencí souhlasit s výroky typu „Mívám myšlenky, které nemohu zastavit“ nebo „Nabíhají mi do mysli obrazy, které nedokážu zahnat“ jsou náchylní k obsedantnímu způsobu uvažování.

O příčinách obsedantně-kompulzivní poruchy existuje řada teorií. Psychoanalytici se domnívají, že obsedantní myšlenky



(2000 Frank Cottrell, cartoonbank.com. Všechna práva vyhrazena.)



Obr. 16.3 **Co se děje při obsedantně-kompulzivní poruše** Dlouhodobá studie neléčených pacientů trpících OCD zjistila, že se u dvou třetin z nich po deseti letech zlepšil stav a u čtyř pětin pacientů došlo ke zlepšení po čtyřiceti letech. Bohužel se uzdravilo jen malé procento, a některým se dokonce přitížilo (Skoog & Skoog, 1999).

TABULKA 16.4 **Obsedantně-kompulzivní porucha**

Předmět obsese	Procentuální výskyt
Špína, bacily, nákaza	55
Agresivní impulzy	50
Potřeba symetrie	37
Tělesné obavy	35
Zakázané sexuální touhy	32

Rituály	Procentuální výskyt
Kontrolování	79
Mytí	58
Počítání	21

Zdroj: M. A. Jenicke a kol. (1986). *Obsessive-compulsive disorders: Theory and management (Obsedantně-kompulzivní poruchy: teorie a léčba)*. Littleton, MA: PSG.

představují jakési prosakování sexuálních a agresivních tužeb usilujících o to, aby se dostaly do vědomí, tudíž jedinec musí vymyslet složité rituály, aby jim v tom zabránil. Z tohoto pohledu nutkavé mytí představuje potřebu očistit duši od hříšných impulzů. Behaviorálně orientovaní teoretici uvádějí, že chování se udržuje, protože pomáhá snižovat úzkost vyvolanou obsedantními myšlenkami. Řadu kompulzí skutečně lze po několika týdnech vymýt tak, že jedinec opakovaně vstupuje do přímého kontaktu se zdrojem obsesí a zároveň je mu zabráněno v tom, aby na obsese reagoval. Například mu není umožněno, aby se myl, navzdory tomu, že v něm narůstá úzkost (Foa & Franklin, 2001).

Svoji roli sehrávají i biologické faktory, což odpovídá zjištěním, že většinu pacientů trpících obsedantně-kompulzivní poruchou pomáhají antidepresiva, s jejichž pomocí dokážou ukončit provozování rituálů (Rapoport, 1989). Záznamy činnosti mozku pacientů trpících OCD ukázaly, že dochází k abnormálně vysoké aktivitě ve skupině jader, která se podílí na kontrole navyklých způsobů chování. V rámci studie realizované metodou PET, která zahrnovala osmnáct pacientů trpících obsedantně-kompulzivní poruchou, Jeffrey Schwartz s kolegy (1996) zjistil, že aktivita v uvedené oblasti po behaviorální a kognitivní terapii polevuje. Daní pacienti přibližně po dobu deseti týdnů nesměli reagovat na své obsese. Nutkání mýt se nesčetněkrát denně bylo převáděno na vysvětlení, že se jedná pouze o obsesi vyvolanou mozkiem a pacienti byli vedeni k tomu, aby pozornost přeorientovali na konstruktivní činnost typu zahradničení nebo golf. Schwartz (1996) v knize *Brain Lock (Zámek v mozku)* uvádí, že přesměrování myšlenek má za úkol aktivovat jiné části mozku, což pomáhá „odemknout“ oblasti, které se v důsledku zaběhlého stereotypu nemohly projevovaly. V případech obsedantně-kompulzivní poruchy se tudíž zdá, že mysl dokáže měnit fungování mozku.

KULTURNÍ VLIVY PŮSOBÍCÍ NA ÚZKOSTNÉ PORUCHY

Úzkost je univerzální lidské trápení, ovšem jeho konkrétní projevy se liší podle kulturních zvyklostí a tradic. Uvedme si případ pětadvacetiletého Američana čínského původu. Krátce po sexuálním styku s prostitutkou si začal stěžovat na bolesti penisu doprovázené strachem z toho, že se mu pohlavní orgán scvrkává. Vyděsil se, že by se mu penis mohl vtáhnout do břicha, což by pro něj v jeho představách znamenalo velké utrpení a následnou smrt. Ve stavu paniky zkoušel masturbovat, aby se ujistil, že je všechno v pořádku, jenže nebyl schopen dosáhnout erekce. Byl z toho tak zoufalý, že začal zvažovat sebevraždu.

Tento příklad patrně vypadá atypicky, ale ve skutečnosti je zcela běžný. Mladíka totiž postihlo *koro* (v čínských lékařských knihách též nazýváno *suo-yang*), úzkostná porucha s tradicí několika staletí, která se vyskytuje v jihovýchodní Asii. Je příznačná pro mladé muže a vyznačuje se akutním záchvatem paniky trvajícím dny až týdny a strachem z toho, že se pohlavní orgán ztratí v břiše a jedinec následně zemře. V roce 1967 Singapur dokonce zažil jakousi epidemii této poruchy. Krátce po skončení války ve Vietnamu bylo na tisíc podobných případů uváděno v Thajsku. A v osmdesátých letech se Čínou prohnaly dokonce dvě vlny poruchy *koro*. Řada pacientů spojuje začátek paniky se sexuální nevázaností. Léčba bývá založena na tom, že pacient nosí sponu, která by měla zabránit tomu, aby se penis stáhnul do břicha (Bernstein & Gaw, 1990).

Koro je pouhý jeden příklad úzkostné poruchy, která je specifická pro určitou kulturní oblast. V Mexiku a některých latinskoamerických kulturách se setkáváme s poruchou *susto*, spojenou s intenzivním strachem, nespavostí a podrážděností. Příznaky jsou přisuzovány „zlému oku“ voodoo či černé magii. V Japonsku se vyskytuje *shinkeishitsu*, emoční porucha, při níž jsou jedinci natolik zaměřeni sami na sebe a na dosažení dokonalosti, až jim připadá, že jsou podřadní a ani nemohou komunikovat s druhými. V Číně je známý *paleng*, porucha, v jejímž rámci pacienti nosí několik vrstev oblečení,

a to i v létě, protože mají neutuchající strach, že umřou na prochladnutí. V Etiopii, Súdánu, Egyptě a dalších severoafrických zemích a ve středovýchodních kulturách se vyskytuje *zar*, termín označující nekontrolovatelné záchvaty smíchu, křiku, pláče, omdlávání a bouchání hlavou, k nimž dochází po sdělení, že daného jedince posedli duchové.

Z těchto mezikulturních srovnání můžeme vyvodit tři důsledky. Zaprvé lze konstatovat, že úzkost je univerzální a že její *fyzilogické* příznaky jsou ve všech kulturách stejné. Bez ohledu na původ jedince představuje úzkost tělesnou reakci projevující se lapáním po dechu, bušením srdce, třesem, pocením, suchem v ústech a podlamujícími se koleny. Zadruhé kulturní vlivy působí na *kognitivní* složku úzkosti, což znamená, že obávané příznaky, jejich interpretování a přesvědčení ohledně původu úzkosti záleží na hodnotách a světovém názoru té které společnosti (Barlow, 2001; Good & Kleinman, 1985; Simon & Hughes, 1986; Tseng, 2001). Zatřetí se rozdíly projevují ve způsobu *léčby*. Vzhledem k tomu že kultura ovlivňuje vnímání úzkosti a způsob jejího projevu, musejí odborníci při léčbě přestoupit hranice svého tradičního způsobu uvažování a hledat jiné metody léčby odpovídající jedinci z jiného kulturního prostředí (Sue & Sue, 1999).

SEMATOFORNÍ PORUCHY

- Co znamená, když je někdo hypochondr?
- Co je to „necitlivost ruky“ a jaký má psychologický význam?

Ještě dlouho předtím, než se z psychologie stala samostatná věda, lékaři bojovali s problémy při léčbě jedinců, kteří si stěžovali na svalové bolesti, bolesti břicha a na další příznaky, u nichž však nebyl zjištěn tělesný podklad. Podle DSM-IV řada takovýchto pacientů trpí **somatoformní poruchou** (slovo somatoformní znamená „připomínající tělesné“), v jejímž rámci prožívají tělesné symptomy, které mají psychickou, nikoli tělesnou příčinu. Somatoformní poruchy se navíc diagnostikují velmi obtížně, protože lidé, kteří si stěžují na tělesné příznaky, onemocnění záměrně nepředstírají (v opačném případě by se jednalo o simulování), duševní nepohoda nevyvolává fyziologické poškození (v protikladu ke stresu zapříčiňujícímu žaludeční vředy, migrenózní bolesti hlavy a další psychosomatické stavy). Výbornou ilustrací vzájemné propojenosti těla a mysli v této souvislosti nabízejí dva typy somatoformní poruchy: hypochondrie a konverzní porucha.

HYPOCHONDRIE

Přírodovědec Charles Darwin (1809–1882) při plavbě na známé lodi *Beagle (Zvěd)* na cestě za poznáváním světa ustavičně trpěl mořskou nemocí. A v době, kdy jeho manželka Emma otěhotněla a probíhalo její první těhotenství z následujících deseti, si začal stěžovat na nevolnost, otupělost konečků prstů, špatné trávení, závratě, bolesti na prsou a další potíže. Tyto pocity ho doprovázely valnou část života. Jeho rodina ho navíc tak hýčkala, takže se „každý den organizoval přesně podle jeho potřeb, přál-li si, někdo mu četl, šel s ním na procházku a vždy byl po ruce někdo z rodiny, aby mu pomáhal zmírňovat strasti“ (Colp, 1977, str. 92).

Kdyby byl dnes mezi námi, patrně by obdržel diagnózu **hypochondrie**, což je porucha, pro niž je příznačné trvalé a nezadržitelné zabývání se vlastním tělesným zdravím. Hypochondři jsou velmi citliví na běžné tělesné vjemy. Zásobují se svépomocnými lékařskými příručkami, teploměry, přístroji na měření krevního tlaku, mají poličky plné vitamínů a pokaždé, když kýchnou nebo zakašlou, je jim moc teplo nebo zase příliš velká zima, když je něco svědčí, natáhnou si sval nebo jim srdce vynechá jeden úder, okamžitě je popadne strach. Slova útěchy je nezajímají, po hlavě se vrhají do lékařských ordina-

Kontrolní otázky

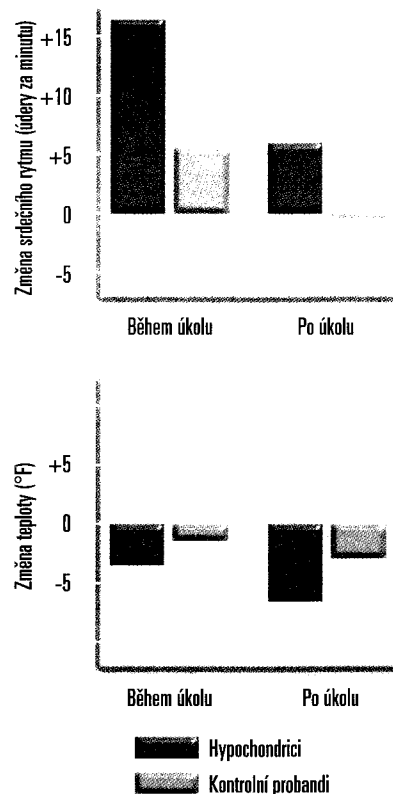
- Co je generalizovaná úzkostná porucha?
- Jaké příznaky jsou typické pro panickou poruchu? A jaké jsou její příčiny?
- Vymezte rozdíl mezi izolovanou fobií a sociální fobií. Jak se obě fobie rozvíjejí?
- Definujte obsesi v protikladu ke kompulzi. Co je příčinou obsedantně-kompulzivní poruchy?

„Zdraví nejvíce ohrožujeme tím, že se o něj přehnaně staráme.“

BENJAMIN FRANKLIN

somatoformní porucha Typ duševní poruchy, v jejímž rámci jedinec prožívá tělesné příznaky, které mají psychickou, nikoli tělesnou podstatu.

hypochondrie Porucha, pro niž je příznačné, že se jedinec nadměrně zabírá svým tělesným zdravím.



Obr. 16.4 Citlivost jedinců trpících hypochondrií Hypochondričtí a kontrolní probandí měli na tři minuty ponořit nohu do ledové vody. V závislosti na počátečních hodnotách hypochondrické ženy v průběhu úkolu vykazovaly větší zvýšení srdečního rytmu. Totéž platilo pro stav po ukončení úkolu (nahore). Dále měly nižší teplotu rukou během úkolu i po něm (dole). Z výsledků vyplývá, že hypochondričtí patrně fyziologicky citlivěji reagují na stimulaci (Gramling a kol., 1996).

cí, je-li to nutné, tak jich projdou dlouhou řadu, dokud nenajdou někoho, kdo bude brát jejich stížnosti vážně (Baur, 198; Kellner, 1987). Hypochondrii mají spoustu velkých cílů souvisejících se zdravím: hubnou, odpočívají, učí se, jak zvládat stres (Lecci a kol., 1996). Rovněž velmi ochotně a pohotově souhlasí s výroky typu „Když se někdo potí, může to být příznak přetěžovaného srdce“, „Mrazení v nohou může být příznak vážné neurologické poruchy“ (Rief a kol., 1998). Gene Weingarten (1998) sám sebe popisuje jako vyléčeného hypochondra a uvádí, že se kdysi děsil i těch nejběžnějších vjemů od škytavky, přes krvácení z nosu až po ztuhlý krk, vyrážku a popotahování nosem.

Někteří psychologové se domnívají, že hypochondrie je reakce na separační úzkost a zároveň touha zůstat v závislé pozici. Ozývají se i názory, že se jedná o projev tendence ve společnosti, který vede jedince k tomu, aby se nadměrně zabývali vlastním zdravím. Jiní jsou toho názoru, že takovíto jedinci mají přecitlivělý nervový systém. Jsou však hypochondrii skutečně nadměrně citliví a vnímaví vůči tělesným vjemům? Sandra Gramling s kolegy (1996) se rozhodla, že tuto možnost prověří. Na základě dotazníku MMPÍ vybrala patnáct žen s vysokým skóre hypochondrie. Soubor probandů doplnila o vzorek patnácti žen, které neměly žádné příznaky hypochondrie. Všechny ženy měly na tři minuty ponořit nohu do ledové vody, případně na tak dlouhou dobu, dokud to vydrží. Před prováděním úkolu, při něm i po jeho skončení byl všem probandům měřen srdeční rytmus a teplota ruky. Výsledky obsahují dva zajímavé poznatky. Hypochondrické ženy udržely nohu ve vodě kratší dobu než kontrolní probandí a vjem hodnotily negativněji než ženy z kontrolní skupiny. Jen sedm z nich vydrželo celé tři minuty, ve druhé skupině „splnilo“ čas třináct žen. Hypochondrické ženy, které vydržely celé tři minuty, měly zvýšené srdeční tempo i nižší teplotu ruky, a to jak při úkolu, tak i po něm. Je možné, že hypochondrii pohotově reagují na stimulaci nejen podle vlastních subjektivních výpovědí, ale i na fyziologické rovině (viz obrázek 16.4).

Bez ohledu na příčiny somatoformních poruch jsou dvě skutečnosti nezpochybnitelné. Zaprvé se hypochondrie velmi snadno může proměnit v celoživotní vzorec chování, který je posilován pozorností a péčí ze strany druhých, ústupky v práci, výmluvami pro selhání a dalšími sociálními odměnami. Dokonce i Darwin si nedlouho před svou smrtí uvědomil, že „hlava by mi vypověděla službu před mnoha lety, nebýt toho, že mě žaludek zachránil před přepracováním“ (Colp, 1977, str. 70). Zadruhé se naše citlivost vůči tělesným vjemům pohybuje na kontinuu, jehož extrémy na obou koncích jsou maladaptivní. Hypochondrii jsou nadměrně vnímaví vůči podnětům, jiní zase na ně neberou vůbec žádné ohledy a namísto toho, aby reagovali na varovné signály těla, tak je zcela ignorují, pochopitelně nezřídka k vlastní újmě (Strauss a kol., 1990).

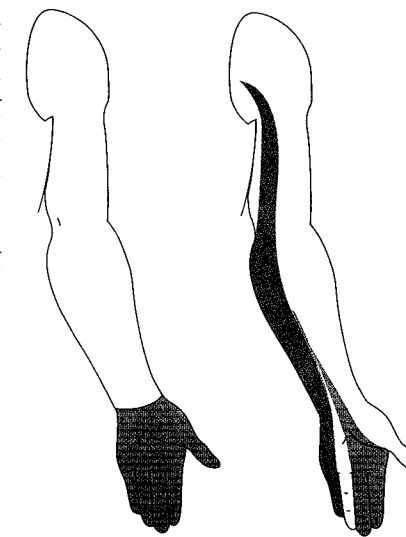
KONVERZNÍ PORUCHA

Druhou somatoformní poruchou, jíž se budeme zabývat, je **konverzní porucha**, pro niž je typické, že jedinec dočasně ztrácí nějakou tělesnou funkci bez odpovídající tělesné příčiny. Tento problém je příznačný pro mladé ženy, což byla i příčina, proč tuto nemoc Hippokrates 400 let př. n. l. pojmenoval *hysterie* (podle řeckého slova označujícího dělohu). Jako léčbu v té době stanovil manželství. Freud v 19. století dospěl k závěru, že hysterie pramení z traumatických zážitků nebo hluboce zakořeněných sexuálních konfliktů a že se výsledná úzkost proměňuje v tělesné příznaky. Klasické symptomy totiž imitují neurologické poruchy, například ochrnutí, slepotu, hluchotu, epilepsii a ztrátu citlivosti končetin. Tato porucha se vyskytla ve velké vlně v sedmdesátých letech po vládním teroru v Kambodži. Řada týraných žen, případně ženy, které na tom byly ještě hůře, když musely sledovat, jak jsou týrané a zabíjené jejich děti, najednou osleply. Jedna žena se statutem uprchlíka, jejíž rodina byla vyvražděna a jí jediné se podařilo utéci do Spojených států, sdělovala: „Brečela jsem čtyři roky. A když jsem přestala, oslepla jsem.“ (Roze & Van Boemel, 1989)

konverzní porucha Porucha, při níž jedinec dočasně ztrácí tělesnou funkci bez tělesné příčiny.

Jak však poznáme rozdíl mezi konverzní poruchou a skutečným nervovým poškozením? Někdy je to skutečný oříšek. Můžeme se řídit vodítkem, že uváděné příznaky někdy prostě nejsou z anatomického hlediska možné. Příkladem je necitlivost ruky (viz obrázek 16.5). Další vodítko je náhle vymizení symptomů, například když „slepý“ pacient najednou projde lékařovou ordinací, aniž by do čehokoli narazil, „ochrnutý“ pacient chodí ve spánku. A jak rozlišíme konverzní poruchu od vědomého simulování? Žádná diagnóza sice není dokonalá, přesto se můžeme řídit doporučením, že simulující lidé se zpravidla vyhýbají vyšetření a kontrolám, pro pacienty, kteří trpí konverzní poruchou, bývá typický *la belle indifference*, jakási pasivita až zvláštní nezájem o vlastní stav (Ford & Folks, 1985).

Na výskytu somatoformní poruchy se silně podílejí sociokulturní faktory. Případy hysterického ochrnutí, které uváděl Freud i jeho kolegové na začátku minulého století, bývají v současnosti vzácné. Možná je to tím, že západní společnost není v sexuální oblasti represivní, jako tomu bylo za Freudových časů. Anebo jsme dostatečně poučení o psychických procesech, abychom věděli, že není možné, aby někdo ochrnul bez zjevného důvodu. Bez ohledu na vysvětlování příčiny jsou konverzní poruchy v současnosti velmi vzácné, takže asi i proto toto téma pohltilo mnoho historiků včetně Marka Micalého (1995), jehož kniha *Approaching Hysteria (Jak to bylo s hysterií)*, píše historii této nebývalé „nemoci a jejích interpretací“ od dob starověkých Řeků až do současnosti.



Obr. 16.5 Necitlivá ruka: konverzní porucha Jedinec trpící znecitlivěním ruky uvádí, že má otupělou oblast od zápěstí až po konečky prstů, zato paže není tímto stavem nijak dotčena (vlevo). Tento příznak je třeba diagnostikovat jako konverzní poruchu, jelikož to z anatomického hlediska není možné. Kdyby nervy byly poškozené, ztráta citlivosti by musela dosahovat až k rameni (vpravo).

DISOCIATIVNÍ PORUCHY

- Co je to disociativní porucha a v čem se odlišuje od obyčejné rozlady?
- Co je disociativní porucha identity a proč je spojena s nedůvěrou?

Přistihli jste se někdy, že jste měli poslouchat, co vám někdo říká, ale pak jste si uvědomili, že si nepamätujete jediné slovo? Stalo se vám někdy, že jste si nebyli jisti, zda se vám určitý zážitek opravdu stal, nebo zda se vám to jen zdálo? Nepřítomnost myslí a další výkyvy vědomí bývají potenciálními příznaky disociace, procesu, v němž se část zážitku oddělí od vlastní identity či vědomé paměti. Podívejte se na položky v tabulce 16.5. Jejich seznam byl

TABULKA 16.5 Typy disociativních zážitků

Na seznamu je uvedeno deset disociativních zážitků. Některé jsou běžné, jiné vzácné. Které jste někdy prožili sami, byť jen jedenkrát? Čísla uvedená vpravo představují procentuální výskyt respondentů, kteří uvedli, že tento zážitek poznali na vlastní kůži.

1. Poslouchal jsem, jak si někdo povídá, a najednou jsem si uvědomil, že si vůbec nepamätuji, o čem byla řeč94
2. Mluvil jsem si nahlas sám pro sebe85
3. Přistihl jsem se, jak tupě zírám před sebe, na nic nemyslím a neuvědomuji si, že ubíhá čas55
4. Jel jsem někam, aniž bych si uvědomil, co se během cesty stalo52
5. Uvědomil jsem si, že jsem se natolik nechal pohltil představami nebo denním sněním, až mi připadalo, že jde o realitu27
6. Zjistil jsem, že si nepamätuji nějakou důležitou událost ze svého života (například svatbu nebo promoci)22
7. Měl jsem pocit, jako bych byl oddělený od svého těla18
8. Měl jsem dojem, jako bych se na svět díval přes závoj mlhy, protože ostatní vypadali, jako by byli daleko ode mě nebo prostě nebyli zřetelně vidět13
9. Zjistil jsem, že jsem na nějakém místě, aniž bych věděl, jak jsem se tam dostal. 8
10. Přistihl jsem se, že jsem oblečený v nějakém oblečení, aniž bych si pamätoval, že jsem si je oblékal2

Zdroj: Goldberg, 1999, str. 136.

Kontrolní otázky

- Jak se somatoformní poruchy liší od psychosomatických obtíží?
- Co je to hypochondrie a jaké faktory přispívají k jejímu rozvoji?
- Co je konverzní porucha a jak ji ovlivňuje kultura, v níž jedinec žije?

disociativní porucha Stav, pro něhož je příznačné dočasné narušení paměti, vědomí nebo vnímání vlastní identity.

amnézie Disociativní porucha vyznačující se částečnou nebo celkovou ztrátou paměti.

fuga Druh amnézie, v jejímž rámci jedinec „zapomene“ svoji totožnost, odchází z domova a začíná žít nový život.

disociativní porucha identity (též mnohočetná porucha osobnosti) Rozvinutí dvou a více odlišných osobností.

převzat z *Curious Experiences Survey* (Goldberg, 1999, *Průzkum zajímavých zážitků*). Kolik situací jste prožili na vlastní kůži? Některé jsou naprosto normální. Při výzkumu sta dospělých devadesát čtyři procent uvedlo, že jim přinejmenším občas „vypadávají“ části konverzace, a padesát dva procent uvedlo, že někdy někam jeli, aniž by si později vybavili podrobnosti cesty. V Japonsku, Belgii, Nizozemí a Spojených státech ze studií vyplynulo, že podobné zážitky uvádějí lidé opakovaně (Ray, 1996; Ross, 1997).

Oproti těmto normálním zážitkům ovšem lidé s diagnózou **disociativní porucha** mívají velké mezery v dlouhodobé paměti. Všeobecně řečeno panuje předpoklad, že se jedná o formu obrany před silně traumatizujícími zážitky, které jedinec nakonec vymaže z paměti. Disociativní poruchy dělíme na tři druhy: amnézii, fugu a disociativní poruchu identity (Michelson & Ray, 1996).

AMNÉZIE A FUGA

Nejběžnější disociativní porucha je **amnézie**, která znamená, že u jedince došlo k částečné nebo celkové ztrátě paměti. Amnézie může trvat různě dlouho a bývá zapříčiněna tělesným poškozením, například tvrdým úderem do hlavy nebo alkoholovou intoxikací. Někdy je možné příčiny vysledovat až k náročné životní situaci, například autonehodě, znásilnění nebo týrání. V takovýchto případech disociativní amnézie jsou zablokovány pouze vzpomínky týkající se konkrétní události. Jedinci trpící amnézií mohou zapomenout, jak se jmenují, kdo jsou a kde bydlí, ale na druhou stranu nezapomenou mluvit, číst, řídit auto, ani jim nevypadnou všeobecné informace o světě (Weingartner a kol., 1983).

Disociativní **fuga** (slovo znamená „útěk“) je rozsáhlejší než amnézie. V extrémních případech jedinec ve stavu fugy nejen zapomene, jak se jmenuje, ale i odejde z domova, začne žít nový život, muži se znovu ožení a ženy vdají, najdou si novou práci, prostě začnou zcela nový život. A pak se najednou daný jedinec „probudí“, je zmatený, dezorientovaný, neuvědomuje si, co se stalo. Ze všeho nejvíc se chce dostat zpátky domů. Stav fugy mohou trvat několik hodin až několik let. Někdy se stává, že nový život jedince je mnohem dobrodružnější a nevázanější než ten předchozí, stereotypní. Jindy představuje únik od zodpovědnosti a nebezpečí. Fuga bývá vcelku běžná u vojáků, kteří absolvovali válečné operace. Každopádně bývá velmi náročná, někdy dokonce až nemožná, posoudit, zda jedinec trpící fugou skutečně má disociativní poruchu, nebo zda simuluje (Schacter, 1986).

DISOCIATIVNÍ PORUCHA IDENTITY



Chris Sizemore se stala námětem pro film z roku 1957 *The Three Faces of Eve* (v České republice se vysílal jako *Tři tváře Evy*) o ženě, která trpěla mnohočetnou poruchou osobnosti. Nakonec si rozvinula dvaadvacet různých osobností, aby se dokázala vyrovnat s „traumatizujícími zážitky se smrtí“, kterým musela čelit ve dvou letech.

Nejvýrazněji se projevující disociací je disociativní porucha identity. Zároveň se jedná o poruchu vzácnou. Jedinec si rozvine dvě či více identit (před uvedením DSM-IV byl tento stav nazýván *mnohočetná porucha osobnosti*). V některých případech bojují dvě osobnosti o nadvládu – v této souvislosti není možné opomenout klasický případ doktora Jekylla a pana Hyde. Jindy se vyvinou tři osobnosti, jako tomu bylo ve filmu *The Three Faces of Eve* (*Tři tváře Evy*) o ženě, která žila „mezi“ třemi osobnostmi. Byly jimi Bílá Eva, poslušná žena v domácnosti; Černá Eva, sexuálně promiskuitní žena; Jane, jakási kombinace obou předchozích osobností. V dalších případech panuje dominantní identita, která má k dispozici řadu podřízených osobností, jako tomu bylo u Sybil Dorsettové, jejichž šestnáct osobností se představilo ve filmu *Sybil*.

Disociativní porucha identity je zvláštní jev, jenž se může zdát vyvěrat z představitosti dramatiků a spisovatelů. Otázka tudíž zní, co jsou fakta a co je fikce?

TABULKA 16.6 Typy disociativních zážitků

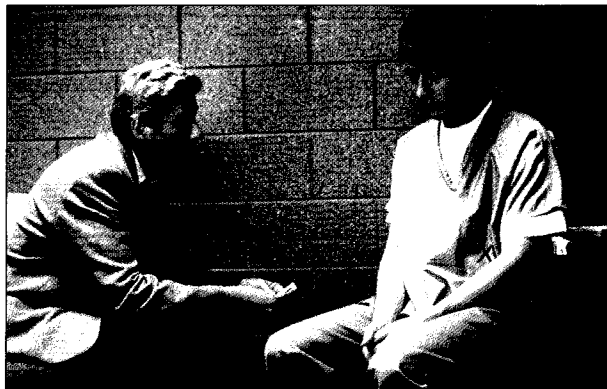
Priznaky	Procentuální výskyt
Další osobnost	90
Hovořící hlasy	87
Amnézie na dětství	83
Odkazování na sebe slovy „my“, „nás“	74
Výpadky paměti, „okna“	68
Líčení druhých o událostech, na něž si jedinec nepamatuje	63
Pocity derealizace	57
Jedince poznávají cizí lidé	44
Zjišťování, že nějaké věci chybí	42
Návrat paměti na zvláštních místech	36
Zaznamenávání předmětů bez vzpomínky na jejich koupi	31
Různé styly písma	28

Zdroj: A. A. Ross a kol., (1990). Structured Interview Data on 102 cases of Multiple Personality Disorder from four centers (Data ze strukturovaného rozhovoru ve sto dvou případech mnohočetné poruchy osobnosti ze čtyř středisek). *American Journal of Psychiatry*, 147, str. 599.

Podle DSM-IV se tato porucha s devětkrát větší četností vyskytuje u žen, přičemž bývá časté, že jedinec v dětství byl opakovaně zneužíván. Na základě shrnutí pěti rozsáhlých studií 843 pacientů trpících disociativní poruchou identity Colin Ross s kolegy (1990) zjistili, že více než osmdesát osm procent jedinců bylo v dětství obětmi pohlavního, tělesného nebo psychického zneužívání. Jsou to překvapující informace, ovšem další studie zrealizovaná v Nizozemí je potvrdila (Boon & Draijer, 1993). Výsledky poukazují na hypotézu o zneužívání dětí, které se nemohou se nijak bránit, proto se se svými zážitky naučí žít tak, že se od nich oddělí, aby zmírnily bolest a utrpení, a následně si vytvoří jinou osobnost, s níž pak žijí. Ross (1977) proto popisuje disociativní poruchu identity jako „malou holčičku, která si představuje, že se to všechno děje někomu jinému“ (str. 59).

Takřka ve všech případech si přinejmenším jedna osobnost nedokáže vybavit, co se děje s druhými osobnostmi (Putnam a kol., 1986). Při jednom výzkumu si mělo devět pacientů trpících touto poruchou zapamatovat slova. Když je měli vyjmenovat, mnohem lépe se to dařilo té identitě, která se je předtím naučila (Eich a kol., 1997). Z klinických záznamů vyplývá, že rozdíly mezi osobnostmi někdy bývají neuvěřitelně výrazné, například každá má vlastní hlas, způsob řeči, pohybové návyky, vzpomínky, oblečení i rukopis. Z některých zpráv vyplývá, že může docházet i k tělesným změnám, což znamená, že osobnosti mají jiné mozkové vlny, krevní tlak, počet dioptrií, alergie či reakce na léky (Kluft, 1996). Na základě rozhovorů se sto dvěma pacienty jsou v tabulce 16.6 uvedeny procentuální výskyty nejčastějších příznaků disociativní poruchy identity.

Máte-li dojem, že mnohočetné osobnosti není nic, čemu by člověk snadno uvěřil, nejste sami. První případ byl ohlášen roku 1817 a od té doby se jich až do roku 1970 v psychiatrických časopisech objevilo necelých dvě stě. Jenže poté začaly přibývat kosmickou rychlostí, bylo jich na tisíc a téměř všechny byly uváděny v Severní Americe. Disociativní porucha identity se vyskytuje i v jiných kulturách, ovšem četnost výskytu a podoby, jichž nabývá, se mění podle generace a kultury (Spanos, 1996; Lilienfeld a kol., 1999). Skeptici se přesto diví: skutečně se výskyt této poruchy zvyšuje? Nabízejí se tři možné odpovědi. Zaprvé chorobu simuluje tolik jedinců kvůli osobnímu zisku, že terapeuti nedokážou odlišit pravdu od lži. Zadruhé je možné, že tato porucha byla v minulosti nesprávně či vůbec diagnostikována, tudíž nebyli zachyceni všichni jedinci a až v současnosti jsou psychologové vůči jejím příznakům citlivější. Zatřetí není vyloučeno, že terapeuti danou poruchu nyní uvádějí v přehnané míře, případně v ní pacienty ještě utvrzují. To by znamenalo, že by vlastně rozvíjeli „průmysl psychiatrie“ a ještě k němu ochotně přispívali (Weissberg, 1993).



Scéna z filmu Primal Fear (v České republice je uváděn pod názvem Prvotní strach) o chladnokrevném vražovi, který předstírá mnohočetnou poruchu osobnosti, aby unikl potrestání za své činy.

Pokud jste viděli film *Primal Fear* z roku 1996 (v České republice byl uveden jako *Prvotní strach*), víte, v čem diagnostické dilema spočívá. Herec Richard Gere ve filmu hrál právníka, který obhajuje mladíka, jehož ztvárnil Edward Norton, z vraždy kněze. Obžalovaný má obrovské mezery v paměti, nápadně se mu mění chování, takže Gere – a bezpochyby i většina diváků – dospěje k názoru, že mladík trpí mnohočetnou poruchou osobnosti. Po osvobozujícím rozsudku kvůli duševní chorobě však sděluje obhájci, že poruchu celou dobu předstíral.

Tato situace sice vypadá přímo nemožně, jenže ona se skutečně stala. Jednalo se o případ Kennetha Bianchiho, kterému se přezdívalo hillsideský škrtič. Na základě pádných důkazů byl spolu s bratrancem obviněn za brutální vraždu deseti kalifornských žen. Zpočátku všechna obvinění popíral, ale pak absolvoval hypnózu, při níž psycholog zjistil, že Bianchi trpí mnohočetnou poruchou osobnosti. Během hypnózy mu psycholog řekl: „Chvilí jsem mluvil s Kenem, ale napadá mě, že možná existuje ještě nějaká Kenova část, s níž jsem si zatím nepopovídal…

Můžeš na chvíli sem, abychom se poznali?“ Najednou se zčistajasna vynořila osobnost jménem Steve Walker. Byl to žvanil a vychloubačný drzoun, který mluvil sprostě a kouřil cigarety bez filtru. Přiznal se ke všem činům a uvedl, že Kena nenávidí, protože „je to nekňuba“. Podle Stevea byl Ken neviný.

Byl Steve autentická další osobnost, nebo se zrodil jen kvůli tomu, aby Ken nemohl být potrestán? Disociativní poruchy představují vážný problém, lidé, kteří jimi trpí, bezpochyby prožívají velké trápení. V tomto případě se však policie domnívala, že něco není v pořádku, a proto přizvala ještě psychiatra Martina Orneho, aby provedl další vyšetření. Orne sdělil Bianchimu, že lidé trpící mnohočetnou poruchou osobnosti jich obvykle mívají víc, tak tři čtyři, že dvě jsou málo. Past byla nastražená. A Ken do ní spadnul. Při další hypnóze si vymyslel třetí osobnost. Orneho trik, kromě zjištění, že Bianchi vlastnil nemálo knih o hypnóze a mnohočetné poruše osobnosti, byl další pádný důkaz. Porota pak prohlásila Bianchiho vinným z vraždy (Orne a kol., 1984; Schearcz, 1981). Lze pak ale věřit obžalovaným, kteří tvrdí, že si na čin nepamatují, protože trpí mnohočetnou poruchou osobnosti? Výzkumní pracovníci v současné době vyvíjejí psychologické metody zjišťování paměti připomínající detektor lži, aby přispěli k objasňování podobných případů (Allen & Iacono, 2001).

Kontrolní otázky

- Vymezte rozdíl mezi amnézií a fugou.
- Definujte disociativní poruchu identity a uveďte její příznaky.
- Proč se zdá, že případů disociativní poruchy identity přibývá?

PORUCHY NÁLADY

- Proč se deprese v rámci duševních poruch přirovnává k rýmě?
- Jaké jsou biologické a psychické příčiny deprese?
- Poskytují lidé plánující sebevraždu svému okolí na vědomí nějaká vodítka ohledně svého záměru?
- Co je to bipolární porucha a proč je jí možno uvádět do vztahu s uměleckou tvořivostí?

Z osobní zkušenosti víme, že nálada dokáže hodně změnit úhel pohledu, jakým pohlížíme na sebe, na celý svět, na budoucnost. Na cestě životem každý z nás prochází jeho rovnými i křivolakými uličkami a cestičkami. Na jedné straně dokážeme být bez sebe nadšením, na druhé se někdy dostáváme do tak zdrcujících situací, že nevíme kudy kam. Stačí se zamilovat, vyhrát v loterii a už letíme vzhůru. Anebo stačí přijít o práci, rozejít se s partnerem, narazit na problémy ve škole nebo v práci a jedeme zase dolů. A hezky rychle. Takové zvraty jsou zcela normální. Jenže dospěje-li situace do bodu, kdy je špatná nálada víceméně trvalá a ještě k tomu nám komplikuje život, protože nezvládáme to, co předtím, začnou zvonit zvony na poplach. **Poruchy nálady** dělíme na dva velké celky: velkou depresivní epizodu a bipolární afektivní poruchu.

VELKÁ DEPRESIVNÍ EPIZODA

Winston Churchill trpěl chronickou depresí. Svůj stav označoval jako „černého psa“, který ho pronásleduje na každém kroku. A nebyl sám. Ze srovnání stavu rodinných příslušníků narozených v různých dobách vyplynulo, že v současné době výskyt deprese stoupá (Klerman & Weissman, 1989). Panují odhady, že jí někdy v průběhu života bude trpět na devatenáct milionů Američanů – dvanáct procent mužů a jednadvacet procent žen. V jednom roce by mělo trpět čtyři až pět procent Američanů tak silnou depresí, že jim bude negativně zasahovat do nejrůznějších aspektů života a bude vyžadovat léčbu (Narrow a kol., 2002).

Deprese je tak rozšířená, až Churchillův pomyslný černý pes začal být nazýván „rýma duševních poruch“. Zdá se totiž, že snad nikdo není imunní vůči občasnému útoku deprese, a to dokonce ani slavní a bohatí. Herečka Halle Berry, která v roce 2002 získala cenu Akademie za nejlepší herecký výkon, byla po rozvodu v hluboké depresi, dokonce měla sebevražedné myšlenky. K dalším patří herec a producent Drew Carey, herec Jim Carrey, zpěvačka Sheryl Crow, herečka Ellen DeGeneres, herečka Carrie Fisher, Harrison Ford, manželka viceprezidenta Tipper Gore, herec Anthony Hopkins, zpěvačka Janet Jackson, zpěvák Elton John, herečka Ashley Judd, zpěvák Dave Matthews, moderátorka Rosie O'Donnell, zpěvák Ozzy Osbourne, tenistka Monica Seles, herec a režisér Ben Stiller a producent Ted Turner.

Deprese je porucha nálady, pro niž je typický hluboký smutek a pocit zoufalství. Vzhledem k tomu, že takové stavy někdy bývají přirozenou reakcí na životní události, se za jedince trpícího klinickou depresí považuje ten, u koho se deprese rozvine bez zjevných příčin a trvá přinejmenším dva týdny. Kromě toho, že negativně ovlivňuje náladu, dále 1) redukuje prožitky radosti, snižuje zájem o jídlo, sex, sociální vztahy a další příjemné aktivity, 2) zapříčiňuje silné pocity bezcennosti, studu a vede k sebeobviňování, 3) vede k neklidu a nervozitě, což se projevuje nespavostí, potíže se soustředěním při práci a při rozhodování, 4) vyvolává únavu, zpomaluje motoriku i myšlení, ubírá jedinci energii (v extrémních případech dochází i k jakémusi ochrnutí vůle, dotyčný člověk doslova musí být vystrkán z postele, umyt, oblečen a nakrmen), 5) přivádí jedince k myšlenkám na sebevraždu a smrt. Uvádí se, že až patnáct procent lidí trpících klinickou depresí se pokusí o sebevraždu (Americká psychiatrická asociace, 1994). Andrew Solomon (2001) v knize *Noonday Demon (Polední démon)* nabízí čtenářům výstižný pohled z první ruky na zoufalství člověka ve stavu deprese, a to od zhroutení až k pokusům o sebevraždu.

Prozatím se zaměříme na základní fakta a čísla o depresi:

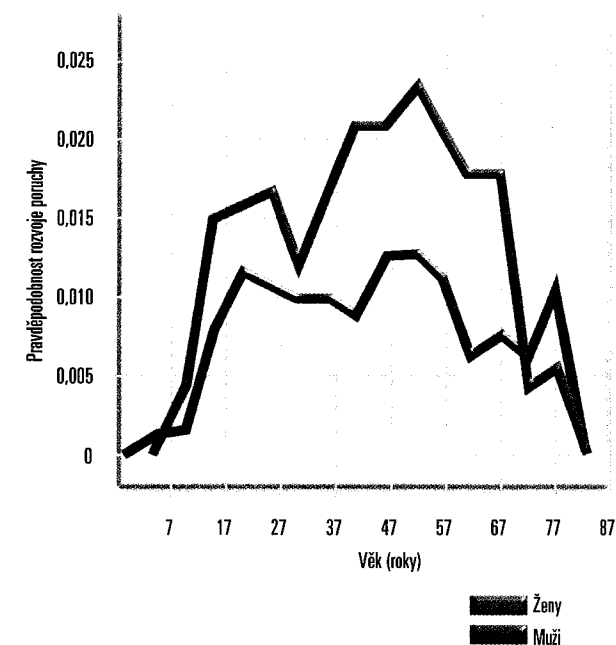
- Důležitý faktor je věk. Deprese se totiž jen zřídka poprvé vyskytne před dospíváním. Na obrázku 16.6 vidíte, že během dospívání výskyt deprese prudce stoupá, během dospělosti se stále zvyšuje, vrcholí ve středním věku a pak klesá (Lewinsohn a kol., 1986).
- Depresi trpí lidé na celém světě, ačkoli se její podoby liší. Například v latinskoamerických kulturách si lidé při depresi stěžují na bolesti hlavy a na „nervy“ obecně, Číňané a příslušníci asijských kultur depresi označují jako nevyváženost, na Středním východě se jedná o „srdeční problém“ (Americká psychiatrická asociace).
- Četnost deprese generaci od generace stoupá. Je to trend patrný nejen ve Spojených státech a Kanadě, nýbrž i ve Francii, Německu, Itálii, Libanonu, na Novém Zélandu, v Portoriku i na Tchaj-wanu (Mezinárodní výzkumná skupina, 1992).
- Léčbu deprese vyhledává dvakrát více žen než mužů. Tento rozdíl je patrný již od dospívání, přibližně od třinácti let (Nolen-Hoeksema & Gir-

porucha nálady Stav příznačný dlouhodobým a vyhraněným laděním v rozmezí od mánie po depresi.

deprese Porucha nálady, pro niž je typický smutek, zoufalství, pocity bezcennosti a nízké sebehodnocení.

„Deprese je puklina lásky. Chceme-li milovat, musíme umět i trpět.“

ANDREW SOLOMON



Obr. 16.6 Věk prvního nástupu deprese

gus, 1994; Cyranowski a kol., 2000). Příčina může spočívat v tom, že dívky 1) mívají více problémů než chlapi (velkými zdroji stresu se stávají tělesný vzhled, sexualita a vztahy), 2) více hloubají nad negativními zážitky (chlapi a posléze muži jsou více orientovaní na tělesnou činnost, alkohol a další metody odvrácení pozornosti od problémů), 3) jsou v depresi velmi náročné na okolí, takže se kamarádky nezřídká stáhnou, přičemž ve výsledku dochází k dalšímu prohloubení deprese (Hankin & Abramson, 2001).

■ Někteří lidé trpí depresí podle ročního období. Tento stav se nazývá sezonní afektivní porucha (Rosenthal, 1998). Každoročně se s ní potýkají lidé během krátkých, pochmurných dní, především je tento problém aktuální pro obyvatele severovýchodních, chladnějších oblastí. Lidé trpící touto poruchou více spí, jedí (především je lákají uhlovodany), přibírají na váze, ztrácejí zájem o sex, klesá jejich pracovní výkonnost, snižuje se intenzita sociálních vztahů. Ukazuje se, že dvouhodinový pobyt před zdrojem silného fluorescentního světla každý den dokáže tento stav u řady jedinců zlepšit.

■ Bez ohledu na pohlaví, věk, kulturu či generaci je dobré vědět, že depresivní epizody zpravidla trvají pouze několik týdnů. Na druhou stranu padesát až šedesát procent jedinců trpících velkou depresivní epizodou zažívá návrat podobného stavu, který je navíc delší a intenzivnější (Maj a kol., 1992; Winokur a kol., 1993).

TEORIE DEPRESE

Možná si říkáte, proč deprese postihuje tolik lidí na celém světě. Z evolučního hlediska by přece měl proces přirozeného výběru snížit naději na přežití těch jedinců, kteří jsou náchylní k depresi, protože nejsou z hlediska evoluce tolik žádoucí, že? Randolph Nesse (2000) si položil tutéž otázku a pustil se do pátrání, proč by stav deprese, který považujeme za ničivý a zhoubný, měl být užitečnou formou adaptace. Všiml si, že příznaky připomínající depresi je možno vysledovat i u opic a lidoopů zastávajících podřízené role.

Vypadají smutně až zničeně, což je strategie, která jim v rámci členství umožňuje, aby přežili. Uvažuje nad tím, že lidé patrně reagují podobně, že smutná nálada, nedostatek energie a omezení aktivity je způsob, jakým se lidé vyrovnávají s náročnými či zoufalými situacemi, případně s těmi, jimž se bojí čelit, protože je vnímají jako příliš nebezpečné.

Psychologové se již dlouho snaží přijít na léčbu. Terapie a prevence však musí být založena v první řadě na porozumění příčin a vysledování faktorů, které k rozvoji deprese přispívají a udržují ji.

Biologické faktory Ernest Hemingway se zabil střelnou zbraní. Totéž udělal i jeho otec a bratr. A pak v roce 1996 spáchala sebevraždu jeho vnučka Margaux Hemingway. Předávkovala se léky. Výzkumníci nepochybují o tom, že deprese ústící v sebevraždu se v některých rodinách vyskytuje opakovaně. Znamená to však, že se deprese dědí? Anebo se jedná o výsledek působení stejného prostředí?

Výzkumy zjistily, že pokud jedno z dvojvaječných dvojčat trpí depresí, existuje dvacetiprocentní pravděpodobnost, že druhé k ní rovněž dospěje. Pravděpodobnost v případě jednovaječných dvojčat je padesát procent, což znamená, že genetická složka je nepopíratelná (Tsuang & Faraone, 1990; Kendler a kol., 1993; McGuffin a kol., 1996). Z těchto výsledků vyplývají dvě sloučitelé odpovědi: 1) deprese je geneticky ukotvena, 2) faktory prostředí hrají důležitou roli.

Patrně platí, že geny působí na poruchy nálady prostřednictvím neurotransmiterů – biochemických látek přenášejících impulzy mezi neurony. V padesátých letech si lékaři všimli, že lék používaný na léčbu vysokého krevního

tlaku a tuberkulózy má na pacientovu náladu velmi nápadné účinky: někdy navozuje depresi, jindy nadměrně dobrou náladu. Výzkumníci sledovali daný lék hlouběji a přišli na to, že zvyšuje produkci norepinefrinu a serotoninu, což jsou neurotransmitery regulující náladu a emoce. A co to vlastně znamená? Výzkumníci sloučili dosavadní poznatky a zjistili, že deprese se pojí s nadměrně nízkým výskytem daných neurotransmiterů a že mánie je naopak zapříčiněna jejich nadbytkem. V 17. kapitole si ukážeme, že toto zjištění vyústilo ve vývoj antidepresiv typu Prozac, Zoloft a Paxil.

V současné době je zjevné, že vztah mezi biologickými faktory a náladou je mnohem složitější, než si odborníci mysleli. Antidepresiva pomáhají velkému počtu lidí, ale nikoli všem. A některé léky navíc působí, aniž by měnily hladiny norepinefrinu a serotoninu (Depue & Iacono, 1989; McNeal & Cimbolic, 1986). Svou roli sehraávají i další biologické faktory, například některé infekční nemoci, neurologické poruchy a někdy má na náladu vliv i nedostatek vitamínů (Hollandsworth, 1990). Bylo zjištěno, že depresivní jedinci mají zvýšené hladiny kortizolu, tedy stresového hormonu (Nemeroff, 1989). Lidé trpící chronickou bolestí v důsledku revmatoidní artritidy jsou náchylní k depresi (G. K. Brown, 1990). A mozek depresivních jedinců je ve frontální oblasti menší a méně aktivní. Totéž platí pro související struktury podílející se na regulaci emocí (Davidson a kol., 2002). Výzkumníci se aktuálně pokoušejí zjistit, jak a proč jsou tyto biologické stavy spojeny s depresí a zda jsou v dlouhé řadě faktorů příčinou nebo následkem.

Psychologické faktory Ve článku z roku 1917 Mourning and Melancholia (Truchlení a melancholie) Sigmund Freud poukazuje na podobnost mezi depresí a druhem smutku doprovázejícího úmrtí blízké osoby. Podle něj je tedy melancholie podobně jako truchlení reakce na *ztrátu*. Může představovat rozpad vztahu, finanční krach, neúspěch při dosahování vytčeného cíle a podobně. Na takové události však každý nereaguje stejně. Lidé, kteří byli v dětství zanedbávaní či opomíjeni, nezřídká i při menších problémech upadají do stavu pasivity a závislosti – chovají se jako malé děti. Někdy se probudí potlačovaný vztek doutnající v jedinci, což může být příčina, proč si řada depresivních lidí ubližuje výčitkami, sebeobviňováním, pocity bezcennosti a sebevraždami.

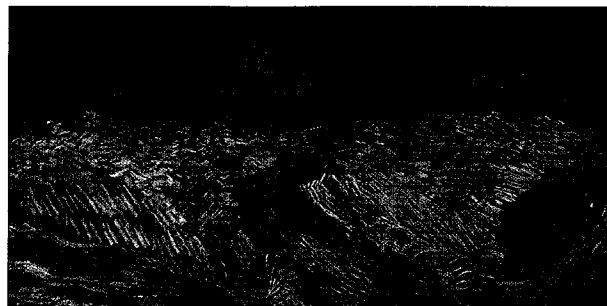
Behaviorálně orientovaní psychologové považují depresi za výsledek učení a vnímání kontroly. Podle Petera Lewinsohna (1974) se lidé dostávají do deprese, když si nedokážou zajistit pozitivní posílení. Podobně Martin Seligman (1975) tvrdil, že deprese je druh **naučené bezmocnosti**, výsledek předpokladu jedince, že stejně nic neovlivní. V řadě experimentů ze šedesátých let Sligman zjistil, že psi v postroji, kteří byli vystaveni elektrickým šokům, záhy zaujali pasivní přístup a přestali usilovat o útek, a to i v nové situaci, kdy byl útek reálný. Při aplikování těchto poznatků na lidi můžeme uvést, že dlouhodobé setrvávání v situacích, jejichž výsledek nemůžeme nijak ovlivnit, taktéž může zapříčinit apatii, nečinnost, ztrátu motivace a pesimismus.

Většina psychologů si uvědomuje, že subjektivní vnímání má pro člověka větší výpovědní hodnou než realita, a proto se řada z nich začala věnovat sociálně kognitivním aspektům deprese. Psychiatr Aaron Beck (1967) zaznamenal, že depresivní pacienti pohlížejí na sebe, svět i budoucnost přes tmavé brýle. Podle něj si pacienti interpretují realitu značně dramaticky kvůli tomu, že se více zaměřují na negativní aspekty událostí. Tento vzorec chování byl dalším výzkumem potvrzen (Haaga a kol., 199). Výsledný pochmurný, nepěkný výhled si jedinec táhne za sebou jako kouli na noze. Z výzkumů dále vyplývá, že depresivní lidé negativně nepohlížejí jen na sebe, nýbrž i na rodiče a životní partnery (Gara a kol., 1993).

Lynn Abramson, Gerald Metalsky a Lauren Alloy (1989) vystoupili s hypotézou, že deprese je stav beznaděje, který vzniká na základě vnímání, že si jedinec zavinil selhání sám. Podle jejich názoru jsou někteří lidé náchylní k **depresivnímu vysvětlovacímu stylu**, tendenci připisovat negativní události vnitřním, nikoli vnějším faktorům („Je to moje vina“), trvalým okolnostem v neprospěch dočasných („Už se to nikdy nezmění“) a univerzálním oproti specifickým („Nic se mi nedaří“). Jejich domněnku v současné době



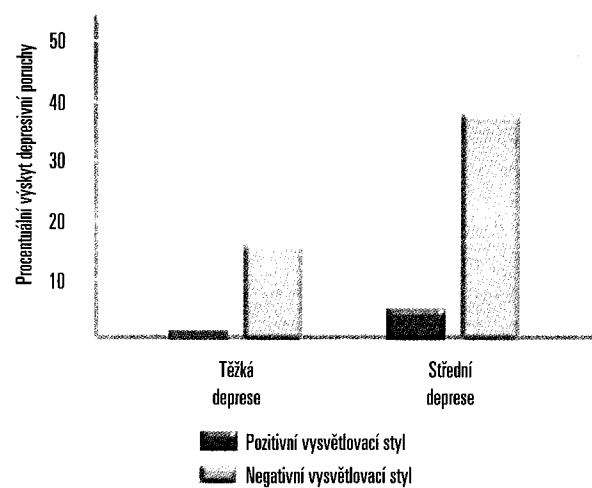
„Je to nové antidepresivum. Nepolyká se, ale hází se na lidi, kteří podle vás mají dobrou náladu.“



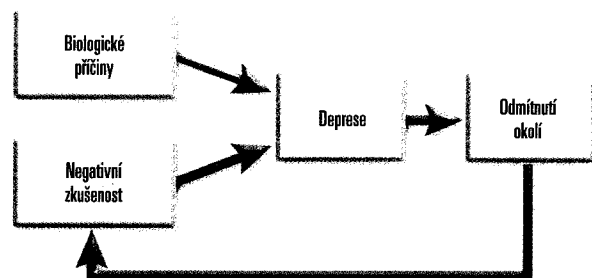
Obrázek od Vincenta van Gogha *Crows over the Wheatfield* (Vrány nad pšeničným polem) je působivě a deprimující zobrazení francouzské krajiny za bouřlivého večera. Možná se jedná o poslední Goghovu malbu před sebevraždou v roce 1890. (Gogh, Vincent Van „Wheatfield with Crows“, 1890. Van Gogh Museum, Amsterdam, Netherland. Art Resource, New York)

naučená bezmocnost Naučené očekávání, že jedinec stejně nemůže ovlivnit výsledky důležitých situací ve svém životě, tudíž reaguje nezajmem a depresí.

depresivní vysvětlovací styl Tendence typická pro depresivní jedince, v jejímž rámci připisují negativní události vnitřním, neměnným a univerzálním faktorům.



Obr. 16.7 Vysvětlovací styly a deprese V této studii výzkumníci sledovali vysvětlovací styly studentů prvního ročníku vysoké školy. Na konci čtvrtého semestru zjistili, že studenti s negativním vysvětlovacím stylem jsou náchylnější k rozvoji těžké či střední deprese (Alloy a kol., 1999).



Obr. 16.8 Začarovaný kruh deprese



Tito dospívající se pokusili o sebevraždu. Nejčastěji uváděnými důvody bylo osamění, deprese, problémy ve vztahu, školní známky, peníze a pocit bezmoci.

podpořila řada dalších studií. Stručně řečeno dochází k tomu, že si depresivní lidé vysvětlují selhání v komunikaci, porážku ve sportu, špatné známky nebo neschopnost vyluštit křížovku vlastním selháním, vlastní neschopností, která se z jejich pohledu stejně nikdy nezmění a navíc jim podle jejich názoru zasahuje i do dalších oblastí života. Výsledkem je pesimismus, beznaděj a zoufalství (Metalsky a kol., 1993; Seligman, 1991).

Mohl by být negativní vysvětlovací styl spojen se zranitelností daného jedince vůči rozvoji deprese? Možná ano. Alloy s kolegy (1999) sledovala vysvětlovací styly nedeprativních studentů prvního ročníku vysoké školy. Poté je znovu kontaktovala na konci čtvrtého semestru. Zjistila, že ti, kteří měli tendenci k negativnímu vysvětlovacímu stylu již v prvním ročníku – ve srovnání se spolužáky laděnými spíše optimisticky – bylo mnohem pravděpodobněji postiženi těžší či mírnější depresí (viz obrázek 6.7).

Humanističtí teoretici se domnívají, že lidé jsou depresivní tehdy, selžou-li ve snaze docílit seberealizace. Této teorii odpovídají i výsledky výzkumů, z nichž vyplynulo, že se lidé cítí nenaplnění a depresivní, mají-li dojem, že mezi jejich ideálním a reálným self je propast (Higgins, 1989), obzvláště tehdy, je-li velká a jedinec je silně zaměřen na sebe (Strauman, 1989; Pyszczynski & Greenberg, 1987).

ZAČAROVANÝ KRUH DEPRESE

Mužů i žen trpících depresí se týká jedna velká ironie: zoufale potřebují podporu okolí a rameno, na němž by se dosyta vyplakali, jenže oni na komunikaci s ostatními nemají nejmenší náladu a spíš se druhých straní. Na obrázku 16.8 je znázorněno, že výsledkem je začarovaný kruh: deprese vede jedince k tomu, aby se stáhl do sebe, což depresi ještě prohloubí (Joiner & Coyne, 1999).

Jsou však depresivní lidé skutečně orientováni na negativní reakce a straní se okolí zcela záměrně? A že bychom my byli tak krutí a bezcitní a nepomohli lidem v nouzi? Někdy ano. Lidé trpící těžkou depresí se jejich přátelé obvykle snaží povzbudit, nabízejí jim pomoc a radu. A psychoterapeuti mi jediné rádi potvrdí, že tyto snahy zpravidla selžou a deprese přežívá. Depresivní člověk se topí ve stížnostech, nárcích a sebelítosti, což pravděpodobně zapříčiňuje, že se ho ostatní straní. Ze studií navíc vyplynulo, že se lidé v depresi vyhýbají očnímu kontaktu, hovoří potichu, reagují pomalu, tváří se smutně nebo prázdňě, jsou nadměrně negativističtí, což je druhými vnímáno jako hrubost, odtazitost a nezáměr (Segrin & Abramson, 1994). Na depresivní jedince vlastně reagujeme se smíšenými pocity: je to smutek zahalený ve frustraci, vzteku a snaze vyhnout se dalšímu kontaktu (Coyne, 1976; Gurtman, 1987; Sacco & Dunn, 1990). Tento začarovaný kruh by nám mohl pomoci vysvětlit, proč jsou pro depresivní jedince typické vztahy plné napětí a nervozity a proč si musejí vystačit s méně osobními a nejspíše nenaplněnými vztahy (Nezlek a kol., 1994). Deprese si vybírá daň pochopitelně i na manželství.

Z výzkumů plyne, že v manželstvích, kde je depresivní žena, jsou častější hádky, ozývá se více stížností a naopak je omezen tělesný kontakt a prohlubuje se (citový) odstup mezi partnery (Benazon & Coyne, 2000; Coyne a kol., 2002).

SEBEVRAŽDA: KONEČNÉ „ŘEŠENÍ“

„Já tomu nevěřím. Vždyť jsem ho nedávno viděl a vypadal v pohodě.“ „Vím, že měla špatné období, ale ani ve snu mě nenapadlo, že to bylo tak vážné.“

Proč mi nezavolala?“ Podobnými slovy lidé zpravidla reagují na sebevraždu člověka, kterého znali.

Světová zdravotnická organizace odhaduje, že ročně na světě zemře v důsledku sebevraždy na milion lidí. Ve Spojených státech dosahuje počet třiceti tisíc, tudíž na každou půlhodinu připadá jedna sebevražda. A na jednoho člověka, který sebevraždu dokoná, jich připadá deset až dvacet, kteří se o ni pokusí. Pro řadu lidí není na světě nic tragičtějšího, nepochopitelnějšího, nesmyslnějšího. Ovšem jedincům, kteří se nacházejí ve stavu hlubokého zoufalství, toto řešení připadá jako jediné možné (Maltzberger & Goldblatt, 1996; Jamison, 1999).

Kdo vlastně páchá sebevraždu a proč? Odborníci zabývající se výzkumem sebevražedného chování postupně spějí k odpovědím (Hawton & van Heeringen, 2000; Maris a kol., 2001). Ze statistik Spojených států vyplývá, že ženy spáchají sebevraždu s třikrát větší pravděpodobností než muži, ovšem muži ji čtyřikrát častěji dokonají. V těchto rozdílech se odráží skutečnost, že většina mužů volí jako prostředek střelnou zbraň, zatímco ženy se spíše předávají prášky na spaní, což je pomalejší a i méně spolehlivá metoda. Buď jak buď, sebevraždy ze tří čtvrtin páchají lidé trpící depresí. Ukazuje se, že nejspolehlivějším ukazatelem stupně rizika sebevraždy je pocit beznaděje. V rámci jedné studie byly po sedm let zkoumány na dva tisíce ambulantních psychiatrických pacientů. Sedmnáct z nich v průběhu dané doby spáchalo sebevraždu, přičemž šestnáct z nich ihned v úvodu dosáhlo na „škále beznaděje“ vysokého skóre (Beck a kol., 1990).

A kdy se lidé umocnění beznadějí rozhodnou, že spáchají sebevraždu? Roy Baumeister (1990) vyslovil hypotézu, že hlavním účelem sebevraždy je „utéct sám před sebou“. Podle něj začnou lidé uvažovat o sebevraždě v okamžiku, když nedosáhnou důležitého životního cíle, za neúspěch viní sebe, zároveň sami sobě věnují příliš mnoho pozornosti, jsou smutní, propadají depresi, uvažují jen v krátkodobém horizontu, protože chtějí co nejrychleji utéci před sžíravými pocity. Nakonec padnou i ty poslední zábrany, které je zpravidla drží v uctivé vzdálenosti od sebevraždy. Jinými slovy je sebevražda místo posledního útočiště. Zoufalý člověk už konečně chce upadnout v zapomnění, nechce být ani sám se sebou. Tuto teorii sice není možné ověřovat přímo, přesto se Baumeisterovi podařilo doložit ji statistikami sebevražd, které jeho názor potvrzují. Například hypotézu, že lidé, kteří se zabijí, jsou silně orientováni na sebe, dokládá na dopisech na rozloučenou, v nichž napočítal více osobních zájmen („já“ ve všech pádech) než v podobných dopisech, které psali nevyčísitelně nemocní lidé.

Šokovaní příbuzní a přátelé se vždycky ptají, jestli mohli něco udělat. Mohl jsem udělat něco, abych mu v tom zabránil? To je tvrdá otázka. Sebevraždu je velice obtížné předvídat a nikdo by si neměl dávat vinu, že ji předem nevytušil. Existují však příznaky, kterých si všimnout můžeme (Schneidman, 1996). (Viz *Jak pomoci blízkému člověku s tendencí k sebevraždě*.) V první řadě bychom si měli uvědomit, že nejzranitelnější skupinou jsou depresivní lidé užívající léky. Ovšem pozor, nikoli ve stavu hlubokého zoufalství, ale až po něm, když začnou znovu nabírat síly. Zadruhé bylo zjištěno, že devadesát procentům sebevražd předchází poznámky o smrti typu „Někdy si říkám, jestli ten život vůbec má smysl“, „Stejně už mě nikdy nevidíš“ (mějme na paměti, že pouze dvě až tři procenta lidí, kteří o sebevraždě hovoří, se o ni skutečně pokusí, a ti, kteří ji spáchají, o ní předtím takřka do jednoho mluvili). Lidé plánující sebevraždu zanechávají vysledovatelné stopy v podobě specifického chování, například si uspořádají všechny důležité dokumenty, vrhají se do riskantních situací, zbavují se závazků, rozdávají cennosti. A v neposlední řadě s vyplatí vědět, že lidé, kteří se už o sebevraždu jednou pokusili, že u lidí, kteří se už o sebevraždu jednou pokusili, je v tomto ohledu větší riziko opakování tohoto chování do budoucna.

Existuje možnost, jak lidem v sebevraždě zabránit? Pokud máte na mysli něco konkrétního, Edwin Schneidman (1996) doporučuje učinit určitá opatření. Především s daným člověkem zůstávejte v kontaktu a hovořte s ním zcela otevřeně. Všimnete-li si, že mluví o smrti, začíná rozdávat cenné věci

Co myslíte?

Susan Furr s kolegy (2001) se ve snaze přispět k výzkumu duševního zdraví dospívajících ptali 1 455 studentů na čtyřech amerických vysokých školách, zda během studia měli deprese a zda někdy uvažovali o sebevraždě. Jak často se tyto problémy vyskytují? Zkuste nejdřív popřemýšlet sami nad sebou, nad známými, přáteli a odpovězte si na otázku, kolik procent studentů (v rozmezí nula až sto) uvedlo, že 1) prožili deprese; 2) přemýšleli o sebevraždě; 3) pokusili se o ni. Odborníci v oblasti duševního zdraví na výsledky zůstali nechápavě hledět. Z uvedeného počtu studentů jich totiž padesát tři procent odpovědělo, že již prošli depresí, devět procent uvedlo, že uvažovalo o sebevraždě a jedno procento se o sebevraždu pokusilo. Proč je deprese tak častá? Studenti na podobnou otázku v odpovědi uváděli známky ve škole, osamělost, finanční problémy a vztahové konflikty.

„Myšlenka na sebevraždu je obrovská útěcha, s její pomocí lze přežít spoustu krutých nocí.“

FRIEDRICH WILHELM NIETZSCHE

Otázka Má ve Spojených státech častější výskyt sebevražd, nebo zabití?
Odpověď Sebevražda, a to v poměru pět ku třem.

bipolární afektivní porucha
Vzácná porucha nálady, pro niž jsou příznačné přesmyčky nálady mezi mánií (euforický, hyperaktivní stav) a depresí (stav beznaděje a apatie).

nebo zanechává jakákoli jiná vodítka, zeptejte se ho narovinu: „Chceš spáchat sebevraždu?“ Buďte pozorný a empatický posluchač, navrhněte mu možné způsoby řešení vzniklé situace a hlavně mu zajistěte odbornou pomoc. V případě krize si ji samozřejmě zařídte i pro sebe.

BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ PORUCHA

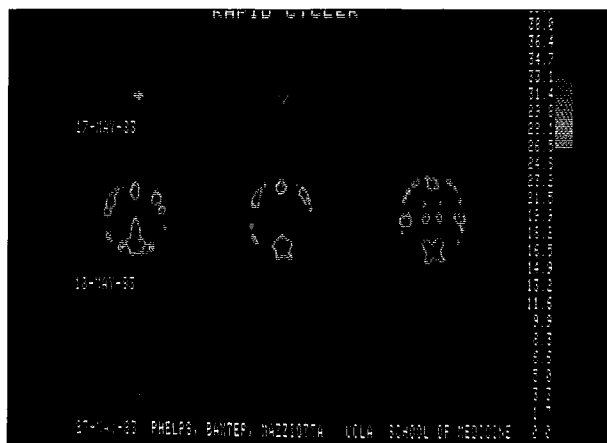
Oproti velké depresivní epizodě, unipolární poruše, v jejímž rámci se nálada pohybuje na kontinuu mezi neutralitou a depresivitou, je **bipolární afektivní porucha** spojena s mocnými výkyvy v rozmezí *mánie* (stav horečné aktivity a euforie) a *deprese* (stav beznaděje a otupělosti). Původně bývala označována jako maniodepresivní porucha. Typickým příznakem této poruchy jsou nekontrolovatelné zvraty mezi oběma póly. Cykly změn se přitom pohybují v rozmezí několika dnů až měsíců. Jeden týden daný jedinec září jako sluníčko, překypuje energií a optimismem, a v tom následujícím se propadá do propasti zoufalství (viz obrázek 16.9).

Jak taková manická fáze vypadá? Jaké jsou typické symptomy? V raných stádiích je mánie povznesený stav mysli, který si všichni čas od času rádi dopřejeme a užijeme. Středně manický člověk oplývá energií, je sebejistý, nic pro něj není nedosažitelné nebo nereálné. Mysl běží na plné obrátky, daný člověk je samá legrace, je neuvěřitelně zábavný, má úžasné nápady, všechno vymyslí, na všechno přijde, má velké plány.

Před více než sto lety německý psychiatr Emil Kraepelin (1883; dotisk 1923) zpozoroval, že manické nadšení „je zdrojem nemyšlitelné síly, která by za jiných okolností byla uvězněna v zábranách“. Lekce z historie naznačují, že nejspíš měl pravdu. Kay Redfield Jamison (1993) v knize *Touched with Fire (Dotek ohně)* uvádí, že k řadě tvůrčích géniů, kteří trpěli bipolární poruchou patřili skladatelé Robert Schumann a Georg Fridrich Händel, malíř Vincent van Gogh, spisovatelé Edgar Allan Poe, Ernest Hemingway, Eugene O'Neill, Sylvia Plath, F. Scott Fitzgerald, Mark Twain, Walt Whitman, Tennessee Williams a Virginia

Woolf. Arnold Ludwig (1995) v knize *The Prize of Greatness (Cena za slávu)* zpracoval analýzu životopisných dat více než tisíce známých osobností 20. století. Zjistil, že pro spisovatele, básníky a malíře existuje dvakrát až třikrát větší riziko rozvoje bipolární afektivní poruchy než u úspěšných profesionálů v oblasti obchodu, vědy, sportu a veřejného života. Dále zjistil, že jsou i více ohroženi alkoholismem a zneužíváním látek, úzkostnými poruchami, depresí a schizofrenií (viz obrázek 16.10). Filozof Nietzsche jednou pronesl: „Člověk si musí utřídit nepořádek v sobě, aby mohla vyjít hvězda.“

Předtím, než dospějete k názoru, že bipolární afektivní porucha rozhodně stojí za to, si radši přečtěte, do jakých zákoutí vede. Mánie totiž nabývá na intenzitě, rozbíhá se stále rychleji, vymyká se kontrole a najednou to úžasné tempo je až příliš rychlé a už vůbec není úžasné. Člověk si snadno nechá čímkoli odvést pozornost, přeskakuje mezi aktivitami, v noci nespí a je neuvěřitelně vnímavý vůči působícím podnětům. Říká se, že jemný vánek jedinci trpícím bipolární poruchou připadá jako pár facek a něžné kapání vody jako hřmění. V pokročilém stadiu mánie se dostávají velikášské bludy. Takoví jedinci slibují hory doly, aniž by sliby dokázali splnit, kupují si věci, které si nemohou dovolit, vrhají se do nových sexuálních vztahů, lákají druhé, aby se s nimi pouštěli do riskantních podniků, v nichž jde o velké peníze a jež jsou předem odsouzeny k neúspěchu. Ve společnosti už nejsou okouzlivící společníci, nýbrž nepřijemní lidé, kteří druhé uvádějí do rozpaků nebo je ztrapňují a zesměšňují. Prostě jsou to „šlení maniaci“, kteří jsou nevázaně hluční, mluví o sto šest, pořád někde poletují a jsou neuvěřitelně výbušní. Dokonce i nepatrná kritická poznámka dokáže vyvolat bouři vzteku a nenávisti. Po manické fázi zpravidla následuje hluboká deprese. A ten dlouhý kopec nahoru pak směřuje dolů. Jedinci se buď vrátí nohama na zem, nebo na ni dopad-

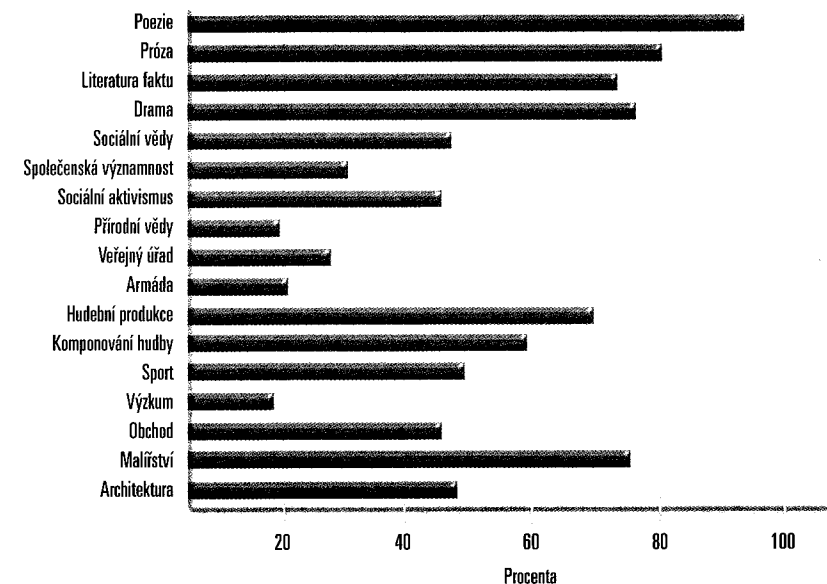


Obr. 16.9 Aktivita mozku při bipolární poruše

Zobrazení mozku metodou PET představuje záznam mozku jedince trpícího bipolární afektivní poruchou, který každých čtyřadvacet až osmačtyřicet hodin přecházel ze stavu deprese (nahore) do mánie (uprostřed) a zpět do deprese (dole). Všimněte si, že tmavě modrá a zelená pole poukazují na nízkou aktivitu mozku, naopak oranžová, žlutá a červená je příznačná pro vysokou aktivitu.



Profesorka psychiatrie Kay Redfield Jamison trpí bipolární poruchou. Svě zkušenosti s touto poruchou popisuje v knize vzpomínek *An Unquiet Mind (Neklidná mysl)*: „Když jste naboře, je to nádhera. Myšlenky srší, cítíte se skvěle, máte plno nápadů... Jenže pak se to zlomí. Najednou jsou ty rychlé myšlenky moc rychlé a hlavně je jich nezvladatelně moc... Jste podráždění, přecitlivělí, vzteklí, vyčerpání, nedokážete se ovládat, prostě vás pohltí nejhlubší temnoty mysli.“



Obr. 16.10 Existuje vztah mezi tvořivostí a duševní poruchou? Ve studii 1005 úspěšných lidí 20. století Ludwig (1995) zjistil, že životní prevalence výskytu duševních chorob obecně (nikoli pouze bipolární poruchy) je nejvyšší v umění. Jak si tento jev můžeme vysvětlit?

nou s pořádným žuchnutím. Dosti vysoký počet tvořivých géniů, kteří dokázali využít energii manického stadia, se však nakonec ve fázi deprese zabili (Goodwin & Jamison, 1990; Ludwig, 1995).

Bipolární porucha je sice příbuznou deprese, přesto se jedná o dosti odlišné poruchy. V prvé řadě má silnější genetickou základnu. Onemocní-li jedno z jednovaječných dvojčat bipolární poruchou, druhé má dvaasedmdesátiprocentní pravděpodobnost, že se u něj rovněž objeví – oproti třinácti- až čtrnáctiprocentní pravděpodobnosti u dvojvaječných dvojčat téhož pohlaví (Blehar a kol., 1988). Proto panuje domněnka, že genetické faktory hrají u bipolární poruchy zásadní roli (Národní institut duševního zdraví, Komise pro genetiku, 1999; Meltzer, 2000). V 17. kapitole si řekneme, že tyto pacienty je možné léčit lithiem.

SCHIZOFRENIE A SCHIZOFRENNÍ PORUCHY

- Co znamená slovo schizofrenie?
- Jaké jsou hlavní příznaky?
- Jaký je rozdíl mezi bludem a halucinací?
- Jaké důkazy podporují předpoklad o genetickém základu schizofrenie a naopak o vlivu prostředí?

Co vás napadne, když začnete hloubat nad významy slov „šílenec“ nebo „blázen“? V řadě z nás se totiž pobudí stereotypní představa lidí, kteří tupě zírají před sebe, povídají si nějaké nesmysly, vidí nějaká imaginární zvířata, chodí dokola, mají výbuchy vzteku a hněvu. Tyto představy nebývají přesné, přesto poměrně výstižně popisují schizofrenii, nejobávanější duševní nemoc (Lenzenweger & Dworkin, 1998). V průběhu nemoci čtyři až šest procent jedinců spáchá sebevraždu (Hyman, 2000).

Schizofrenní poruchy se vyznačují vážně narušeným myšlením a vnímáním a ztrátou kontaktu s realitou. V některých případech udeří mezi sedmáctým až pětadvacátým rokem života, ale jedinec se vyléčí. V jiných případech se rozvíjí postupně, nemocný člověk chřadne a musí s nemocí žít až do konce života, aniž by měl prostor alespoň na krátkodobé zlepšení stavu. Schizofrenie se vyskytuje ve všech kulturách, postihuje stejnou měrou muže

Kontrolní otázky

- Jak psychologové odlišují klinickou depresi od běžného smutku?
- Popište příznaky velké depresivní epizody. Jak jsou ovlivněny kulturou?
- Uveďte biologické a psychologické faktory přispívající rozvoji deprese.
- Co je bipolární afektivní porucha a jak se projevuje?

To byla krize.

Minul čas, kdy zdá se všechno spát -

v horečce nebo v příhodě.

Teď nadešel ten zvrát -

okamžik, jenž má ve spáru

výsadní právo žít,

anebo příkaz odebrat

se s duší k záhrobní.

Svaly se hmoždí s olovem,

jež nechce povolit -

duch zalomcoval démantem,

však nevzbudil v něm cit.

Vteřina váhá - pře se - jde -

další už přichází -

a s ní i duše potají

vyklouzla ze dveří.

EMILY DICKINSON, „BÁSEŇ 948“

PŘEKLAD JIRÍ ŠLÉDR

schizofrenní poruchy Poruchy vyznačující se vážným narušením myšlení a vnímání a rovněž ztrátou kontaktu s realitou.

JAK

POMOCI BLÍZKÉMU ČLOVĚKU S TENDENCÍ K SEBEVRAŽDĚ

Každý je čas od času smutný a bez nálady. Jenže podle čeho máme poznat, že je náš známý pouze bez nálady, a nikoli v náladě na rovině hluboké deprese, případně že uvažuje o sebevraždě? Typický sebevrah neexistuje. Ale na základě analýz dokonáných i nedokonáných pokusů o sebevraždu byly zjištěny některé rizikové faktory a vodítka, která nám mohou pomoci. Sebevraždě se totiž dá zabránit. Máte-li někoho známého s podobnými obtížemi, nebojte se zasáhnout. Právě vy mu totiž můžete pomoci.

Varovné signály

- Ztráta nebo selhání. V řadách studentů bývá podnětem k sebevraždě pocit osamělosti nebo studu, například po úmrtí člena rodiny nebo kamaráda, po rozvodu rodičů, rozchodu s přítelkyní nebo přítelem, nehodě, kterou podle vlastního posouzení zavinili, po drtivém neúspěchu při zkoušce.
- Hlasité úvahy o sebevraždě. Téměř každý mladý člověk uvažující o sebevraždě někomu o svém záměru řekne, byť nepřímo. Jsou to poznámky typu „Bylo by mi líp, kdybych tu nebyla“, „Už ti dlouho nebudu otravovat život“, „To je jedno, na tom už nezáleží“.
- Výrazné změny nálad a chování. Obyčejně upovídaný člověk se stáhne do sebe, nebo naopak stydlivý jedinec si najednou začne povídat s kým. Problémy se spánkem, jídlem a osobní hygienou. Jedinci zvažující sebevraždu zpravidla buď hodně spí, nebo si naopak stěžují na nespavost. Někdy „zapomínají“ jíst a hubnou, jindy zase jedí pořád a tloustnou. Stává se, že se přestanou mýt a nestarají se o svůj zevnějšek.

- Problémy ve škole. Školní nebo pracovní problémy bývají jak příčina, tak i důsledek stavu jedince uvažujícího o sebevraždě. Jakmile pilný student nejeví zájem o učení a přestane chodit do školy, zbystřete.
- Ztráta zájmu o odpočinkové činnosti. Sledujte, zda se dotyčný člověk náhodou nepřestal stýkat s přáteli, výjimkou nebývá ani zavržení dosavadních zájmů, přestane chodit s kamarády kamkoli a nejvíce času tráví sám.
- Zájem o smrt. Sledujte, zda se známý podezřele hodně nezajímá o výtvarné či hudební umění, o hudbu, filmy, knihy nebo internetové stránky orientované na tematiku smrti.
- Zvýšené riskování včetně konzumace alkoholu a užívání drog. Depresivní studenti mohou zkoušet, zda by jim nepomohly nějaké léky, někdy se pouštějí do riskantních činů a bezhlavého jednání. Tyto mechanismy sice načas zredukuje pocity prázdnoty a zoufalství, ale zároveň jsou varovnými signály, že jedinec je zvýšeně zranitelný.
- Velký úklid. Dospělí, kteří zjistí, že jsou nevyléčitelně nemocní, podobně jako mladí lidé plánující sebevraždu začnou dávat do pořádku své věci. Uklízejí, vyhazují nepotřebné věci, rozdávají věci, jichž si cení, snaží se zajistit péči o domácí zvíře, jako kdyby se chystali na dlouhou cestu. Někdo sepisuje poslední vůli.
- Rozloučení. Po dlouhém období deprese přichází období lepší nálady, dotyčný jedinec působí dojmem, jako by se dostal z toho nejhoršího a rychle se zlepšil. Jenže to nezřídka bývá známkou úlevy, protože se definitivně rozhodli, že se svým životem skončí. Návštěvy rodinných příslušníků a známých

i ženy. Odhaduje se, že její příznaky pocítí necelé jedno procento Američanů během života (Regier a kol., 1988) či během roku (Narrow a kol., 2002). Nejčastěji se přihlašuje ke slovu mezi osmnácti a pětadvaceti lety u mužů a mezi šestadvaceti až pětadvaceti lety v případě žen. Věkové rozdíly při nástupu choroby se projevují na celém světě a prozatím se výzkumníkům nepodařilo zjistit příčinu (Gottesman, 1991; Straube & Oades, 1992).

PŘÍZNAKY SCHIZOFRENIE

Slovo schizofrenie pochází z řeckého výrazu schizophrenia, „rozdělený mozek“. K onomu rozdělení přitom nedochází mezi dvěma či více vnitřními já, jako je tomu u disociativní poruchy identity, nýbrž mezi myšlenkami, názory, vnímáním, emocemi, chováním a dalšími funkcemi mozku. Jedinci trpící schizofrenií si připadají, jako by byli uvězněni v pološeru a nemohli z něj ven (Torrey, 1988).

po dlouhém období izolace tudíž mohou znamenat rozloučení, a to navždy.

Jak se zachovat

Pokud zaznamenáte několik varovných signálů, rozhodně nečekejte, jak se situace bude dál vyvíjet. Okamžitě začněte jednat. Svěřte se někomu se svými obavami a podezřením, například učiteli nebo školnímu psychologovi. V žádném případě nepodléhejte klamnému pocitu viny, že svého kamaráda zrazujete. Kdyby byl vážně zraněn, také byste ho nenechali ležet na chodníku, ale dopravili byste ho k lékaři. A ani v této situaci se nevyplácí otálet. Otázka zní, co máte dělat.

- Otevřeně si promluvte. Řekněte kamarádovi, že o něj máte starost, zeptejte se, co se děje. Poslouchejte ho, aniž byste ho jakkoli soudili. Pokud na vaši snahu nebude nijak reagovat, připomeňte mu, že se může obrátit na někoho jiného, že mu mohou pomoci rodiče, jiní kamarádi, lékař nebo psycholog. V dané chvíli potřebuje totiž vědět, že není na lodi sám.
- Mluvte o sebevraždě. Rozhodně neplatí, že bychom diskusí o sebevraždě mohli druhému člověku vnuknout nápad, že by se mohl zabít. Naopak je krajně důležité, abychom o sebevraždě mluvili co nejotevřeněji. A pokud kamarád přizná, že má v úmyslu zabít se, nedávejte mu žádné přednášky, nejmenujte mu důvody, proč by měl žít. Spíš ho upozorněte na to, že se deprese – jako většina dalších onemocnění – dá léčit.
- Buďte konkrétní. Pokud kamarád přizná, že zvažuje sebevraždu, položte mu zcela konkrétní otázky. Zeptejte se ho, zda má promyšlený plán, zda si koupil pistoli nebo nashromáždil nějaké léky. A když nic nepřizná, zkuste dohodu: „Slib mi, že neuděláš nic,

dokud mi o tom neřekneš.“ Pak zajistěte pomoc. Promluvte si s někým, komu důvěřujete, nejlépe s psychologem. Víte-li, že kamarád vážně uvažuje o sebevraždě, je třeba jednat jako ve stavu krajní nouze.

■ Krizová intervence. V první řadě nenechávejte kamaráda samotného. Zkuste zjistit, kam si pistoli, prášky nebo cokoli potřebného k sebevraždě schoval a vezměte mu to. Pokud musíte odejít, odstraňte z jeho blízkosti všechny potenciálně nebezpečné předměty (nože, žiletky, provazy, jedovaté látky). Pak okamžitě sežeňte odbornou pomoc. Nemyslete si, že to vládnete sami. Ze všeho nejdřív zkuste kamaráda přesvědčit, aby s vámi šel do krizového centra nebo prostě někam, kde je pomoc dostupná. A to nikoli ráno, zítra a podobně, ale hned. Když odmítne, zavolejte na linku pomoci a řiďte se poskytnutými radami. Není-li nikdo k dispozici, alespoň se dopravte na nejbližší pohotovost (ve Spojených státech nepřetržitě funguje bezplatná linka 0-800-SUICIDE – sebevražda, čili 7842433 – jejíž provoz zajišťují odborníci).

■ O sebevraždě je třeba mluvit. Všechny hrozby a pokusy o sebevraždu jsou voláním o pomoc. Lidé plánující sebevraždu už konečně chtějí mít pokoj od toho ustavičného trápení a bolesti. Nechtějí skončit se životem, ale s utrpením. Nevyhledají-li pomoc sami, zpravidla se obávají, že by byli druhým pro smích, někdo nechce svými problémy zatěžovat druhé a jiní si myslí, že by jim stejně nikdo nepomohl.

Zdroj: Sloučená komise Americké psychiatrické asociace. *Public Information: Teen Suicide (Informace pro veřejnost: Dospívající a sebevražda)*, webové stránky APA, březen 2000.

Schizofrenie se projevuje pěti hlavními příznaky. Prvním z nich je *inkohereční myšlení*. Jedinec je duševně zmatený, je naladěný na zcela jinou vlnovou délku než všichni kolem něj. Tyto problémy se nejvýrazněji projevují v řeči. Setkáte-li se se slovním projevem schizofrenika, uslyšíte novotvary, všimnete si, že přebíhá od jednoho tématu ke druhému, že mluví o všem možném, až z toho vzniká příslovečný „slovní salát“. Tito jedinci k sobě nezřídka přiřazují výrazy a myšlenky, jež spolu souvisejí jen vzdáleně. Eugen Bleuler (1911), švýcarský psychiatr, který dal schizofrenii její název, uvádí příklad jednoho ze svých pacientů: „Přeji vám spokojený, radostný, zdravý a úrodný rok a ještě spoustu dalších vinných let a také zdravý a úrodný jablčnický rok a taky zelný a kapustový a šťávový a semínkový rok.“ V tomto příkladu slovo „úrodný“ odstartovalo řetězec výrazů asociovaných s jídlem. Příčina spočívá v tom, že schizofrenní pacienti, kteří mají neuspořádané myšlenky, mívají problémy, aby udrželi pozornost na jednom podnětu a opomíjeli jiné, rozptylující impulzy (McGhie & Chapman, 1961; Friedman a kol.,

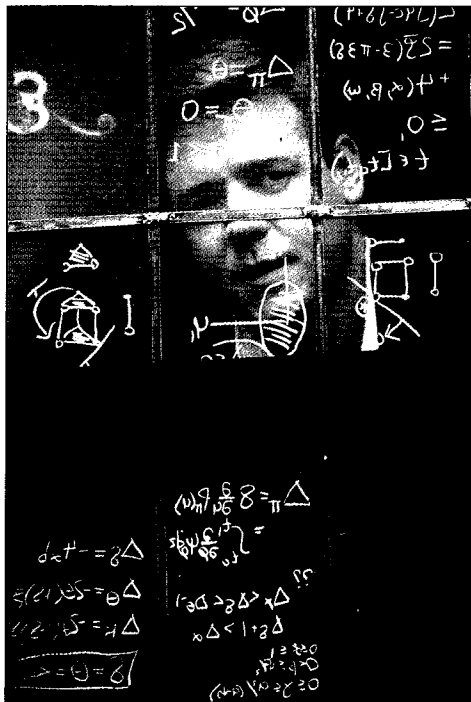


Myšlenky a emoce lidí trpících schizofrenií se velmi výrazně projevují v tvořivých výsledcích činnosti. Ve světě malířky Sandry Milne: „Tato kresba vznikla v reakci na návrh lékaře, abych namalovala, kdo opravdu jsem. Každá osoba zastupuje jednu moji část.“ (vlevo) Jiná malířka uvádí: „Tobte je obraz tobo, co se stane, když přijde nervové zhroucení. svět vybuchne a vesmírná ničivá síla obsáhne vaši mysl i duši, zabltí vás panika, strach z tobo, že nic není, hlasité blasy, ostrá světla, chaos a zmatek.“ (vpravo)

1987). Ve vzorku padesáti bývalých pacientů si drtivá většina stěžovala právě na potíže s myšlením (Friedman, 1974).

Druhým příznakem jsou **bludy**, mylná přesvědčení. U schizofreniků se na celém světě hlásí ke slovu některá podobná témata (Appelbaum a kol., 1999). K nejběžnějším patří bludy *ovlivňování* nebo *ovládání*, jedinec má například dojem, že jeho myšlenky jsou vysílané v rádiu, že mu je někdo krade, že ho ovládají ničivé síly. Jeden pacient byl přesvědčen o tom, že se jeho myšlenky předávají druhým lidem prostřednictvím „duševních lepenek“, jiná pacientka byla přesvědčena o tom, že jí myšlenky „vysává z mysli nějaký frenologický vysavač“, další jedinec věřil, že mu někdo „implantoval do hlavy rádio“. Běžné jsou i *velikášské bludy* (týkají se vlastní slávy, schopnosti ovládat počasí, planety, lidi), *vztaznosti* (jedinec je prvotní příjemce výsledků jednání druhých lidí), *perzekuce* (bludy pronásledování, kdy jedinec žije v představě, že někdo proti němu spřádá spiknutí).

Třetím příznakem jsou **halucinace**, smyslové vjemy nezapříčiněné adekvátními vnějšími podněty. Když má někdo halucinace, vidí, slyší, cítí, chutná nebo dotykově vnímá něco, co neexistuje, přičemž nejběžnější jsou sluchové halucinace. Řada schizofreniků uvádí, že „slyší“ šustivý či dunivý tlukot srdce, hudbu, odlišně hlasy pronášející výroky o životě pacienta, obviňují ho, rozkazují mu. „Samův syn“ David Berkowitz, člověk, který v sedmdesátých letech terorizoval New York tím, že zabíjel mladé ženy, tvrdil, že mu démonický hlas štekajícího psa nařizoval, aby je pronásledoval a střílel. Vzácněji dochází k halucinacím i u jiných smyslů, například někdo „vidí“ posvátné vize, „cítí“ odpudivé tělesné pachy, v jídle „cítí“ jed, „cítí“ svědění, pálení, píchání v kůži. Dochází i k dalším poruchám vnímání. Podle dostupných záznamů světla působí jasnějším dojmem, barvy jsou vnímány jako zářivější, zvuky intenzivnější. A těla druhých lidí „bývají“ vyšší, obéznější, menší, kulatější nebo jakkoli deformovaná, podobně jako kdyby se svět odehrával ve zrcadlovém bludišti.



Ve filmu *A Beautiful Mind* (v České republice byl uveden jako *Čistá duše*) z roku 2001 hrál Russell Crowe výstředního matematického génia Johna Nasbe ml., který získal Nobelovu cenu za práci ze čtyřicátých let. Nasb byl na samém začátku své kariéry diagnostikován jako paranoidní schizofrenik. Jeho svět poblcovaly bludy a halucinace a další nepříjemné prožitky. Po třiceti letech se schizofrenie dala na ústup. Byla to vlastně „zázračná remise“, která mu umožnila, aby znovu navázal vztahy s ostatními a zase se naplno pustil do práce.



PROCES OBJEVOVÁNÍ

Nancy Andreasenová
– Příznaky schizofrenie

Dotaz: Kdy jste se začala poprvé zajímat o psychologii?

Odpověď: Už si nepamatuji, kdy mě tento obor oslovil. Když jsem začínala učit angličtinu na Iowské státní univerzitě, probudil se ve mně zájem o psychiatrii. Studenti za mnou chodili s nejrůznějšími problémy. Prodělala jsem vážnou nemoc, takže jsem se o něco víc přiblížila medicíně. A tak se zrodilo mé rozhodnutí, že se ze mě stane psychiatrická. Po prvním setkání se schizofrenními pacienty jsem hned věděla, na co se budu specializovat. „Jak je možné, že mozek provádí takové věci?“ ptala jsem se sama sebe.

D: Jak jste dospěla ke svému významnému objevu?

O: Spojila jsem široké znalosti o jazyce, který jsem vystudovala předtím, se zájmem o myšlení a řeč lidí trpících schizofrenními poruchami, například právě schizofrenií. V nejranější fázi své výzkumné činnosti jsem se hodně věnovala „poruchám myšlení“, které byly dlouhou dobu považovány za styčné body schizofrenie. Byl to opodstatněný názor, ovšem na základě empirického výzkumu přišla jsem i na to, že se poruchy myšlení vyskytují i u manických jedinců. Věda nařizuje, že nemůžeme zkoumat to, co nedokážeme měřit, a proto jsem se rozhodla, že zkusím sestavit škálu pro zjišťování poruch myšlení. Výzvy jsem vždy měla ráda a navíc jsem stejně pořád přemýšlela, jak by se daly zjišťovat příznaky a symptomy, o nichž se prohlašovalo, že se příliš nedají spolehlivě měřit. Sestavila jsem škály na měření poruch myšlení a pak ještě další na posuzování pozitivních a negativních příznaků.

Klinické zkušenosti mě přivedly k závěru, že není radno podceňovat negativní příznaky. V sedmdesátých letech, což bylo v době, kdy jsem v tomto oboru začínala, bylo zjištěno, že léky redukovují či přímo odstraňují psychotické příznaky jako jsou bludy a halucinace, přesto moji pacienti byli i nadále chronicky nemocní.

Čtvrtý příznak je *narušení emočního prožívání*. Někteří lidé trpící schizofrenií totiž mají oploštělé emoce, celé hodiny sedí a tupě zírají před sebe, hovoří monotónním hlasem a pohybují se pomalu, vyhýbají se očnímu kontaktu, neprojevují zájem takřka o nic. Jeden psychiatr k tomuto příznaku uvádí, že „je to jako byste se bavili s robotem“ (Torrey, 1988). Jiní naopak prožívají až přehnané emoce, které vůbec neodpovídají situaci, například pláčou při dobrých zprávách, smějí se nešťastným událostem, bezdůvodně vztekle křičí.

Pátý příznak je nepřiléhavé, *bizarní chování*. Pacienti jsou pohlceni světem vlastních podnětů, patrně jsou i zmateni nesourodým vnímáním vnějšího světa. Nezřídka se stáhnou do sebe, vlastně odejdou do sociálního exilu, nedokážou podat požadovaný pracovní výkon. Někdy si mluví sami pro sebe, jindy jako papoušci opakují, co říkají druzí, celé hodiny tráví v nehybných

Neměli totiž žádnou vůli, neprožívali takřka žádné emoce, chyběla jim plynulost řeči i myšlení, nedokázali komunikovat s ostatními. Tyto chybějící charakteristiky jsem označila jako „negativní příznaky“. Termín jsem si vypůjčila od Hughlingse Jacksona, britského neurologa z 19. století. Moje Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS, Škála hodnocení negativních příznaků) se nyní široce využívá.

D: K jakému vývoji došlo v oboru, který jste inspirovala?

O: V osmdesátých letech jsme získali nové nástroje na výzkum duševních nemocí, konkrétně zobrazovací techniky mozku typu počítačové tomografie, magnetické rezonance a pozitronové emisní tomografie. Ihned jsem si uvědomila, že nám mohou pomoci přímo sledovat a měřit strukturu a aktivitu mozku. V této oblasti jsem zrealizovala několik průkopnických studií. V současné době jsou tyto metody základní pomůckou kognitivní neurovědy a psychiatrie.

D: Kam podle vás daný obor směřuje?

O: Hranice mezi kognitivní neurovědou, psychologií, psychiatrií a neurologií se pomalu stírají, protože se společně zajímají o mysl a mozek. Zcela zásadním krokem bude začlenění neurologického zobrazování mozku do studií prováděných na buněčné a molekulární úrovni. Už v této chvíli se rodí nová éra, v jejímž průběhu se potká a sloučí mysl a molekula. Budeme stále hlouběji pronikat do tajů lidského chování, což je úžasný vývoj, který by mohl napomoci hledání nových metod léčby vážných duševních poruch.

Nancy Andreasenová je vedoucí oddělení psychiatrie v institutu Andrew H. Woods a ředitelkou střediska klinického výzkumu duševního zdraví na Iowské státní univerzitě.

bludy Mylná přesvědčení, doprovázející příznaky schizofrenie a dalších psychotických poruch.

halucinace Smyslové prožitky probíhající za nepřítomnosti vnímaného podnětu.

pozicích, pozpátku chodí dokola, svlékají se na veřejnosti a tak dále. Dále ztrácejí náhled na své jednání. Myslí si totiž, že jejich slovní salát je zcela souvislý projev, že halucinace a bludy jsou reálné a že reagují zcela přiměřeně situacím. Jedna pacientka uvedla: „Měla jsem pocit, že jsem ve světě bláznů jediný normální člověk.“

Říká se, že málo informací škodí. Problémy začaly, když jsem se ve dvaceti sedmi vrátila na vysokou. Chodila jsem na přednášky a semináře z psychologie, ale záhy jsem si uvědomila, že jsem neúměrně nervózní a přepjatá, proto jsem vyhledala pomoc. Do školy jsem chodila skoro každý den, pracovala jsem na plný úvazek ve středisku denní péče, na výchovu dětí jsem byla sama, protože manžel pracoval mimo město a doma byl jen o víkendech. Během semestru jsem si všimla, že se mě někteří učitelé snaží vyvléci ze spárů špatného manželství. Já jsem se však rozvádět nechtěla.

Velký vliv na mě měl učitel cizích jazyků. Měla jsem dojem, že spolu máme domluvený utajený způsob komunikace, takže to, co říkal na hodinách, jsem vnímala jako zašifrované zprávy určené jen mně. Jeho výroky navíc někdy neměly s děním ve třídě vůbec nic společného. Jednou se mě přede všemi zeptal: „Takže váš manžel býval vyslanec?“ Věděla jsem, že jsem mu o tom neříkala, ale na druhou stranu jsem si vzpomněla, že jsem se o tom zmiňovala paní na hlídání, takže mi připadalo, že je to víc než náhoda. Tušila jsem, že existuje široká síť zvědů, kteří si o mně získávají informace a z nepochopitelného důvodu mě pozorují. Pocit, že nemám žádné soukromí, záhy přerostl v tušení, že náš dům odposlouchávají. Ten strach mě šířil dalších osm let. Bizarní a nelogické řeči, které jsem od druhých slyšela, byly posléze ohodnoceny jako sluchové halucinace. Jenže mně připadaly skutečné.

Jednou jsem viděla, že na tabuli je ve francouzštině a angličtině popsán jeden můj zážitek. V té době jsem si neuvědomovala, že je to halucinace. Měla jsem z toho docela velkou úzkost, ale chovala jsem se jakoby nic, protože jsem se zároveň bála, že kdybych se chovala nějak divně, mohla bych přijít o práci. O podobných věcech jsem s nikým nemluvila, takže jediné příznaky nemoci byly, že jsem se stáhla do sebe a omezila jsem komunikaci s druhými, už jsem nebyla ta upovídaná a usměvavá kamarádka. Nepřipadalo mi, že bych byla nemocná, měla jsem totiž pocit, že se mi jen dějí divné věci. Dokázala jsem fungovat vcelku normálně, ačkoli si vzpomínám, že mi při vaření všechno trvalo hrozně dlouho a že každý pohyb znamenal obrovské úsilí.

O Vánocích jsem zaslechla, že mě jeden herec v televizi nařkl z toho, že lžu. Byla jsem přesvědčená, že sdělovací prostředky o mně vědí. Při nakupování pro mě měla každá položka skrytý význam. Ovoce, chuť nebo barva ve mně utvzovaly bludné myšlení. Například jsem nekupovala jeden druh cereálií, protože jsem ho v hlavě měla spojený s prostitutí. Jiný druh jsem zase nakupovala ve velkém, abych měla veselejší den. Svět bludů se záhy proměnil ve svět zpuštění a mravní zkaženosti, což mě ničilo. Měla jsem pocit, že jsem ve světě bláznů jediný normální člověk. (Anonymní výpověď, 1990, str. 547–548).

DRUHY SCHIZOFRENIE

Ještě předtím, než dal Bleuler název schizofrenii, bylo zřejmé, že nabývá několika podob, pro něž jsou typické specifické kombinace příznaků. V DSM-IV je uvedeno pět základních druhů (McGlashan & Fenton, 1991):

■ **Hebefrenní.** Kategorie, do níž spadají příznaky typu nelogické myšlení, nesouvislá řeč, zanedbávání osobní hygieny, přehnané projevy emocí a hloupé a dětinské chování.

■ **Katatonní.** Vzácný druh schizofrenie, pro nějž jsou typické extrémní pohybové úkony nebo pozice v rozmezí nehybného stuporu až po záchvaty hyperaktivity.

■ **Paranoidní.** Druh schizofrenie, jehož hlavním příznakem je neustálé se zabývání bludy a halucinacemi, nezřídka včetně silné podezřívavosti a nenávisti.

■ **Nediferencovaná.** Spádová kategorie pro případy vyznačující se kombinací symptomů, aniž by je bylo možno přesně zařadit.

■ **Reziduální.** Diagnostická kategorie pro jedince, kteří měli příznaky schizofrenie, ale v současnosti žádnými hlavními symptomy netrpí.

V posledních letech řada klinických výzkumníků usiluje o to, aby přesně zjistili, které příznaky se vyskytují společně, a to u týchž jedinců a v témže čase. Sice již byly navrženy jiné druhy klasifikace, přesto jako jediná jistota

TABULKA 16.7 **Pozitivní a negativní příznaky schizofrenie**

Pozitivní příznaky	Procentuální výskyt
Bludy	84
Halucinace	69
Poruchy myšlení	43
Bizarní chování	26
Negativní příznaky	Procentuální výskyt
Apatie	90
Oploštělé emoce	88
Stažení ze sociálního kontaktu	88
Poruchy pozornosti	66
Pomalá řeč či její absence	53

Zdroj: N. C. Andreasen (98). The diagnosis of schizophrenia (Diagnóza schizofrenie). *Schizophrenia Bulletin*, 13, str. 1–8.

platí, že se u pacientů vyskytují dva velké okruhy příznaků: pozitivní a negativní (McGlashan & Fenton 1992; Andreasen a kol., 1995; Arndt a kol., 1995). *Pozitivní příznaky* zahrnují „nadměrné“ kognitivní, emocionální a behaviorální *projevy*. Většinou se společně vyskytují bludy a halucinace, které lze charakterizovat jako přehnané názory a vnímání, dále k těmto symptomům patří nesouvislá řeč, nepřiléhavé vyjadřování emocí a nápadně nevhodné chování. Naopak pro *negativní příznaky* je typický kognitivní, emocionální a behaviorální „*útlum*“, například apatie, prázdné pohledy, otupělé emoce, zpomalení pohybu a řeči, stažení ze sociálních situací. Pozitivní a negativní příznaky zjištěné při studii sto jedenácti ambulantních schizofreniků v jedné iowské nemocnici jsou uvedeny v tabulce 16.7. Všimněte si, že nejčastěji uváděný pozitivní příznak jsou bludy a nejvíce uváděný negativní příznak je apatie.

Lze jedince trpící schizofrenií klasifikovat na základě výše uvedených dvou okruhů příznaků? Příliš ne. Na jedné straně z výzkumů vyplývá, že pacienti vykazující pozitivní příznaky mají lepší prognózu, než pacienti trpící především negativními příznaky. Na druhé straně většina jedinců mívá oba druhy symptomů (McGlashan & Fenton, 1992).

TEORIE SCHIZOFRENIE

Mohou se u jakéhokoli člověka, kterého zasáhne nepřízeň osudu, rozvinout příznaky schizofrenie, nebo jsou vůči ní někteří jedinci zranitelnější než jiní? A lze výskyt schizofrenie předvídat už v dětství? Jsou příčiny biologické, psychologické, nebo se uplatňuje jejich kombinace?

Biologické faktory Z výzkumů rodinných příslušníků, dvojčat a adoptivních dětí vyplývá, že schizofrenní poruchy mají silný genetický podklad (Holzman & Matthyse, 1990; Meltzer, 2000). Asi si vybavíte, že přibližně jedno procento americké populace má nebo bude mít diagnostikovanou schizofrenii, přičemž platí, že čím jste v užším příbuzenském kontaktu se schizofrenikem, tím vám hrozí vyšší pravděpodobnost, že jí onemocníte (viz obrázek 16.11). Má-li schizofrenii jedno dvojvaječné dvojče, u druhého se rozvine se sedmnáctiprocentní pravděpodobností. U jednovaječných dvojčat se odhad zvyšuje na čtyřicet osm procent, přičemž toto číslo neklesá, ani když jsou sourozenci vychovávaní odděleně (Gottesman & Shields, 1982; Gottesman, 1991).

Vědci ve snaze zjistit biologické příčiny schizofrenie zjistili, že řada pozitivních příznaků souvisí s nadměrnou aktivitou neurotransmiteru dopaminu. Tento vztah podporují tři druhy důkazů. Zaprvé neuroleptika blokující aktivitu dopaminu v mozku zároveň zmírňují halucinace, bludy a další behaviorální výkyvy. Zadruhé amfetaminy podněcují aktivitu dopaminu a zintenzivňují tytéž příznaky

Vztah	Genetická příbuznost	Riziko
Jednovaječná dvojčata	100 %	48 %
Potomek dvou schizofreniků	100 %	46 %
Dvojvaječná dvojčata	50 %	17 %
Potomek jednoho schizofrenika	50 %	17 %
Sourozenec	50 %	9 %
Neteř nebo synovec	25 %	4 %
Manžel či manželka	25 %	2 %
Bez příbuzenského vztahu	0 %	1 %

Obr. 16.11 **Geneticky podmíněný vztah a schizofrenie** Z obrázku vyplývá, že se riziko rozvoje zvyšuje ruku v ruce s těsnějším příbuzenským vztahem s člověkem trpícím schizofrenií (Gottesman, 1991, str. 96).

(dlouhodobé užívání nebo opakovaná předávkování dokonce mohou vyvolat epizodu připomínající schizofrenii i u jinak zdravého jedince). Zatřetí bylo na základě pitev mozku schizofreniků zjištěno, že se v něm vyskytuje nadměrný počet dopaminových receptorů (Wong a kol., 1986; Seeman a kol., 1993).

Vliv neuroleptik a amfetaminů na negativní příznaky už není tak dobře předpověditelný, ovšem stejně jako výkyvy směrem k pozitivním příznakům jsou tyto příznaky – apatie, oploštělé emoce, málomluvnost, potíže s pozorností, nepohyblivost nebo stažení se do sebe – patrně spojeny se strukturálním poškozením mozku. Zobrazovací studie mozku jedinců, kteří trpí schizofrenií zjistily zvětšení tzv. cerebrálních ventrikulů, což jsou prostory naplněné kapalinou, a tomuto stavu odpovídá zmenšení mozkové tkáně (Shelton & Weinberger, 1986; Raz & Raz, 1990). Čím je zmenšení větší, tím bývají symptomy horší. Je i docela možné, že mozku schizofreniků ruku v ruce se stárnutím ubývá na kvalitě. V pětileté longitudinální studii dvanácti dospívajících schizofreniků bylo metodou MR zjištěno, že postupem času dochází ke stále pokračujícímu úbytku šedé hmoty, především u jedinců, kteří měli výrazné příznaky (Thompson a kol., 2001). V další studii, při níž se porovnávalo sto padesát devět pacientů trpících schizofrenií se sto padesáti osmi kontrolními, zdravými probandy, přičemž věkové rozmezí bylo šestnáct až sedmdesát let, výzkumníci zjistili, že schizofrenici mají menší mozek. Rozdíl se zvětšoval s věkem, což by mohlo znamenat, že schizofrenie vyvolává progresivní úbytek šedé hmoty (Hulshoff a kol., 2002).

Na základě nových studií je možno říci, že schizofrenie je nervově-vývojová porucha, při níž dochází k narušení normálního vývoje mozku před narozením i po něm. Z tohoto názoru by vyplývalo, že poškození mozku v počátečních senzitivních fázích vývoje mohou zapříčinit nevelké poškození mozku, jež však zvyšuje zranitelnost jedince vůči rozvoji schizofrenie v období dospívání a v časně dospělosti. Tyto potíže mohou vzniknout v důsledku virové infekce, nedostatečné výživy, působení alkoholu a jiných toxických látek na plod, případně kvůli komplikacím při porodu (Brown 1999).

Psychologické faktory Sice bylo prokázáno, že schizofrenie má genetický podklad, přesto padesát čtyři procent jedinců, jejichž rodiče či jeden rodič trpí schizofrenií, této chorobě nepodlehne. Jinými slovy dědičnost zvyšuje riziko, ale sama o sobě není strůjem osudu. Na základě této domněnky vznikl model o náchylnosti a stresu (**model diatéza – stres**), podle něhož u lidí, kteří mají genetickou či získanou zranitelnost (diatézu), dochází při silném působení stresu k rozvoji schizofrenie (Meehl, 1962; Fowles, 1992; Walker & Diforio, 1977). A kteréže zkušenosti slouží jako spouštěcí mechanismus?

Výzkumní pracovníci ve Spojených státech, Kanadě, Izraeli, Finsku, Dánsku a Švédsku ve snaze zjistit faktory, na jejichž základě by bylo možno předpovědět, že jedinec onemocní schizofrenií, provádějí dlouhodobé studie, v jejichž rámci sledují děti ohrožené zvýšeným rizikem (tedy ty, které mají alespoň jednoho rodiče trpícího schizofrenií). Jejich životní zkušenosti se srovnávají se životem dětí z kontrolní skupiny (z rodin nezatížených diagnózou schizofrenie). Z dosavadních výsledků vyplývá, že vysoce rizikovní jedinci, u nichž se schizofrenie začíná rozvíjet, měli ve větším počtu porodní komplikace a nízkou porodní váhu. Rovněž bylo zjištěno, že byli ve vyšší míře v raném dětství odloučeni od matky, že jejich otec byl ústavně léčený kvůli duševní poruše, vyrůstali v prostředí plném konfliktů a napětí. Dále se zjistilo, že tyto děti mají menší rozsah pozornosti a uvádějí i problémy se spolužáky (Asarnow, 1988). Lze ale předpovědět, co budoucnost nabídne dětem z vysoce rizikových skupin? Možná ano. Když byly absolventům psychologie promítnuty amatérské filmy jedinců, u nichž se posléze rozvinula schizofrenie, a jejich zdravých sourozenců – přičemž se všichni vyvíjeli zcela normálně – osmasedmdesát procent správně odhadlo, které dítě daná choroba poskytne (Walker & Lewine, 1990).

Jako vždy je pochopitelné snažit se zjistit faktory, s jejichž pomocí lze předvídat nástup nějaké poruchy, než zjistit psychologické příčiny. Uvedme si proč. K tomuto účelu nám poslouží výsledky dvou klasických studií. Jsou velmi zajímavé, ovšem obtížně se interpretují. Zprvu bylo zjištěno, že se schizofrenie nejvíce vyskytuje v nejnižších socioekonomických vrstvách společnosti. Tento vzorec byl zjištěn ve studiích prováděných po celém světě, tudíž nebylo daleko k hypotéze, že schizofrenie je částečně zapříčiněna chudobou. Ale co když platí opačná posloupnost? Je možné, že by schizofrenie – právě kvůli tomu, že je pro ni příznačné rozsáhlé kognitivní poškození a sociální důsledky – spíše zapříčiňovala, že děti dříve odcházejí ze školy, dospělí přicházejí o práci a propadají se stále hlouběji do chudoby? Jako druhý příklad nám poslouží publikované výsledky pozorování, že rodiče schizofreniků se svými dětmi komunikují matoucí a nestandardním způsobem. Dané pozorování někdy vede k předpokladu, že narušená komunikace ústí v rozvoj schizofrenie. Znovu se však musíme ptát, zda je jednání rodičů příčina nebo spíš reakce na problémy, které mají s dítětem, u něhož se později objeví schizofrenie. Co tu bylo dřív: vejce, nebo slepice? Buď jak buď, zdá se, že k této ničivé nemoci přispívají jak biologické, tak i psychologické faktory.

Kontrolní otázky

- Uveďte pět základních příznaků schizofrenie.
- Vyjmenujte základní druhy schizofrenie.
- Jaké důkazy hovoří ve prospěch tvrzení, že se na rozvoji schizofrenie podílejí biologické faktory?
- Vysvětlete teorii vzniku schizofrenie na podkladě působení stresu (model diatéza – stres).

PORUCHY OSOBNOSTI

- Co jsou to poruchy osobnosti a jaké mají společné rysy?
- Co znamená, když někdo trpí hraniční poruchou osobnosti?
- Proč panuje tak velký zájem o disociální poruchu osobnosti?

Máte jedinečnou osobnost. Totéž platí o mně i o komkoli jiném. Všichni máme jedinečnou osobnost. Ve světě osobností s setkáváme s mnohými protipóly: někdo je nepořádný a někdo zase přehnaně pečlivý, totéž platí pro dvojice chladný – vznětlivý, zaměřený na sebe – altruistický, opatrný – prudký, samotář – extrovert. Jenže stane-li se, že někdo má nepružnou, nepřízpůsobivou osobnost, která má v běžných situacích velké problémy, hovoříme o diagnóze **porucha osobnosti** (Livesley, 2001; Millon, 1995).

poruchy osobnosti Skupina poruch vyznačující se neúměrně nepružnou a nepřízpůsobivou osobností.



OBHAJOBA NA ZÁKLADĚ NEPŘÍČETNOSTI

Sestatřicetiletá Andrea Yates v Houstonu ve státě Texas utopila všechny své děti. Bylo jich pět: Noah (7 let), John (5 let), Luke (3 roky), Paul (2 roky) a Mary (půl roku). Jedno dítě po druhém topila ve vaně. Držela jim hlavu pod vodou, dokud se nepřestaly hýbat. Nejstarší syn matku prosil, aby to nedělala, a snažil se utéct, jenže matka byla silnější. Dotáhla ho do koupelny a také ho utopila. Pak vytočila číslo na policii. Když policie dorazila na místo, přiznala se. Naprosto chladným, bezcitným tónem sdělila, že utopila všechny děti, aby se zbavila nadvlády satana a zabránila mu, aby si děti odvedl do pekla. Později se ukázalo, že Andrea Yates trpěla těžkou formou poporodní deprese, která se ještě zhoršila po narození posledního dítěte. V minulosti již byla hospitalizována, jednou jí byla nasazena neuroleptika, dvakrát se pokusila o sebevraždu. Yates předstupovala před porotu se žádostí o osvobozující rozsudek na základě duševní choroby. Proces trval čtyři týdny, jeho součástí byly odborné posudky psychiatrů i psychologů. 12. března 2002 vyřkla porota složená ze čtyř mužů a osmi žen konečný verdikt: byla příčetná a je vinna. Yates byla odsouzena na doživotí.

Byla Andrea Yates příčetná, nebo nebyla? Co vlastně pojem nepřičetnost v právu znamená? V první řadě si musíme uvědomit, že otázka, zda byla nepřičetná, je právní, nikoli psychologická. Nepřičetnost v tomto smyslu nespádá do žádné diagnostické kategorie, není obsažena v DSM-IV. V trestním právu však hraje důležitou roli. Jedinci obžalovaní z trestného činu mohou prohlásit, zda se cítí nebo necítí vinni, případně mohou prohlásit, že by neměli být postaveni před spravedlnost kvůli výjimečným okolnostem. Zákon má pro tyto případy řadu výjimek. Stane-li se, že někdo někoho zabije náhodou, nechtěně nebo byl k vraždě přinucen či jednal v sebeobraně, pak může žádat o zproštění viny. Zákon podobně umožňuje obhajobu na základě duševní poruchy, která má chránit před trestem jedince, kteří

nesou za čin morální odpovědnost, jelikož byli při činu duševně oslabeni (Golding, 1992).

V průběhu času dospěly soudy k různému vymezení nepřičetnosti. Velká Británie a Spojené státy v 19. století přijaly pravidlo, na jehož základě jsou obžalovaní z právního hlediska nepřičetní, pokud v důsledku duševní poruchy nevěděli, co dělají, nebo nedokázali posoudit nesprávnost činu. Oponenti namítali, že se taková definice příliš úzce vztahuje ke kognitivním schopnostem obžalovaného a vylučuje ty, kteří sice věděli, že dělají něco, co nemají, avšak nedokázali se ovládnout. Některé státy tudíž do zákona zařadily test „neodolatelnosti nutkání“. Na jeho základě jsou obžalovaní prohlášeni za nepřičetné, pokud nedokážou ovládat své chování. Byly navrženy i další definice, přičemž nejrozšířenější je v současné době ta, která slučuje tři základní prvky. Ve vzorovém trestním zákoníku se uvádí, že obžalovaný nezodpovídá za čin, pokud 1) k němu došlo v důsledku duševní poruchy, 2) jedinec nedokázal posoudit, že provádí něco špatného, 3) nedokáže jednat podle zákona. Ve státě Texas, kde byla Yates souzena, pracují soudci s užším vymezením nepřičetnosti: Obžalovaný je nepřičetný, pokud nedokáže rozlišit to, co je správné, od toho, co správné není. Jiná definice se nepřipouští.

Prohlášení obžalovaného o vlastní vině nebo nevině je neutuchajícím předmětem diskusí a sporů. Například v roce 1843 se Skot jménem Daniel M'Naughten pokusil o atentát na britského ministerského předsedu Roberta Peela a omylem zavraždil jeho tajemníka. M'Naughte trpěl perzekucními bludy a domníval se, že Peel proti němu zorganizoval spiknutí. Byl souzen a rozsudek zněl nevinen na základě nepřičetnosti. Veřejnost byla pobouřena. V roce 1981 John Hinckley ml. postřelil amerického prezidenta Reagana. Okamžitě byl zatčen. Střelbě přihlížely miliony televizních diváků. Hinckley byl souzen v okrese Columbia a i v tomto případě vynesla porota osvobozující rozsudek na základě nepřičetnosti.

Mezi poruchami uváděnými v DSM-IV patří poruchy osobnosti k těm nejpolemičtějším. Lidé s touto diagnózou – v populaci jich je pět až deset procent – nezahluje úzkost, deprese, nejsou zmatení a dokonce ani neztrácejí kontakt s realitou. A hlavně je, že vlastně ani nemají motivaci, aby se měnili. Problém tkví v tom, že jsou svazováni vlastními vzorci sebeobraných mechanismů, které se začínají hlásit ke slovu v dospívání a poté po celý zbytek života pouze tvrdnou jako sádra.

V DSM-IV je uvedeno jedenáct poruch osobnosti. Většina z nich má zajímavé příznaky, například se v tomto ohledu jedná o sociálně izolovanou a emocionálně odtažitou *schizoidní osobnost*, perfekcionistickou *obsedantně-kompulzivní osobnost*, přecitlivělou a podezřívavou *paranoidní osobnost*, melodramatickou *histrionskou osobnost*, která neustále prahne po pozornosti

četnosti. Veřejnost se znovu vzbouřila (Low a kol., 2000).

Lidé se pochopitelně obávají, aby si nepřičetnost nevydobyli skulinku v zákoně, již by pak řada pachatelů trestných činů unikala před trestem (Kirwin, 1997). Je takový strach oprávněný? Zamysleme se nad třemi otázkami: 1) kolik obviněných se odvolává na nepřičetnost?, 2) a kolik jich uspěje?, 3) kolik procent z těch, kteří jsou na základě nepřičetnosti osvobozeni, jich vyjde na svobodu? Eric Silver s kolegy (1994) porovnal názor veřejnosti oproti skutečným výsledkům v praxi a zjistil, že lidé roli nepřičetnosti v trestním právu silně nadhodnocují. Veřejnost se například domnívala, že sedmatřicet procent obžalovaných tvrdí, že byli nepřičetní, že čtyřicet čtyři procent těchto tvrzení je přijato a šestadvacet procent obžalovaných, jimž se při žádosti o zproštění viny na základě nepřičetnosti vyhovělo, odchází na svobodu. Ve skutečnosti však o uznání stavu nepřičetnosti žádá necelé jedno procento obžalovaných, z toho je šestadvacet procent přijato a patnáct procent jedinců z této dílčí skupiny je propuštěno na svobodu (ostatní jsou odesláni do psychiatrických ústavů). Když si všechna čísla sečtete, zjistíte, že veřejné mínění je vysoce nadsazené. Na každých tisících případů



druhých, dále sebestřednou *narcistickou osobnost*, pro niž je dominantou života vlastní ego; patří sem i *vyhýbavá osobnost*, která se tak bojí, že ji ostatní budou odstrkovat, že vlastně ani mezi ostatní lidi nechodí. Pozornost je ve velké míře věnována následujícím dvěma poruchám osobnosti: 1) hraniční osobnosti, která je vcelku běžná, a 2) disociální osobnosti, která, jak název napovídá, podniká křížové výpravy proti společnosti.

lidé odhadují, že je sto šedesáti třem obžalovaným vyhověno při žádosti o posouzení přičetnosti a že se následně dostává na svobodu čtyřicet sedm z nich. Jenže skutečnost je taková, že dva obžalovaní z tisíce uvádějí nepřičetnost jako vysvětlení svého jednání a pouze tři jedinci z deseti tisíc jsou propuštěni na svobodu. A ve většině případů jedinec, který byl označen za nepřičetného, stráví v ústavu přibližně tolik času, kolik by ho strávil ve vězení. Tento závěr potvrdily i další studie. Vyplynulo z nich, že obhajoba na základě nepřičetnosti je využívána jen zřídka a navíc ani nebývá úspěšná, byť si veřejnost myslí něco jiného (Lymburner & Roesch, 1999).

Navzdory morálním námitkám vůči obhajobě na základě nepřičetnosti a jejímu nepřilíš častému využívání, přetrvávají otázky kolem její aplikace v praxi. Řada obžalovaných, kteří jsou posouzeni jako nepřičetní, totiž simulují. Za účelem zvládnutí této překážky psychiatrii a psychologové sestavili posuzovací škály a řízené rozhovory, aby simulování včas odhalili (Hall & Pritchard, 1996; Rogers, 1997). Druhý problém spočívá ve skutečnosti, že soudci žádají o odborný posudek klinické psychologie a psychiatry, kteří mají praxi v diagnostice duševních poruch, ale neřeší problém zodpovědnosti za spáchání trestného činu. Asi vás nepřekvapí, že řada procesů, při nichž se rozhoduje o přičetnosti, je bitvou dvou protikladných názorů (Dawes a kol., 1989; Hagen, 1997).

Existují tedy nějaká konkrétní řešení problémů s nepřičetností? Na jedné straně je nelidské trestat jedince, kteří skutečně nejsou zodpovědní za své činy, na druhou stranu není možné, aby v trestním právu vznikla skulinka pro podvodníky a simulanty. Řada soudů v posledních letech uskutečnila reformu soudních procesů, aby byly podmínky pro propuštění na základě nepřičetnosti zpřísněny (Borum & Fulro, 1999). Účinky reformy na soudce a porotce sice zatím ještě nejsou známy, přesto je takřka jisté, že polemika týkající se nejasnosti vztahu mezi klinickou psychologií a zákonem nepoleví.

hraniční porucha osobnosti
Porucha osobnosti, pro níž je typická nestálost sebeobrazu, nálady a sociálních vztahů, včetně potíží s jednoznačnou identitou.

disociální porucha osobnosti
Porucha osobnosti vyznačující se opakovaným sebestředným, manipulativním a destruktivním chováním namířeným proti druhým lidem.

Komorbidity je spíše pravidlem než výjimkou. Výzkumníci ještě nevědí proč, přesto existuje jednoznačná souvislost mezi intenzivním kouřením a depresí.

Marilyn Monroe byla známá svou krásou a nebyvalým úspěchem, kterého dosáhla v Hollywoodu. Rovněž se o ní vědělo, že je nevyzpytatelná, impulzivní, nespolehlivá, nedá se s ní žít, a přesto nevydrží ani chvíli sama. Ve věku třiceti šesti let šokovala celý svět tím, že se předávkovala prášky na spaní. Podle toho, co víme o jejím životě, netrpěla úzkostí ani somatoformní nebo konverzní poruchou, neměla ani disociativní poruchu, nevykazovala příznaky schizofrenie. Někdy mívala depresi. Kdyby dnes žila, patrně by jí byla přičtena diagnóza **hraniční porucha osobnosti**, jíž trpí asi dvacet procent psychiatrických pacientů a tři až pět procent dalších jedinců.

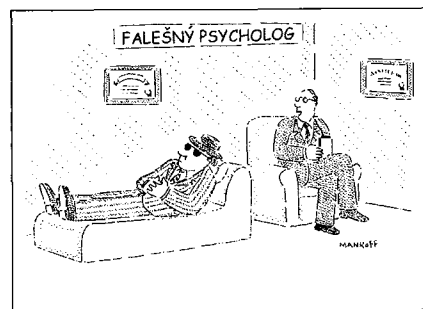
Hraniční osobnost se vyznačuje nedostatečně rozvinutou identitou, nestálostí sebeobrazu, nálad a proměnlivostí ve vztazích s ostatními. Lidé trpící touto poruchou (dvě třetiny tvoří ženy) příliš nevědí, kdo jsou, nevědí, co chtějí, čeho by chtěli dosáhnout v práci, jaké jsou jejich hodnoty, nemají jasno ve vztazích s druhými, v některých případech si nejsou jisti svou sexuální orientací. Nařikají si na pocity prázdnoty a nudy, nevydrží sami, pořád chtějí být s někým. Jenže při své naléhavosti se ke druhým upínají tak silně, že vztah dlouho nevydrží a zpravidla končí bouřlivými hádkami a neshodami. Tito pacienti jsou impulzivní, od problémů utíkají, perou se, vrhají se do letmých sexuálních vztahů s naprosto cizími lidmi. Ve snaze získat si pozornost druhých v žádném případě není výjimkou sebepoškozování. Při studii padesáti sedmi pacientů bylo zaznamenáno čtyřicet dva pokusů o sebevraždu, čtyřicet předávkování, třicet osm případů zneužití látek, třicet šest případů sebepoškozování (rozřezaná zápěstí, bouchání hlavou o tvrdé objekty, pálení kůže cigaretou, vytrhávání vlasů), třicet šest výskytů promiskuitního chování a čtrnáct dopravních nehod zapříčiněných bezohledným způsobem řízení (Gunderson, 1984, 2001). Na otázku, co je k takovému chování vede, jedinci trpící danou poruchou uvádějí, že se poškozují, aby se potrestali, odvedli pozornost, prožili alespoň nějaké emoce, dali průchod vzteku. Sebevraždy páchají proto, aby si jich všimli lidé, jimž je takové chování určeno (Brown a kol., 2002).

DISOCIÁLNÍ PORUCHA OSOBNOSTI

V knihách a filmech jako *The Silence of the Lambs* (v České republice uveden pod názvem *Mlčení jehňátek*) jsou zpodobňovány odměřené, kruté, vypočítavé osoby. Bohužel se nezřídka jedná o umělecké ztvárnění skutečných typů lidí. Tu a tam se v novinách a médiích objeví zpráva o trestném činu, nad nímž jen užasle kroutíme hlavou. Tři středoškolské studenty polili benzinem učitele a zapálili ho. Muž udeřil modelku do obličeje britvou, protože mu nechtěla dát dvě stě dolarů. Co je to za člověka, který dokáže provést takový hrůzný čin? Co je to za zrůdu v lidské podobě? V 19. století byli označováni jako morálně nepřičetní. Posléze se jim dostalo přízviska psychopati, následně sociopati. Dnes se chování a prožívání lidí, kteří jednají, jako by jim v žilách nekolovala krev, ale kousky ledu, kteří jednají výhradně ve vlastním zájmu, jsou nezodpovědní, ničící, na co přijdou a neberou sebemenší ohledy na druhé, označuje jako **disociální porucha osobnosti**.

Podle DSM-IV se disociální porucha osobnosti vyznačuje tím, že daní jedinci v dětství chodili za školu, utíkali z domova, zakládali požáry, ubližovali zvířatům, kradli, podváděli a prali se, v dospělosti jezdí bezohledně, půjčují si peníze, aniž by je vraceli, rvou se, v roli partnerů a rodičů se chovají naprosto nezodpovědně, nadměrně pijí a páchají trestné činy.

Tušíte, že člověk trpící disociální poruchou osobnosti si ani neudrží práci, o blízkém vztahu nemluví. Nejvýraznější příznak je ten, že tito lidé (osmdesát procent jsou muži) nemají svědomí, neprožívají pocity viny, nemají výčitky, jejich oběti jim ani v nejmenším není líto. Druhé využijí pouze pro vlastní potěšení nebo užitek a pak se jich zbaví. A mají-li „dar“ v podobě vysoké inteligence, nejsou to žádní pouliční výtržníci, nýbrž zábavní, manipulativní, okouzlující a nápadití falešníci, kteří dokážou nejednu ženu svést prázdnými slovy o lásce, lžou obchodním partnerům, aniž by hnuli brvou, z problémů se vždy spolehlivě a obratně vylžou (Cleckley, 1976; Hare, 1993; Lykken, 1995; Millon a kol., 1998). Na základě uvedených informací asi nikoho nepřes-



© The New Yorker Collection 1991. Robert Mankoff z cartoonbank.com. Všechna práva vyhrazena.

„Vydírání, podvádění a vražda sice jsou činy, které nejsou správné, přesto neznamenají, že jste špatný člověk.“

kvapí, že z výzkumů ve dvanácti státech vyplynulo, že čtyřicet sedm procent vězňů a jednadvacet procent vězeňkyň trpí právě touto poruchou, což je desetkrát větší výskyt než v běžné populaci (Fazel & Danesh, 2002).

Vědci dlouhá léta báдали nad tím, co disociální poruchu osobnosti způsobuje. Někteří zkoušeli vysledovat poruchu až do dětství s předpokladem, že tito jedinci pocházejí z rozvrácených rodin, mají rodiče, kteří se o ně příliš nestarali, a nevhodné vzory chování, takže neměli příležitost, aby se osobnostně i morálně vyvíjeli žádoucím směrem. Jiní měřili mozkové vlny a srdeční rytmus. Bylo zjištěno, že lidé trpící disociální poruchou osobnosti jsou méně vzrušiví než průměrná populace a že se i nenechají tak snadno vyvést z míry. Při působení elektrických šoků byli z fyziologického hlediska naprosto klidní. Totéž platilo pro vyhocené situace, pohled na křičící a plačící děti. Takovéto výjevy s nimi doslova a dopísmene ani nehnuly. Právě odolnost vůči uvedeným podnětům znamená, že se jen tak něčeho nebojí (Blair a kol., 1997; Patrick a kol., 1993). Chlapci, o nichž se uvádí, že se projevují antisociálně, mívali nižší hladiny kortizolu, hormonu spojeného se stresem, který se uvolňuje při strachu (McBurnett a kol., 2000). A ještě další výzkumníci uvádějí, že jedinci trpící disociální poruchou osobnosti nedokážou krotit impulzy, což ještě zhoršuje tendence v nadměrné míře konzumovat alkohol a další látky, po jejichž požití ztrácejí kontrolu (Myers a kol., 1998). Společnost trochu nachází útěchu ve skutečnosti, že takovéto antisociální osobnosti, které se vydají na cestu pachatelů trestných činů, po dosažení čtyřiceti let věku víceméně vyhoří a jejich trestná činnost se omezí (Hare a kol., 1988). (Viz *Psychologie a právo*.)

Kontrolní otázky

- Uveďte různé druhy poruch osobnosti. Co mají společného?
- Jaké příznaky se pojí s hraniční poruchou osobnosti?
- Jaké jsou hlavní projevy disociální poruchy osobnosti? Jaké faktory k této poruše patrně přispívají?

Psychologické úvahy o duševních poruchách

Duševní porucha znemožňuje jedincům, kteří jí trpí, aby se co nejefektivněji přizpůsobovali svému prostředí. V této kapitole jsme si uvedli šest typů duševních poruch, pro něž jsou typické různé příznaky: silná úzkost, tělesné potíže, disociace já od vzpomínek, vyhraněné nálady od euforie po depresi, ničení kognitivních funkcí schizofrenií, sebeobraně vzorce chování. Duševních poruch pochopitelně existuje mnohem víc, uvedme si alespoň jejich témata: spánek, sex, kontrola impulzů, zneužívání látek, vývoj. Je zřejmé, že žádná složka naší existence není imunní vůči selhání.

Poté, co jsme se seznámili se základními duševními poruchami, si uvedeme dvě poznámky, které nám pohled na ně ještě zkomplikují. Zaprvé je každá porucha sice uváděná samostatně, je zabalená v krabičce a označená, jenže lidé trpící jednou poruchou obvykle mají příznaky i další. Tento jev se nazývá komorbidity (Kendall & Clarkin, 1992; Kessler a kol., 1994). Ukazuje se, že padesát sedm procent jedinců trpících úzkostnou poruchou a osmdesát jedna procent trpících poruchou nálady zpravidla mají ještě další poruchu uvedenou v DSM (Brown a kol., 2001). A tak fobici obvykle mívají i obsedantně-kompulzivní poruchu, řada pacientů trpících generalizovanou úzkostnou poruchou mívá depresi. A depresivní jedinci zase mívají poruchy spánku, schizofrenici často zneužívají různé látky. Duševní poruchy ještě navíc nemívají zkratkovitou podobu. Deprese sice je porucha nálady, ale má i příznaky související s kognitivním výkonem. Schizofrenie bývá uváděna jako porucha myšlení, ovšem má značný vliv i na emoce.

Zadruhé se stává, že hranice mezi tím, co je a není normální, není přesně vymezena, nezakládá se na přesně stanovených kategoriích, spíše poukazuje na jednotlivé body

na kontinuu. A tak lidé, kteří jinak bývají spokojení, zdraví, najednou zpozorují příznaky duševní poruchy. Na tom není nic divného. Každý z nás určitě někdy měl příznaky paniky, fobické úzkosti, mánie i deprese. Asi každý z nás ví, co je to nespavost, když máme plnou hlavu problémů a nemůžeme si od nich ani na chvíli odpočinout. Známe i bezesné noci, když se bojíme o své zdraví nebo nás sužuje strach z terorismu a jiných hrozeb. Víme, jaké to je, když se na něco plně soustředíme, až ztratíme povědomí o svém okolí a místě i času, v němž se nacházíme. Někdy se nás mohou dotknout i závan schizofrenních příznaků, například rodiče, kteří slyší plakat svého novorozeného potomka, který spokojeně oddechuje v postýlce, jak záhy zjistí, právě zažili příznak sluchové halucinace. A člověk, který sám večerí v restauraci, přičemž se nechá vést domněnkou, že ho ostatní pozorují, prožívá jakýsi blud. Stručně a krátce řečeno duševní poruchy nepředstavují černobílé kategorie, ale nabízejí nám širokou paletu šedi. Vrátime-li se k diagnóze, můžeme ji charakterizovat jako posouzení intenzity, četnosti a délky trvání příznaků.

Jakmile je duševní porucha vymezená a zároveň odhalíme její příčinu, co bude dál? Musíme se vrátit k velké výzvě klinické psychologie: ke zvážení potenciálu pozitivní změny. V 15. kapitole jsme si uvedli, že osobnost bývá v průběhu dospělého života relativně stálá. Jak si ale máme poradit s problémy, které trápí tolik lidí? Jak naložíme s úzkostí a depresí? Lidem, kteří potřebují odbornou pomoc, se nabízí několik možností, především léky a terapie, ale mají k dispozici ještě další možnosti léčby. Na základě naděje a skutečnosti, že člověk může jinému člověku pomoci, aby se změnil, se budeme v následující kapitole zabývat právě léčbou.

Shrnutí

Psychické poruchy: všeobecný přehled

Duševní poruchy jsou značně rozšířené, a proto je důležité specifikovat je a rozlišovat jednotlivé druhy problémů, abychom zjistili, které faktory nás ohrožují.

CO JE A NENÍ NORMÁLNÍ

Termín **duševní porucha** je vysvětlován různě. Definice Americké psychiatrické asociace klade důraz na utrpení a dysfunkční chování a také na vnitřní příčinu, již nejsme schopni ovlivnit vůlí. Bez ohledu na definici je však nutné mít na paměti, že pomezí čára mezi normalitou a abnormitou není přesně stanovená.

MODELY ABNORMALITY

Lékařský model považuje za příčiny duševních poruch biologické faktory. **Psychologický model** směřuje příčiny poruchy do světa minulých i současných zkušeností a prožitků. **Sociokulturní model** zdůrazňuje roli kulturního kontextu, v němž jedinec žije a který se projevuje **syndromy vázanými na kulturu**. Můžeme je definovat jako opakující se vzorce maladaptivního chování, které jsou specifické pro určitou kulturu danou jejími členy a lokalizací.

DIAGNÓZA JAKO NEZBYTNÝ

KROK VPŘED

Proces stanovování **diagnózy**, tedy začleňování příznaků do kategorie duševních poruch a jejich pojmenování, je založen na manuálu **DSM-IV**. Diagnózy jsou nyní spolehlivější, než jak tomu bývalo v minulosti, přesto je nutné mít na paměti, že diagnostická nálepka může do vysoké míry ovlivnit způsob, jakým s pacientem ostatní jedná.

Úzkostné poruchy

Úzkost je vystupňovaná nervozita doprovázená tělesnými projevy, například bušením srdce nebo třesoucíma se rukama.

GENERALIZOVANÁ ÚZKOSTNÁ PORUCHA

Trvalý stav úzkosti bez konkrétního zdroje strachu je příznakem **generalizované úzkostné poruchy**. Z mezikulturních studií vyplývá, že fyziologické příznaky úzkosti jsou

univerzální, avšak kognitivní složka (konkrétní obavy a interpretace) se liší podle kultury.

PANICKÁ PORUCHA

Panická porucha se vyznačuje častými, náhlými a silnými návaly úzkosti bez zjevného důvodu. Nežádka ji doprovází **agorafobie**, strach z veřejných prostor. Příčiny jakou jak biologické, tak i psychologické.

FOBICKÁ ÚZKOSTNÁ PORUCHA

FOBICKÁ ÚZKOSTNÁ PORUCHA se projevuje silným a iracionálním strachem. **Izolovaná fobie** je vázaná na strach z konkrétního objektu, **sociální fobie** je spojená se strachem ze situací, v nichž jedince mohou pozorovat druzí lidé. Freud připisoval fobii úzkosti a skrytým impulzům; behavioristé kladou důraz na podmiňování a učení; další spojují fobie s evolučním naprogramováním.

OBSEDANTNĚ–KOMPULZIVNÍ PORUCHA

Jedince trpící **obsedantně-kompulzivní poruchou (OCD)** sužují obsese (neodbytné myšlenky) a kompulze (nutkavé chování). Psychoanalytici, behavioristé i psychologové zastávající biologický přístup nabízejí vlastní vysvětlení vzniku i způsoby léčby nemoci. U řady pacientů se s úspěchem používají antidepresiva.

KULTURNÍ VLIVY PŮSOBÍCÍ NA ÚZKOSTNÉ PORUCHY

Úzkost je univerzální reakce, ovšem její konkrétní podoby se zakládají na kultuře, v níž konkrétní jedinec žije. Některé úzkostné poruchy tudíž najdeme pouze v některých kulturách.

Somatoformní poruchy

Lidé trpící **somatoformní poruchou** mají tělesné příznaky založené na psychických příčinách.

HYPOCHONDRIE

Hypochondrie se vyznačuje nadměrnou obavou o vlastní zdraví, může se z ní stát celoživotní zaměření. Hypochondři jsou navíc velmi citliví vůči působícím podnětům.

KONVERZNÍ PORUCHA

Konverzní porucha je dočasná ztráta určité tělesné funkce bez fyzické příčiny. Je typická pro mladé ženy, ovšem v současnosti je mnohem vzácnější než před sto lety, kdy byla označována jako hysterie.

Somatoformní poruchy

Řada lidí zažívá stav, v němž si nemůže vybavit určité vzpomínky, případně si nepamatuje nic. Jde o příznaky **disociativní poruchy**.

AMNÉZIE A FUGA

Amnézie je částečná nebo celková ztráta paměti. K příčinám se řadí tělesné poškození, alkohol, traumatické zážitky. Vzácněji se vyskytuje v podobě **fugy**, což jsou stavy, kdy jedinec zapomene, kdo je, opustí domov a případně začne úplně nový život.

DISOCIATIVNÍ PORUCHA IDENTITY

Disociativní porucha identity, též mnohočetná porucha osobnosti, znamená, jak druhý název napovídá, že si jedinec vybuduje dvě či více osobností. U žen je tato porucha častější než u mužů a bývá spojována se zneužíváním v dětství. V současné době rychle přibývají nové případy, což vyvolává četné polemiky.

Poruchy nálady

V běžném životě poměrně často prožíváme změnu nálady. Existují však lidé, u nichž jsou zvraty dlouhodobé a intenzivní, takže jim byla diagnostikována **porucha nálady**.

VELKÁ DEPRESIVNÍ EPIZODA

Deprese je značně rozšířená porucha nálady. Je spojená s pocitem hlubokého smutku a zoufalství bez zjevné příčiny. Trvá nejméně dva týdny. K dalším příznakům patří problémy se spánkem, ztráta chuti k jídlu, pocitem bezcennosti a beznaděje, ztráta energie.

Ze studií dvojčat vyplývá, že deprese má genetický podklad. Původní výzkumy kladly důraz na roli neurotransmiterů, nyní se spíše přikláníme k větší propojenosti biologických a psychických faktorů.

Freud na depresi pohlížel jako na reakci na ztrátu; behavioristé ji vztahují k naučené bezmocnosti, předpokladu jedince, že stejnou situaci nijak neovlivní. Sociálně kognitivní odborníci uvádějí, že lidé trpící depresí se vyznačují

depresivním vysvětlujícím stylem, tendencí připisovat negativní události vnitřním, univerzálním a stálým faktorům. Navíc předpokládají, že je nemohou změnit. Humanistické teorie pohlížejí na depresi jako na neúspěch při dosahování seberealizace.

ZAČAROVANÝ KRUH DEPRESE

Depresivní lidé se nezdávkou chovají tak, že se jich druzí straní. Takové odmítnutí dále prohlubuje depresi a vzniká začarovaný kruh.

SEBEVRAŽDA: KONEČNÉ

„ŘEŠENÍ“

Tři čtvrtiny sebevražd páchají depresivní lidé. Baumeister vnímá sebevraždu jako „útěk od vlastního já“ do zapomnění. Z klinického pohledu je nejzřetelnějším prediktorem stupně prožitku beznaděje. Příznaky potenciálních úvah o sebevraždě zahrnují depresi, zneužívání různých látek, poznámky o smrti a předchozí pokus.

BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ PORUCHA

Lidé trpící **bipolární afektivní poruchou** prožívají prudké změny nálad od deprese až po extrémní mánie (euforický stav spojený s nadměrnou aktivitou). Touto poruchou trpěla celá řada známých umělců a právě manické fáze patrně byly obdobím, kdy vznikla jejich jedinečná díla. Jenže mánie se po čase vymyká kontrole, ústí v bludy, riskantní a nepatřičné chování. Bipolární afektivní porucha bývá vztahována k depresi, ovšem má silnější genetický podklad.

Schizofrenie a schizofrenní poruchy

Schizofrenní poruchy se vyznačují silně narušeným myšlením a vnímáním a také ztrátou kontaktu s realitou. Vyskytují se ve srovnatelné míře u žen i mužů, ačkoli ženy zpravidla onemocní v pozdějším věku než muži; s těmito poruchami se setkáváme na celém světě.

PŘÍZNAKY SCHIZOFRENIE

Hlavními příznaky schizofrenie jsou nesouvislé myšlení a nesouvislá řeč, **bludy** (mylná přesvědčení), **halucinace** (smyslové zážitky bez přítomnosti podnětu), narušené emoce (oploštělost, přehnaný projev, nepřiléhavé emoce), bizarní chování.

DRUHY SCHIZOFRENIE

DSM-IV uvádí pět hlavních druhů schizofrenie: hebefrenní, katatonní, paranoidní, nediferencovanou a reziduální. Výzkumníci zjistili, že se současně vyskytují dva druhy příznaků. Pozitivní jsou zastoupeny nadměrným výskytem některých vzorců chování (bludy a halucinace), negativní jsou zastoupeny útlumem chování (oploštělost emocí, stažením se do sebe). Většina pacientů mívá oba druhy příznaků.

TEORIE SCHIZOFRENIE

Studie rodin, dvojčat a adoptovaných dětí dospěly k závěru, že schizofrenie má genetický podklad, který úzce souvisí s nedostatkem neurotransmiteru dopaminu či strukturálním poškozením mozku. Svou roli hrají i psychologické faktory. Některé důkazy podporují model diatéza – stres, podle kterého jedinci s genetickou nebo získanou zranitelností organismu sklouzávají do schizofrenie, musejí-li čelit silnému stresu.

Poruchy osobnosti

Jedinec vyznačující se vyhraněně rigidní a nepřizpůsobivou osobností trpí **poruchou osobnosti**.

HRANIČNÍ PORUCHA

OSOBNOSTI

Lidé trpící **hraniční poruchou osobnosti** nemají dostatečně silnou identitu, potřebují být v přítomnosti druhých, jednajíc impulzivně a jsou náchylní k sebepoškozování.

DISOCIÁLNÍ PORUCHA

OSOBNOSTI

Osmdesát procent jedinců trpících **disociální poruchou osobnosti** tvoří muži. Tato porucha je spojená se sebeštědností, manipulativním a destruktivním chováním ke škodě druhých lidí, aniž by se u dotčených jedinců objevovaly pocity viny.

Poruchy představené v této kapitole jsou sice považovány za samostatné kategorie, přesto lidé trpící jednou poruchou obvykle mívají příznaky i další duševní nemoci. Tomuto jevu se říká **komorbidita**.

Klíčové pojmy

psychická porucha (str. 579)
lékařský model (str. 581)
psychologický model (str. 581)
sociokulturní model (str. 581)
syndromy vázané
na kulturu (str. 582)
diagnóza (str. 582)
DSM-IV (str. 582)
generalizovaná úzkostná
porucha (str. 586)
panická porucha (str. 587)
agorafobie (str. 587)
fobická porucha (str. 588)
izolovaná fobie (str. 588)

sociální fobie (str. 588)
obsedantně-kompulzivní porucha
(OCD) (str. 590)
somatoformní porucha (str. 593)
hypochondrie (str. 593)
konverzní porucha (str. 594)
disociativní porucha (str. 596)
amnézie (str. 596)
fuga (str. 596)
disociativní porucha
identity (str. 596)
porucha nálady (str. 599)
deprese (str. 599)
naučená bezmocnost (str. 601)

depresivní vysvětlující styl (str. 601)
bipolární afektivní
porucha (str. 604)
schizofrenní poruchy (str. 605)
bludy (str. 609)
halucinace (str. 609)
model diatéza – stres (str. 613)
poruchy osobnosti (str. 613)
hraniční porucha
osobnosti (str. 616)
disociální porucha
osobnosti (str. 616)
komorbidita (str. 617)

Klíčové úvahy o duševních poruchách

1. Zamyslete se nad zásadními kritikami psychiatrických diagnóz. Proč vlastně psychologové i nadále používají diagnózy? Jak by bylo možno vzniklé problémy zredukovat?
2. Je úmysl jedince, že si vezme život, příznakem duševní poruchy? Mělo by být lidem umožněno, aby spáchali sebevraždu, pokud si to přejí? Proč ano, nebo proč ne?
3. Většina jedinců trpících hraniční poruchou osobnosti jsou ženy, naopak většinu případů disociální poruchy

osobnosti reprezentují muži. Proč dochází k takovým rodovým rozdílům?

4. Na základě tří pohledů na abnormalitu zkuste vysvětlit častý výskyt komorbidity.
5. Vraťte se zpět k teoriím osobnosti v předchozí kapitole a zkuste s jejich pomocí vysvětlit disociální poruchu osobnosti.
6. Zamyslete se nad kontroverzí doprovázející obhajobu na základě nepřičetnosti. Jak na tuto skutečnost nahlížíte vy?