

Psychologie

I Obecná a vývojová psychologie

Anotace předmětu:

Předmět je koncipován jako teoreticko-praktický. Seznamuje studenty se základní psychologickou terminologií, s psychickými procesy a jejich charakteristikou, s psychologickými teoriemi osobnosti, s poznatky o citovém prožívání, kognitivních procesech a chování člověka. Poskytuje informace o typických způsobech prožívání, uvažování i chování v jednotlivých fázích lidského života. Předmět formuje vztah k povolání, rozvíjí profesní kompetence a učí studenty aplikovat psychologické teorie v praxi.

Garant předmětu:

doc. PhDr. Karel Hnilica, CSc.

1 Obecná psychologie

V této studijní opoře se seznámíme se základy tří hlavních psychologických disciplín – *obecné psychologie*, *vývojové psychologie* a *psychologie osobnosti*. Samostatná opora je pak věnována psychologii zdraví. V první části se budeme věnovat **obecné psychologii**.

1.1 Předmět a metoda psychologie

1.1.1 Definice psychologie

Psychologie je definována jako věda studující chování a prožívání individuálních živých organismů. Chováním se zde zpravidla míní zvnějšku pozorovatelné jevy, prožíváním se původně chápaly bezprostřední danosti vědomí, případně jevy pozorovatelné pouze tzv. vnitřním zrakem, *introspekci*. Jak však uvidíme, dnes se tento pojem rozšířil. Mezi hlavní kategorie chování patří například agresivní nebo altruistické chování, mezi hlavní kategorie prožívání patří vnímání, myšlení, city a snahy.

1.1.2 Hlavní přístupy k předmětu psychologie

Jako každá věda užívá i psychologie při studiu individuálních organismů *vědecké metody* a usiluje o výstavbu *vědecké teorie*, která poskytuje vysvětlení psychologických faktů. Jednotlivé psychologické směry se liší především v tom, které jevy uznávají za vědecké fakty. Podle některých psychologů jsou spolehlivými a validními pouze fakty, které se vztahují k pozorovatelnému chování organismu. Jiné teoretické směry uznávají jako vědecké fakty i fenomény vědomí.

Někteří autoři při vymezování pojmu psychologie hovoří *pouze o chování*. Svoji pozornost pak zaměřují především na procesy, které vedou k relativně trvalým změnám chování, tedy na procesy *učení*. Tento přístup je označován jako **behaviorismus** (anglické *behaviour* znamená chování). Nemusí se přitom nutně říkat zkoumání prožívání; i poskytování zpráv o prožívání je chováním. Proto se v současné době termínem *chování* často označují i jevy jako jsou myšlení nebo city (**neobehaviorismus**), respektive *výpovědi* o nich.

Někteří jiní autoři se zaměřují na *obsahy vědomí*, které jsou získány pomocí *introspekce* (například **strukturalismus**), někteří jiní autoři se pokouší vytvořit teoretické rekonstrukce těchto prožitků (**kognitivní psychologie**).

Někteří autoři zdůrazňují, že psycholog nemá přístup k bezprostředním danostem vědomí zkoumaných osob, ale pouze k jejich výpovědím o těchto danostech. Ty však mohou být značně zkreslené vlivem nejrozmanitějších *nevědomých procesů* (**dynamická psychologie**, například **psychoanalýza**).

Vcelku tedy můžeme dospět k závěru, že současná psychologie je vědou o *prožívání a chování*. Prožívání zde ale není redukováno ani pouze na vědomé či uvědomované procesy. Psychologie zpravidla *nestuduje* chování nadindividuálních celků, ani chování těch organismů, u kterých vylučuje možnost prožívání (například rostlin). Jako věda studující živé organismy nevěnuje svoji pozornost ani chování, paměti a způsobům práce s informacemi, s nimiž se setkáváme u počítačů a jiných neorganických systémů.

1.1.3 Metody psychologie

Při výstavbě teorie psycholog zpravidla postupuje v sérii kroků, které můžeme označit jako hlavní etapy výzkumu. Stručně je můžeme vyjádřit tímto obrázkem:



Obrázek 1 Hlavní etapy výzkumu.

Volně podle: Runkel, P.J., McGrath, J.E. (1972) *Research on Human Behavior*. New York: Holt, Rinehart and Winston.

Výzkum začíná zpravidla nějakou teoreticky významnou **otázkou**. Badatel na ní předloží odpověď, jejíž správnost bude ověřovat v průběhu šetření (**hypotézu**). Pak zvolí výzkumnou strategii, kterou pokládá za nejvhodnější. Mezi nejčastěji používané strategie patří **laboratorní experiment**, **pozorování v přirozených podmínkách** a **anketa**. Každá z těchto strategií má své slabé a silné stránky. Například laboratorní experiment nám umožňuje dospět k závěru, co je čeho příčinou, tj. umožňuje analyzovat *kauzální souvislosti*. Experimentátor pak rozlišuje proměnné, které pokládá za příčiny (tzv. *nezávisle proměnné*), a které pokládá za důsledky (tzv. *závisle proměnné*). Předností ankety je oproti tomu například to, že můžeme získat data od *representativních souborů respondentů*. Z těchto souborů svá zjištění může zobecnit na celou populaci. Pozorování v přirozených podmínkách je nezaměnitelné ke zjištění toho, jak se lidé chovají ve svém přirozeném prostředí, například doma, ve škole, v zaměstnání atd. Tyto poznatky bývají označovány jako *ekologicky validní*. Rozhodne-li se badatel pro určitou strategii, volí dále techniky, jimiž bude své hypotézy tzv. **operacionalizovat**. V praxi tento krok nejčastěji znamená volbu u určitých nástrojů k **měření proměnných**. V experimentu se musí badatel navíc rozhodnout pro způsob **manipulace**

nezávisle proměnných – například podá pokusným osobám dávku adrenalinu, nebo je určitým způsobem frustruje. K nejčastějším způsobům měření proměnných patří *dotazníky* (například osobnostní dotazníky, zájmové dotazníky), *posuzovací škály* a nejrozmanitější *testy* (například testy inteligence nebo testy znalostí). Použité techniky musí být dostatečně *spolehlivé* (reliabilní) a *validní*. Reliabilita znamená, že při opakovaném měření poskytuje nástroj stejné výsledky. Validita znamená, že nástroj měří, to co měřit má. Součástí tohoto kroku je rovněž vytvoření **vzorku osob**, se kterým bude badatel pracovat.

V dalších krocích psycholog realizuje výzkum a získané údaje – pokud je to nutné – převádí do podoby číselných dat. Ty pak analyzuje pomocí **statistických postupů**. Testuje statistické hypotézy, které se zpravidla týkají vztahů mezi proměnnými nebo rozdílů v jejich průměrech. Mezi nejčastěji používané procedury proto patří korelační a regresní analýzy (analýza vztahů mezi proměnnými) a analýza rozptylu (analýza rozdílů mezi průměry). Na základě testování statistických hypotéz dospívá k **závěrům**, což jsou vlastně odpovědi na jeho původní otázky.

1.2 Senzorické procesy

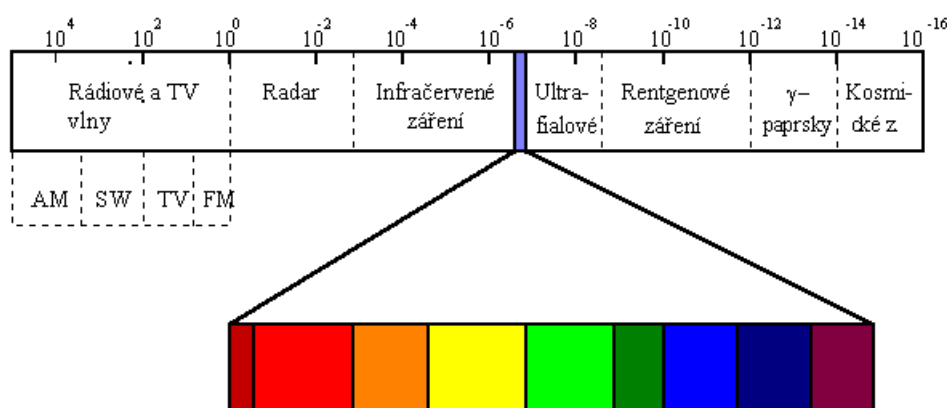
V této části se věnuje elementárním procesům, které se účastní především vidění a slyšení.

1.2.1 Zrak

Podněty

Světlo je formou energie zvanou *elektromagnetické záření*. Elektromagnetické záření vzniká oscilací elektricky nabitých částí hmoty. K základním vlastnostem světla patří **vlnová délka**, která určuje prožitek *barvy*, a **amplituda (intensita)**, určující prožitek *jasnosti*. U složených vln určuje navíc **homogenost záření** *sytnost barvy*. My ovšem nikdy nevidíme energii, vlnovou délku, amplitudu ani světlo – jde o teoretické konstrukty, umožňující vysvětlení našich zážitků. My máme zkušenost pouze s barvami a jasnem.

Viditelné světlo je pouze částí spektra elektromagnetického záření v rozpětí **380-760 nm**.



Obrázek 2 Vlnové délky elektromagnetického záření (□).

Zdroj: Autor

1.2.2 Zraková soustava

Energii tohoto záření působí na naši zrakovou soustavu, již tvoří oči, odpovídající části mozku a spoje mezi nimi.

Oko

Oko sestává ze dvou systémů, z nichž jeden vytváří obraz objektu na sítnici a druhý převádí tento obraz na elektrické impulsy.

Oční koule

Oční koule je složena ze tří vrstev, jimiž jsou

- **Vnější vrstva** (bělma a rohovka)
- **Střední vrstva** (živnatka: cévnatka, řasnaté těleso, duhovka a čočka); mezi rohovkou a duhovkou (v tzv. přední oční komoře) je *komorový mok*; mezi čočkou a sítnicí (v tzv. zadní oční komoře) je *sklivec (corpus vitreum)*.
- **Vnitřní vrstva – sítnice** (retina; je široká asi 0,3 mm). Sítnice je sama několikavrstvá blána (10 vrstev); mezi hlavní vrstva se řadí:
 - vnitřní pigmentová vrstva
 - vrstva tyčinek a čípků
 - vrstva bipolárních buněk (a buněk horizontálních a amakrinních)
 - vrstva gangliových buněk
 - vnitřní a vnější plexiformní vrstva (vrstvy synapsí)

Místem nejcitlivějšího vidění je tzv. *žlutá skvrna (macula)*, která je umístěna v přímé ose se zornicí. Její střed tvoří *fovea*. **Fovea** leží uprostřed sítnice. Měří pouze několik desetin milimetru čtverečních. Gangliové a bipolární buňky jsou vychýlené stranou, takže fovea je napěchována pouze čípků. Tyčinky se v ní vůbec nevyskytují. Je specializovaná na detailní vidění.

Mimo foveu převažují tyčinky, které jsou specializované na hrubé, černo-bílé vidění.

(1) Foveální vidění: Dívejte se ze vzdálenosti cca 50 cm na obrazovku TV. Soustředte se na jednotlivé barevné body, ze kterých sestává obraz, nikoliv na samotný obraz. Uvidíte malou kruhovou oblast, v níž můžete rozlišit jednotlivé body. Jde o oblast, která je promítána do fovey. Mimo tuto oblast skvrny splývají.

(2) Okrajové (tyčinkové) vidění: Dívejte se před sebe a vezměte naslepo jedno z barevných per. Pomalu ho přesunujete do okrajové oblasti vidění zpoza hlavy. Při tomto periferním vidění nebudete schopni určit barvu, detaily, ani to, zda se pero pohybuje nebo ne (jde-li o pomalé pohyby).

Zraková ostrost je nejlepší v oblasti maculy (informace o tom, co se děje). **Citlivost** je vyšší na periférii (informace o tom, že se něco děje).

Z gangliových buněk vybíhá oční nerv, který dává v místě svého východu z oční koule vzniknout tzv. **slepé skvrně**.

Fotoreceptory

Tyčinky a čípků obsahují chemické látky, tzv. fotoreceptory, které pohlcují světlo. Tyto fotoreceptory zpracovávají jednotlivá kvanta světelné energie – fotony. Každý foton má specifickou energii v závislosti na frekvenci.

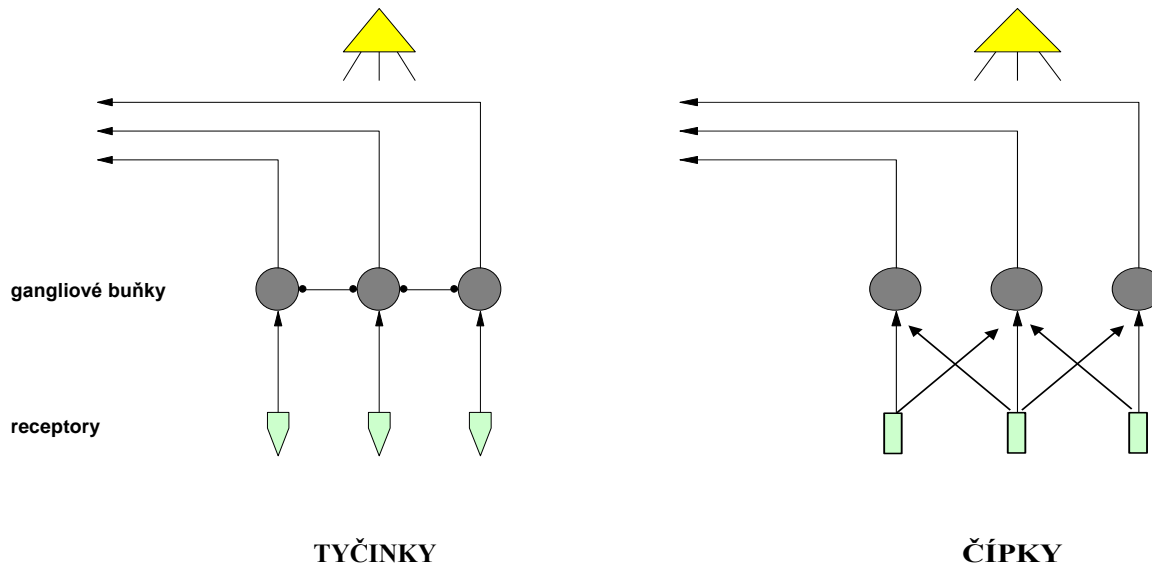
Tyčinky jsou velmi citlivé, reagující na dopad jednotlivých fotonů. V lidském oku je jich asi 130 000 000. Nejsou schopné jemně diferencovat, vedou k šedému, hrubému obrazu. Jsou umístěné v okrajových částech sítnice, nikoliv ve žluté skvrně.

Čípků jsou naopak soustředěné ve žluté skvrně, zejména v jejím centru. Nejsou tak citlivé na jednotlivá kvanta světelné energie, ale umožňují jemné rozlišování. V lidském oku je asi

7 000 000 čípků, které se dále dělí podle frekvencí, na něž jsou nejcitlivější (červená, zelená, modrá), na **tři odlišné druhy**,

Procesy na sítnici

Tyčinky a čípky se odlišují ve způsobu propojení s gangliovými buňkami. Schematicky tyto rozdíly vyjadřuje obrázek.



Obrázek 3 Propojení fotoreceptorů s gangliovými buňkami.

Podle: Atkinson, R.L. et al. (2003) *Psychologie*. Praha: Portál.

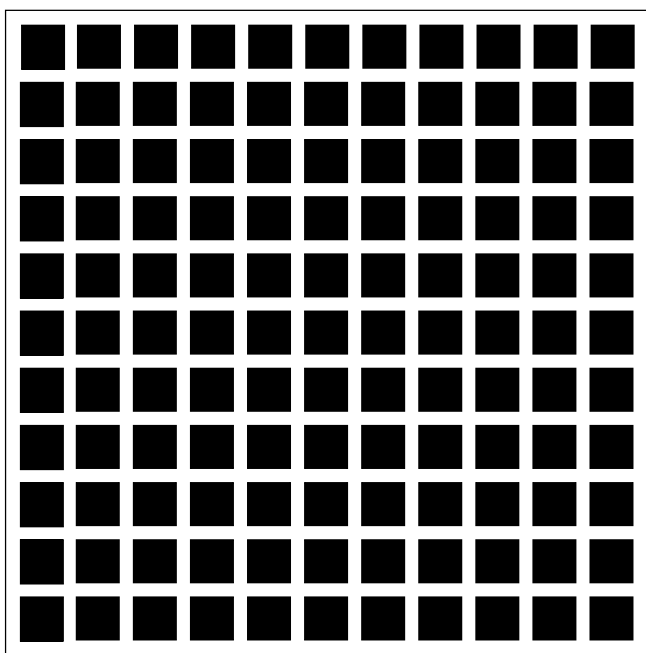
Každý **čípek** je spojen pouze s jednou gangliovou buňkou. Pokud začne působit světlo na čípek, zvýší se aktivita příslušné gangliové buňky a současně se snižuje aktivita sousedící gangliové buňky. Na tom se podílejí patrně amakrinní buňky. Zároveň je každá gangliová buňka propojená prostřednictvím dlouhého axonu se zrakovou oblastí v mozku. Signál z této buňky je tedy – ve srovnání se signály z okolních buněk – velice ostrý.

Všechny tři **tyčinky** aktivují současně všechny tři gangliové buňky, patrně pomocí propojení horizontálními buňkami. V tomto případě však aktivita jedné gangliové buňky neinhibuje aktivitu buněk sousedních. V tomto případě je spolehlivěji zajištěno, že se signál dostane až do mozku, neboť putuje paralelně třemi axony, avšak na úkor možnosti přesné lokalizace části obrazu, která signál vysílá.

Vnímání tvarů

Smyslová zkušenost spojená s vnímáním tvarů je dána způsobem, jakým zrakové neurony zaznamenávají informace o světle a tmě. Nejprimitivnějším prvkem zrakového tvaru je hrana či kontura, tedy oblast, kde dochází ke změně světlejšího úseku v tmavý nebo naopak. Jeden z prvních vlivů na zaznamenávání těchto přechodů má způsob integrace gangliových buněk na sítnici. Účinky těchto interakcí gangliových buněk můžeme sledovat na tzv. Hermannově mřížce. Když se na ni podíváme, uvidíme v místech, kde se bílé čáry oddělující černá políčka kříží, šedé skvrny. Zaměříme-li však svoji pozornost na jedno konkrétní místo, kde se tyto čáry kříží, šedá skvrna zmizí.

Tento efekt je vysvětlován složitou interakcí gangliových buněk.



Obrázek 4 Hermannova mřížka.

Zdroj: Gleitman, H., Gross, J., Reisberg, D. (2010), *Psychology*. New York: Norton.

Intenzita světla a teorie dvojího vidění

Běžné denní vidění je zprostředkováno především čípkami; výsledkem je barevné vidění. Naopak vidění za tmy je zprostředkováno především tyčinkami. Jeho výsledkem je ovšem vidění nebarevné.

Vnímání barev

V sítnici existují tři odlišné typy čípků. Každý z nich je nejcitlivější na odlišnou vlnovou délku (modrou, zelenou a červenou – 450 nm, 525 nm a 555 nm). Podle některých autorů je kvalita barvy kódována jako celkový vzorec aktivit všech tří typů receptorů.

Projekce v CNS

Několik přilehlých tyčinek má společnou gangliovou buňku a tedy i společné zrakové nervové vlákno. Oproti tomu má každý čípek – alespoň foveální čípek – svoji vlastní gangliovou buňku a svoji vlastní oddělenou dráhu až do mozku.

Bipolární a gangliové buňky zabezpečují prvotní zpracování informací. Pouze gangliové (a některé amakrinní) buňky reagují na světlo akčními potenciály. Ostatní buňky reagují změnou potenciálu. Nejsou tedy pouze převodovými kanály, ale rovněž jedním z prvních stupňů zpracování vizuálního obrazu.

Z gangliových buněk jsou axony vedeny v očním nervu (II. nerv hlavový). Oční nervy se kříží v chiasmě, takže levé poloviny obrazu z obou očí se projektují do levé hemisféry a pravé poloviny obrazu z obou očí se promítají do pravé hemisféry.

Dalšími centry zpracování jsou thalamus (LGN), týlní lalok (v okolí ostruhové brázdy) a spánkový lalok.

1.2.3 Sluch

Podněty

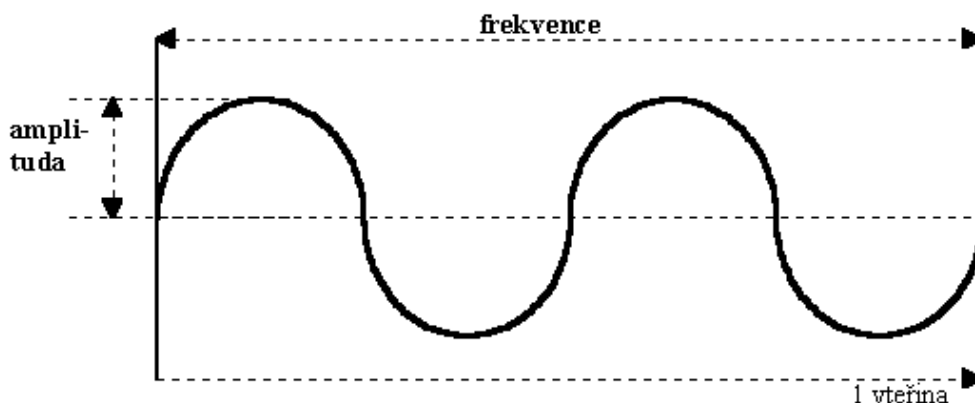
Zvuk je formou energie; jde o **mechanické vlnění** šířící se pružným prostředím (plyny, kapalinami atp.). Ve **vakuu** se zvuk nešíří (budík ve vakuové nádobě neslyšíme). Hlavními **zdroji** zvuku jsou různé vibrující předměty – struny, zvony, membrány, hlasivky atp.

Šíření zvuku je obdobou šíření *vln na moři*. Rozlišuje se u nich

- *frekvence* – rychlost, kterou jdou vlny za sebou (jejich „hustota“)
- *amplituda* – výška vlny (a tedy i síla, se kterou naráží vlna na překážky).

Při šíření plyny (vzduchem) jde o periodické zhušťování a zředování molekul vzduchu. Podobně jako se vlní voda a molekuly vody zůstávají na místě (pohybují se kolem středové hodnoty), zůstávají při šíření zvuku na místě molekuly a částice vzduchu. Jde o neustálé zhušťování a zředování.

U jednoduchého zvuku rozlišujeme *frekvenci a amplitudu*, jež my slyšíme jako *výšku a hlasitost* tónů, případně jeho *barvu* (jde-li o složené vlny).



Obrázek 5 Zvuková vlna.

Zdroj: Autor

Frekvence vln určuje **výšku** tónu. Zvuk s pravidelným kmitočtem (sinusoidou) vnímáme jako *tón*, zvuk s nepravidelným kmitočtem jako *šum, praskot, šelest, třesk* atp.

Amplituda vlny určuje **intenzitu** zvuku a tedy **hlasitost** tónu. Ukazuje se, že například zvuk 100 houslí slyšíme pouze dvakrát hlasitěji než zvuk 10 houslí. Naše subjektivní škála je tedy logaritmickou funkcí při základu 10. Tato jednotka se označuje jako *bel*. Běžně se pracuje s desetinou belu, tj. s *decibelem*.

Sluchová soustava

Sluchový systém tvoří zevní, střední a vnitřní ucho, odpovídající části mozku a spoje mezi nimi.

Zevní ucho

Zachycuje zvukové vlny a soustřeďuje jejich pohyb na bubínek, což je pružná membrána s plochou cca 55 mm^2 . Ušní boltec a zvukovod rezonují na frekvencích 2000-5000 Hz.

Střední ucho

Tvoří je kladívko, kovadlinka a třmínek – kůstky, které slouží k *zesílení* energie mechanického vlnění bubínku a k převodu této energie na oválné okénko hlemýždě, tedy k převodu mechanické energie vzduchu v kinetickou energii kapaliny uvnitř hlemýždě.

Vnitřní ucho

Hlavní částí je hlemýžď, což je cca 5 x 9 mm velký šnek se 2,5 závitů, který roztažený měří cca 3 cm. Dochází v něm k rozkmitání kapaliny a tím k rozkmitání určitých částí basilární membrány a některých úseků citlivých buněk, které jsou zakončené jemnými chloupky. Těchto buněk, které patrně přeměňují mechanickou energii pohybu membrány v elektrické vzruchy nervů, je v Cortiho orgánu ve vnější řadě cca 120 000 a v řadě vnitřní cca 35 000. K jejich podráždění dochází zřejmě na základě jejich styku s krycí membránou, která se prostírá nad nimi. Místem a počtem podrážděných buněk se vysvětluje výška a hlasitost tónu.

Podle jedné teorie fungují příčná vlákna basilární membrány jako struny, které jsou naladěné na různé frekvence. U základny hlemýžďe je tato membrána užší a proto citlivější na vyšší frekvence, u konce širší a tedy citlivá na nízké frekvence. Na basilární membránu přiléhající smyslové buňky Cortiho orgánu narážejí na krycí membránu a tím se aktivizuje jejich potenciál.

Projekce v CNS

Samotné vlasové buňky fungují podobně jako tyčinky a čípky v sítnici. Nevysílají přímo impulsy, ale fungují na základě chemické depolarizace. Tyto buňky nemají vlastní axony, které by je spojovaly s navazujícími neurony. Jsou na ně naopak napojené dendrity neuronů, které mají svá těla v struktuře zvané *spirální ganglion*. (Ganglion = skupina těl neuronů mimo CNS.) Axony těchto neuronů se stávají součástí *VIII. mozkového nervu*. Tento nerv pokračuje do *prodloužené míchy* (CN - SOC - NLL - IC), *zadního páru čtverohrbolí*, *thalamu* (MGN) a projekčních oblastí kortexu (*spánkové laloky*).

Prahy pro výšku a hlasitost tónu

Frekvence lidmi slyšitelných vln je v rozpětí 20 Hz až 20 000 Hz. Slyšíme tedy v rozpětí cca 10 oktáv.

Horní práh však ve stáří klesá, takže staří lidé neslyší vysoké tóny (např. cvrkání cvrčků). Nikdo z nás také nikdy neslyšel ptačí zpěv v celém rozsahu, neboť ptáci slyší a pějí i ve vyšších frekvencích než je 20 kHz. Netopýři, delfíni, velryby, včely a jiní tvorové slyší dokonce frekvence blízko 100 kHz.

Absolutní prahy jsou závislé nejen na **frekvenci**, ale rovněž na **intenzitě** zvuku. Ucho je *nejcitlivější pro frekvence 1000 - 4000 Hz*, tedy pro relativně vysoké tóny (cca jednu oktávu nad vysoké c sopránů). Na obě strany spektra pak citlivost klesá, tj. k vyvolání počitku musíme použít podnět výrazně vyšší intenzity. Nižší prahy pro frekvence v tomto pásmu by vedly k tomu, že bychom slyšeli například i vlastní dech a cirkulaci krve.

Pokud jde o hlasitost, je horní práh slyšitelnosti stanoven na 130 dB. Tento práh je přitom definován pocitem bolesti, pícháním v uchu atp., nikoliv tím, že bychom hlasitější tóny přestali „slyšet“ (nemáme-li na mysli ohluchnutí).

Fóny

Subjektivnímu pocitu konstantní hlasitosti podnětu ale odpovídají odlišné hodnoty amplitudy v závislosti na frekvenci. Například je pro nás subjektivně stejně hlasitý tón o 50 dB a 1000 Hz jako tón o 70 dB a 200 Hz. Tato pásma subjektivně stejné hlasitosti se označují jako **fóny (Ph)**. Proto poslech hlubokých tónů vyžaduje zesílení intenzity; a naopak – při tichém poslechu hudby se nám zdá, že chybí basy. Moderní stereofonní přístroje umožňují přidávat „extrabasy“ při zachování nízké hlasitosti, resp. bez nutnosti měnit hlasitost.

1.2.4 Ostatní smysly

Čich

Adekvátními stimuly pro čichové počítky jsou některé chemikálie v plynném stavu. Z elementů jsou to halogeny (F, Cl, Br, I) a Ph a As. Z anorganických sloučenin jsou to pouze hydrosulfát, amoniak a O₃ (ozón). Organických sloučenin je asi 500 000. Kromě uvedených 6 prvků do těchto sloučenin vstupuje pouze 10 dalších (H, C, Si, N, O, S, antimon, bizmut, selén a telur).

Senzorickými orgány čichu jsou tzv. čichové buňky, které jsou stěsnané na prostoru asi 2 až 4 cm² nesoucím označení **čichový epitel** ve štěrbinách nosní dutiny. Na tomto prostoru se v každé polovině našeho nosu nachází asi 5 000 000 čichových buněk. (Pes jich má cca 20x více.) Jde o bipolární buňky schopné generovat nervové vzruchy. Jejich axony tvoří vlákna I. hlavového nervu.

Tyto buňky jsou mimo hlavní dráhy, kterými prochází vzduch při normálním dýchání. Jsou chráněné výběžky, které odvracejí vzduch, zvlhčují ho a odstraňují z něj prach. Axony těchto buněk procházejí tenkou pórovitou destičkou čichové kosti, která odděluje horní část nosní dutiny od mozkové dutiny.

Většina nervových drah vede z receptorů přes čichové bulby do vývojově nejstarších částí mozku zodpovědných za reflexní spouštění *emocionálních a sexuálních reakcí*. Některé dráhy však vedou až do mozkové kůry.

Dosud neexistuje obecně přijímaná *klasifikace čichových počítků*. Obvyklé dělení spočívá v rozlišení počítků emocionálně kladných (**vůně**) a emocionálně záporných (**zápachy**). Čich je proto někdy chápán jako *emocionální smysl* – na rozdíl od tzv. kognitivních smyslů (zrak, sluch).

Zdá se, že jsme schopnější (citlivější) detekovat přítomnost různých pachů než diferencovat rozdíly v intenzitě těchto pachů. Kromě toho naše schopnost rozlišovat mezi pachy vysoce převyšuje naši schopnost tyto pachy pojmenovat. Současně se ukazuje, že ženy zpravidla dosahují lepších výsledků při úkolu detekovat a identifikovat správně vůně a pachy než muži.

Chuť

Chuť patří – spolu s čichem – k nejméně probádaným smyslům. Je tomu tak jistě i proto, že jejich poruchy nejsou pro člověka tak závažné jako poruchy zraku nebo sluchu. Je tomu tak ale i proto, že vlastní podněty (chemické prvky a sloučeniny) je velmi obtížné podrobit experimentální kontrole. Je mnohem jednodušší kontrolovat frekvenci a amplitudu akustického podnětu než koncentraci kationtů sodíku na receptorové buňce. To souvisí i s tím, že receptory pro tyto chemické smysly jsou mikroskopicky velké. Kromě koncentrace zkoumané látky navíc výsledná chuť závisí na řadě průvodních jevů, jako je například její teplota, barva, vůně, hutnost atp.

Vcelku se však zdá, že člověk disponuje čtyřmi základními počítky chuti – sladká, kyselá, slaná a hořká chuť –, kterým ze všech 94 chemických prvků a nekonečného množství jejich kombinací odpovídají právě pouze čtyři chemické prvky a sloučeniny. Žádné jiné prvky ani sloučeniny ani molekulární struktury neregistrujeme – jsou pro nás „bez chuti“.

Vlastními receptory chuti jsou tzv. **chuťové pohárky**, které jsou vnořené do povrchových vrstev papil. Na jednotlivých papilách se nachází různé množství chuťových pohárků. Byl publikován nález 27 pohárků na papile člověka. U subhumánních tvorů jsou jejich počty odlišné. Člověk má asi 10 000 těchto pohárků. Kromě jazyka jsou tyto pohárky rovněž v mnoha ostatních částech ústní dutiny včetně hrtanové příklopky, měkkého patra, čípku, hrtanu a ve vstýlce horní třetiny jícnu.

Chuťové pohárky mají mikroskopické rozměry (400–800 nm). Každý pohárek obsahuje vždy asi 30–80 buněk čtyř různých druhů. Tyto buňky se označují číslicemi 1–4. Ze 4. typu buněk se může vyvinout kterákoliv z buněk prvních tří typů. Proto jsou tyto buňky pokládány za matiční a jsou označovány jako *bazální*. Funkce ostatních tří typů není zcela jasná. Předpokládá se, že vlastní receptor je tvořen buňkami 3. typu, který jediný tvoří synapse s neurony. Žádné z těchto buněk nemají vlastní axony, ale na 3. typ buněk jsou napojené dendrity Schwannových buněk, které mají svá těla mimo chuťový pohárek. 1. typ buněk má patrně funkce podpůrné a úloha buněk 2. typu patrně spočívá v generování neuronových signálů.

Výslednými počitky jsou **sladká, slaná, kyselá a hořká chuť**. Všechny tyto chuti vnímáme na celém jazyku, i když existují zóny, které jsou pro počitky některých chutí citlivější.

Vestibulární ústrojí

Kromě sluchového ústrojí je ve vnitřním uchu též ústrojí *rovnovážné (statokinetické)*. Vzhledem ke svému umístění v předsíni vnitřního ucha je rovněž označováno jako ústrojí vestibulární. Dělí se na čidlo *statické*, určené ke vnímání polohy, a čidlo *kinetické*, které je určeno ke vnímání pohybu.

1.3 Vnímání (percepce)

Percepce se týká procesů, které navazují na procesy senzorké (čítí). Jejich prostřednictvím získáváme mentální reprezentace nikoliv izolovaných vlastností objektů, ale celkových objektů, například obličejů, zvířat, květin atd.

Vizuální zážitky mají – kromě kvalit jasu a barvy – základní atributy **prostoru a času**. I zcela primitivní stimulace optických drah vede k zážitkům prostorových a časových jevů. Jejich vnitřní povaha však již není dále analyzovatelná přírodovědeckými postupy a prostředky.

Vnímání je **aktivní proces**: na sítnici z vnější strany nejsou barvy, tvary atp., ale fotony různých energií. Vše ostatní proto do výsledných vjemů vpravujeme zevnitř my a náš mozek. Některé z těchto procesů probíhají automaticky (vnímání hloubky), jiné na základě individuální a kulturní zkušenosti.

1.3.1 Funkce percepce

Základní funkce vnímání spočívají ve vytvoření vjemů, které nám umožní rozhodnout

- co jsou podněty nebo objekty („**rozpoznávání**“)
- kde se tyto podněty nebo objekty nacházejí („**lokalizace**“).
- S těmito dvěma funkcemi souvisí nutnost udržování vjemu stálosti objektu, i když se jeho obraz na sítnici neustále mění („**konstantnost**“).

Zrakový percepční systém musí být schopen rozeznat objekty a určit, kde se nacházejí (v bezpečné vzdálenosti, na dosah ruky). I u zvuku musíme být schopni rozeznat původce (matka, cizí člověk) a určit jeho polohu.

1.3.2 Neuroanatomie a neurofyziologie percepce

V mozkové kůře se nachází asi 100 milionů neuronů citlivých na zrakové podněty. Dosavadní znalosti o jejich funkci byly získány na základě několika technik. Ve studiích pracujících se zvířaty se poznatky o zrakové oblasti zakládají na zaznamenávání elektrických impulzů jednotlivých buněk (prostřednictvím mikroelektrod). U lidí se mezi ně patří postupy, jako jsou měření evokovaných potenciálů, pozitronová emisní tomografie (PET) a funkční magnetická

rezonance (fMR). Při výzkumu lidí jsou poznatky dále získávány z „přirozených experimentů“; například na základě zranění nebo onemocnění mozku se dovídáme, jak je zrakové vnímání propojeno se specifickými oblastmi mozku.

Nejdůležitější oblastí mozku pro zpracování zrakových vjemů je *primární korová zraková oblast*. Bývá označována V1. Je umístěna v zadní (posteriorní) části mozku představující první místo v mozkové kůře, na něž jsou napojené neurony vysílající signály z oka. Další oblasti mozkové kůry citlivé na zrakové podněty jsou spojené s očima právě prostřednictvím V1. Zdá se, že v zadní části mozkové kůry existuje jakási mapa zrakového pole. Její střed leží přesně nad nejvzdálenějším koncem mozkové kůry. Tato „mapa“ však leží vzhůru nohama a ještě je zrcadlově obrácená. Body v horní části zrakového pole se na mapě nacházejí pod hlavní korovou řasou, zatímco umístění na spodní části zrakového pole jsou znázorněna nad touto řasou. Levá polovina zrakového pole se promítá na pravou stranu V1 a obráceně.

Neurony v primární zrakové oblasti jsou citlivé na řadu vlastností zrakového obrazu, například na jas, barvu, určení směru a pohybu. Jednou z nejdůležitějších charakteristik těchto neuronů je zodpovědnost každého z nich za analýzu velice malé oblasti obrazu. Uprostřed obrazu může tato oblast být menší než jeden milimetr. Tyto neurony spolu komunikují rovněž pouze v rámci velmi malých oblastí. Výhodou tohoto uspořádání je současná a detailní analýza celého zrakového pole; nevýhodou neschopnost koordinovat informace, které na zrakovém obrazu nejsou dostatečně blízko u sebe.

Po analýze vysílají korové neurony z V1 informace do mnoha dalších oblastí mozku, kde probíhá analýza zrakových informací. Každá z těchto oblastí se specializuje na určitý úkon, například na analýzu barvy, pohybu, tvaru a umístění. Tyto vysoce specializované oblasti jsou neustále v kontaktu s V1. Z tohoto důvodu bychom měli nervovou komunikaci mezi oblastmi chápat spíše jako konverzování než jako přikazování. K nejdůležitějším aktivitám při zrakové analýze v mozku dochází při **lokalizaci** a **rozpoznávání** objektů.

1.3.3 Lokalizace

Abychom mohli určit, kde se objekty v prostoru nacházejí, musíme nejprve odlišit jeden od druhého a od jejich pozadí. Teprve poté je percepční systém schopen určit polohu objektu v trojrozměrném světě, včetně jeho vzdálenosti od nás a směru jeho pohybu. Musí tedy probíhat tři procesy:

- odlišování objektů
- vnímání vzdálenosti objektů (od nás od sebe navzájem)
- vnímání pohybu objektů.

Odlišování objektů

Obraz, který je promítán na sítnici, je v podstatě mozaikou vln různých délek. Sensorický systém tento obraz převede do mozaiky vzruchů. Percepční systém tuto mozaiku uspořádá do vjemu určitých objektů, které jsou odlišeny od pozadí.

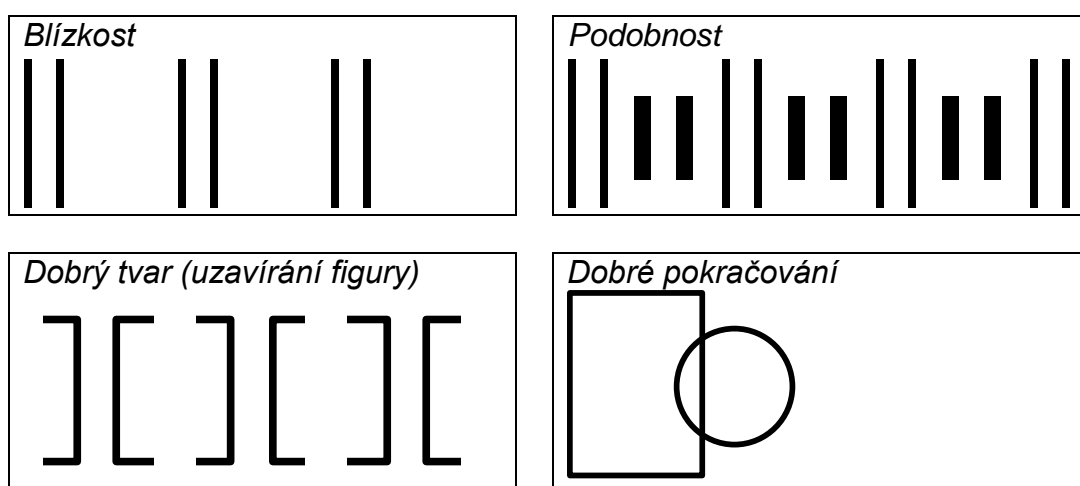
Tyto procesy zkoumala především **Gestalt-Psychologie** (tvarová psychologie; podle německého Gestalt = tvar). Gestaltismus zdůraznil význam vnímání celých objektů či tvarů a předložil řadu principů, podle nichž dochází ke vjemu těchto celků. Tyto celky bývají označovány jako Gestalty, figury nebo objekty.

Základní principy organizace se týkají *figury a pozadí a sdružování objektů*.

Pokud se podnětové pole skládá ze dvou zřetelně odlišitelných oblastí, máme tendenci soustředit se na jednu z nich a vnímat ji jako tzv. figuru (objekt). Druhá oblast vystupuje jako jejich pozadí. Figuru vnímáme **zřetelněji** než pozadí a máme pocit, že se nachází **před** pozadím. Tato organizace vnímání je však **reverzibilní** – to, co v jednom okamžiku vystupuje jako figura, se může v následujícím okamžiku stát pozadím.

Vnímáme nejen objekty vzhledem k jejich pozadí, ale i jejich vzájemné vztahy a sounáležitost, tzv. sdružování. I jednoduché vzory přímek nebo bodů se nám při vnímání určitým způsobem seskupují. Vždy přitom můžeme vnímat pouze jeden směr uspořádání a občas se stane, že se spontánně zaměříme na jiné uspořádání.

Základními principy sdružování objektů jsou tyto:



Obrázek 6 Základní principy sdružování objektů (popis v textu).

Zdroj: Autor

Například druhý obrázek vnímáme jako dvě sady úseček – a) delších a štíhlejších a b) kratších a silnějších, nebo poslední obrázek vnímáme jako dva objekty – obdélník a kruh.

Vnímání vzdálenosti

Druhým úkolem percepčního systému je určení vzdálenosti těchto objektů. Podle čeho usuzujeme na vzdálenost objektu? Přestože se může vnímání vzdálenosti objektu jevit jako jednoduchá záležitost, jde o pozoruhodnou schopnost umožněnou fyzikálními vlastnostmi očí.

Vnímání hloubky (3D)

Sítnice, která je podkladem našeho vidění, je dvojrozměrnou strukturou. To znamená, že obraz na sítnici je plochý a nemá hloubku. Jak je možné dospět z 2D zobrazení objektu na sítnici ke 3D vjemu objektu? Pro odhadování vzdálenosti v trojdimenzionálním prostoru musíme využívat dvojrozměrné vjemy nebo vodítka pro vnímání hloubky. Tato vodítka se při odhadování vzdálenosti různým způsobem kombinují. Mohou být rozdělena na monokulární a binokulární v souvislosti s tím, zda jsou vnímána jedním okem nebo oběma očima.

Monokulární vodítka: relativní velikost, překrývání, výška umístění v rovině, stínování a stíny, lineární perspektiva (kolejnice) a gradient textury (stromy) a paralaxa pohybu (čím blíže je objekt při jízdě vlakem, tím rychleji se pohybuje).

Binokulární vodítka: binokulární paralaxa (skutečný rozdíl ve vzdálenosti objektů) a binokulární disparita (rozdíl na sítnicích) – například pohled na prst z různé vzdálenosti.

Vnímání pohybu

Třetím problémem, který souvisí s lokalizací objektu, je vnímání jeho pohybu. Které faktory zde vstupují do hry? Co je příčinou vnímání pohybu? Dalo by se předpokládat, že vnímáme pohyb objektu v souvislosti s tím, jak se pohybuje jeho obraz po sítnici. Toto vysvětlení je však zjednodušující, neboť můžeme vnímat pohyb, i když se po sítnici nic nepohybuje. Například záblesk světla ve tmě následovaný po několika milisekundách zábleskem jiného světla v blízkosti prvního vede k dojmu, jako by se světlo pohybovalo z jednoho místa na druhé. Film je v podstatě tvořen řadou fotografií, z nichž se každá poněkud liší od předcházející. Jednotlivé obrazy jsou na plátno promítány v rychlém sledu a mezi nimi je interval tmy.

Jiným příkladem je tzv. autokinetický efekt: V úplně tmavé místnosti rozsvěcujeme a zhasínáme světlo na stejném místě. Ačkoliv se v tomto případě světlo vůbec nepohybuje, je výsledkem nicméně dojem pohybu světla.

Je ovšem jasné, že naše zraková soustava vnímá rovněž skutečný pohyb objektu. Skutečný pohyb detekujeme pomocí dvou zdrojů informací:

- detekce změny polohy podnětu na sítnici
- změna polohy hlavy nebo oka při zachování polohy podnětu na sítnici.

1.3.4 Rozpoznávání objektů

Rozpoznávání objektů je v principu procesem jejich **kategorizace**: toto je tužka, toto papír, toto stůl atp. Tedy procesem přiřazování věmů určitým obecným pojmům. Jiným a ne tak častým případem je vnímání objektů, které jsou (alespoň pro nás) jedinečné a nespádají do žádné známé kategorie. Podřazení dané konfigurace atributů pod určitý pojem umožňuje aplikovat na daný objekt celou řadu poznatků o vlastnostech a vztazích, které právě nevnímáme, které však víme o dané kategorii.

Ukazuje se, že pro zrakové rozpoznání jsou zcela nejdůležitější informace týkající se **tvarů**. Například hrneček poznáme podle tvaru vždy – nezávisle na jeho barvě, velikosti či umístění (svislé nebo horizontální).

Podle Davida Marra lze rozlišit **časné a pozdější etapy rozpoznávání objektu**.

V **časných etapách rozpoznávání** vytváří percepční systém **popis objektu** na základě některých jeho primitivních složek – linií, hran, úhlů atp. – které jsou závislé především na informacích ze sítnice.

V **pozdějších etapách rozpoznávání** **porovnává** percepční systém popis objektu s popisy tvarů objektů, které má uchovány v dlouhodobé paměti, a vybírá ten, který se nejlépe hodí. Zde jde o **kategorizaci**.

Poruchy rozpoznávání

Rozpoznávání objektů je obvykle tak automatické a snadné, že je považujeme za samozřejmou věc. Při poškození mozku však někdy vznikají poruchy tohoto procesu. Obecný termín pro označení poruch či selhání procesu rozpoznávání je **agnózie**.

Například u tzv. **asociativní agnózie** mají pacienti s poškozením určitých oblastí mozkové kůry potíže s rozpoznáváním objektů pouze tehdy, jsou-li jim prezentovány vizuálně. Pacient například není neschopen pojmenovat hřebec, pokud mu ho ukážeme na obrázku, avšak pozná ho bez potíží, dáme-li mu ho do ruky. Dobře však zvládá jiné vizuální úkoly – například

nakreslit objekt nebo určit, zda jsou dva obrázky objektů stejné. Proto je pravděpodobné, že k selhání dochází v pozdějších fázích rozpoznávání, kdy dochází k porovnání vstupních informací o objektu s jeho paměťovou reprezentací.

Někteří pacienti s asociativní agnózií mají problémy s rozpoznáním pouze určitých druhů objektů. Tyto *deficity specifických kategorií* objektů si zasluhují mimořádnou pozornost, neboť nám mohou něco říci o tom, jak pracuje rozpoznávání za normálních okolností. Nejčastějším deficitem specifických kategorií je ztráta schopnosti rozpoznávat obličeje, která je známá jako **prozopagnózie**. Pokud vznikne tento deficit, je vždy přítomno poškození mozku v oblasti pravé hemisféry a často i poškození odpovídajících oblastí levé hemisféry („Musíte být lékař, protože máte bílý plášť, ale přesto nevím, kdo jste. Poznám to, až na mne promluvíte.“).

1.3.5 Percepční konstanty

Percepční systém má kromě lokalizace a rozpoznávání ještě jeden další úkol: udržet obraz předmětů stálý. Změna obrazu na sítnici nesouvisí nutně se změnou vjemu objektu. Ačkoliv se tak mění osvětlení a úhel pohledu, z něž se na objekt díváme, máme pocit, že se objekt sám nemění. Hovoří se o třech základních konstantách: barvy, velikosti a tvaru.

Konstanta barvy a jasů

Oba jevy jsou relativní vzhledem ke kontextu (nestejnorodému prostředí).

a) Vnímaný **jas** objektu je relativně konstantní, ačkoliv se může množství energie dopadající na sítnici značně měnit. Například samet (černou sametovou košili) vnímáme jako černý na slunci i ve stínu, ačkoliv na slunci odráží cca 1000x více světla.

b) Podobně tomu vnímaná **barva** objektu zůstává relativně konstantní, ačkoliv se vlnová délka světla, již odráží, může měnit. Například rajské jablko zůstává červené vzhledem ke kontextu ostatních objektů. Izolujeme-li je od kontextu, například díváme-li se na ně trubičkou, vidíme ho zcela jinak – v závislosti na světelném spektru, jež skutečně odráží. Můžeme proto vidět například, že je modré, zelené nebo červené.

Konstanty tvaru a umístění

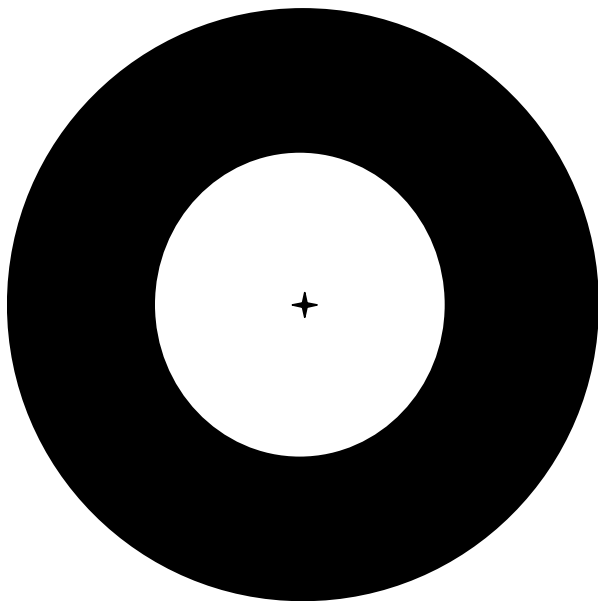
a) **Tvar** objektu je vnímán jako stálý, ačkoliv se jeho obraz na sítnici může značně změnit – například při pohledu na otvírající se dveře.

b) **Umístění** nehybných objektů vnímáme jako konstantní, ačkoliv se *v důsledku pohybu očí nebo hlavy* jejich umístění na sítnici mění.

Konstanta velikosti

Velikost objektu zůstává ve vjemu relativně stejná, ačkoliv se jeho velikost na sítnici může radikálně měnit, zejména v závislosti na vzdálenosti od pozorovatele. Když se od nás pozorovaný předmět vzdaluje, většinou ho nevnímáme jako menší. Díváme-li se na minci ze vzdálenosti 30 cm a poté ze vzdálenosti natažené paže (tj. cca 60 cm), změní se její obraz na sítnici na polovinu. My si však pravděpodobně žádné změny nevšimneme.

Tento příklad nám ukazuje, že při vnímání velikosti objektu bereme v úvahu mimo velikosti obrazu na sítnici ještě jiné faktory. Jedním z nich je **vnímaná vzdálenost objektu**. Emmert již v roce 1881 ukázal, že posuzování velikosti objektu je závislé na jeho vzdálenosti. Emmert použil metodu založenou na posuzování velikosti následných paobrazů. Nejprve nechal pokusné osoby fixovat zrak na střed obrazce – například tohoto:



Obrázek 7 Emmertův obrazec (popis v textu).
Podle: Atkinson, R.L. et al. (2003) *Psychologie*. Praha: Portál.

Poté se pokusná osoba zadívá na bílou plochu umístěnou v různé vzdálenosti. Jejím úkolem je fixovat střed obrazu po dobu asi jedné minuty a poté určit velikost následného paobrazu. Protože je velikost paobrazu na sítnici konstantní, jsou odhady velikosti paobrazu dány vnímanou vzdáleností bílé plochy. Je-li bílá plocha od pozorovatele daleko (například zadíváte-li se na vzdálenou bílou stěnu), je paobraz vnímán jako velký; je-li bílá plocha naopak v kratší vzdálenosti, než byl původní podnět, je paobraz vnímán jako menší.

Na základě těchto pokusů Emmert tvrdil, že vnímaná velikost objektu je funkcí dvou proměnných – velikosti obrazu na sítnici a na vnímané vzdálenosti objektu. Tento vztah je znám jako princip neměnnosti vztahu velikost-vzdálenost a vysvětluje konstantu velikosti následujícím způsobem: Pokud se zvětšuje vzdálenost objektu, velikost jeho obrazu na sítnici se zmenšuje; pokud jsou však přítomna vodítka pro vnímání *hloubky*, bude se vnímaná vzdálenost zvětšovat. Z toho vyplývá, že vnímaná velikost bude přibližně konstantní. Když se od vás například nějaká osoba vzdaluje, zmenšuje se její obraz na sítnici, ale její „vnímaná“ vzdálenost od vás se zvětšuje. Tyto dvě změny se navzájem vyruší a vy vnímáte velikost této osoby jako relativně konstantní.

Iluze

Princip vztahu velikost-vzdálenost se zdá být podkladem pro porozumění celé řadě iluzí velikosti. Dobrým příkladem je iluze změny velikosti měsíce v závislosti na tom, zda je nad horizontem nebo v zenitu. Je-li měsíc nad horizontem, připadá nám asi o 50 % větší, než je-li v zenitu, ačkoliv jsou jeho obrazy na sítnici totožné. Jedním z vysvětlení je, že nám vzdálenost k horizontu připadá větší než vzdálenost k zenitu. Tuto iluzi můžeme vyrušit tím, že se na měsíc v horizontu díváme hlavou dolů, nebo že si fotku měsíce nad horizontem obrátíme vzhůru nohama.

1.3.6 Pozornost

Výklad o lokalizaci a rozpoznávání předpokládá **pozornost**. Pozornost je definována jako *schopnost vybírat určité informace pro následné zpracování a opomíjet informace jiné*. Pro

stanovení směru pohybu letadla se musíme zaměřit na jeho dráhu pohybu. Chceme-li poznat určitý podnět, musíme se nejprve zaměřit na jeho tvar a barvu, případně určitou část. Pozornost je úzce spojena s výběrovostí vnímání. Po většinu času jsme totiž doslova bombardováni tolika podněty, že nejsme schopni vnímat všechny. Zkuste teď na chvíli přestat číst, zavřete oči a zaměřte se na různé podněty, které na vás právě teď působí. Netlačí vás například bota? Jaké zvuky slyšíte za oknem? Jaké vůně cítíte? Pravděpodobně jste si tyto podněty před chvílí neuvědomovali, protože jste je nevybrali pro vnímání. Proces, jehož prostřednictvím vybíráme podněty, se nazývá *selektivní pozornost*.

Selektivní pozorování a poslouchání

Jakým způsobem zaměřujeme svoji pozornost na předmět našeho zájmu? Nejjednodušším způsobem je fyzikální nasměrování sensorických receptorů na tyto objekty. V případě zraku to znamená zachytit předmět zájmu na nejcitlivější místo na sítnici.

Studie zabývající se zrakovou pozorností často zkoumají pokusnou osobu, která se dívá na obraz nebo scénu. Pokud zaznamenáváme pohyby očí této pokusné osoby, zjišťujeme, že oči jsou v neustálém pohybu, prohledávají okolí. Stejně jako u čtení se při prohledávání okolí nejedná o plynulý pohyb, ale spíše o řadu postupných fixací. K zaznamenávání očních pohybů se používá řada technik. Nejjednodušší z nich je monitorování očí pomocí televizní kamery. Signál kamery se zpracuje tak, že na obrazovce je současně zobrazen pozorovaný předmět a bod ukazující, kam je oko právě zaměřeno. Tak může být určen bod pozorované scény, na který je v každém okamžiku oko fixováno.

Oční pohyby při sledování okolí zajišťují, že různé části obrazu objektu budou vnímány v oblasti žluté skvrny a že budou zaznamenány všechny detaily objektu. Body, na které jsou oči fixovány, nejsou ani pravidelně rozloženy, ani nejsou náhodné. Mají tendenci být rozmístěny na těch místech obrazu, která poskytují nejvíce informací, tedy na místech, kde se nacházejí podstatné rysy. Například při pozorování fotografie obličeje se většina fixací odehrává v oblasti očí, nosu a úst.

V případě sluchu se fyzické nasměrování receptorů děje otáčením hlavy. Tento mechanismus je však v mnoha situacích málo užitečný. Vezměme v úvahu například hlučný večírek. Slyšíme současně mnoho hlasů, přičemž jejich zdroje nejsou od sebe tak vzdálené, abychom prostým nasměrováním uší mohli sledovat jednu linii konverzace. Jsme však schopni selektivně vnímat pomocí čistě psychických prostředků hovor, který nás zajímá. Výzkumem tohoto *efektu koktejlové party* bylo zjištěno, že ze sdělení, na něž nezaměřujeme svoji pozornost, si pamatujeme jen málo. Obvyklým pokusem užívaným v tomto typu výzkumů je situace, kdy jsou pokusné osobě nasazena sluchátka a je jí do každého ucha pouštěno jiné sdělení. Například E. Cherry pouštěl do každého ucha zkoumaných osob jiné informace. Začátek i konec pouštěných informací vždy představovaly určité anglické věty. Informace z jednoho sluchátka (například pravého) měly pokusné osoby opakovat nahlas. Ukázalo se, že za této situace si pokusné osoby pamatovaly jen velmi málo informací, které jim byly pouštěné do druhého ucha. Pamatovaly si pouze, šlo-li o hlas nebo nějaký šum. Šlo-li o hlas, pamatovaly si ještě, byl-li to hlas mužský nebo ženský. Takřka nic více si pokusné osoby nebyly schopné vybavit. Ani to, že Cherry v určitém okamžiku přešel z angličtiny na němčinu, nebo že začal věty pouštět pozpátku. Nebyly si schopné vybavit vůbec žádné slovo – a to ani tehdy, když bylo určité slovo opakováno v druhém sluchátku stále dokola.

1.4 Myšlení a paměť

1.4.1 Myšlení

Na rozdíl od čítí a vnímání, kdy na nás působí určité vnější podněty, je myšlení založeno především na operacích s mentálními objekty, především se slovy a s představami. Proto je někdy přemýšlení popisováno jako „řeč mysli“ (Atkinsonová et al., 1995). Lze rozlišit tři základní druhy této „řeči“, tj. myšlení.

- **Propoziční myšlení** odpovídá proudu vět, které „slyšíme“ v mysli. (Jak ještě uvidíme, jde vlastně o nepřesné označení, neboť součástí myšlení jsou i jiné věty než propozice, například otázky.)

- **Imaginativní myšlení** spočívá v proudu představ, zejména zrakových, tedy tomu, co v mysli „vidíme“. Patří sem i sluchové představy, jež v duchu „slyšíme“ aj.

- **Motorické myšlení** se týká posloupnosti představ „pohybů“ v mysli.

My se zaměříme především na myšlení propoziční.

Propoziční myšlení

Propozice je věta, která něco tvrdí. Mezi propozice patří například věty: dnes je středa, velryba je delší než úhoř, Marek je student. Přesněji řečeno je propozicí ono **tvrzení** či **smysl věty**. Stejnou propozici tak mohou tvrdit odlišné věty: *Es regnet, prší, it is raining*.

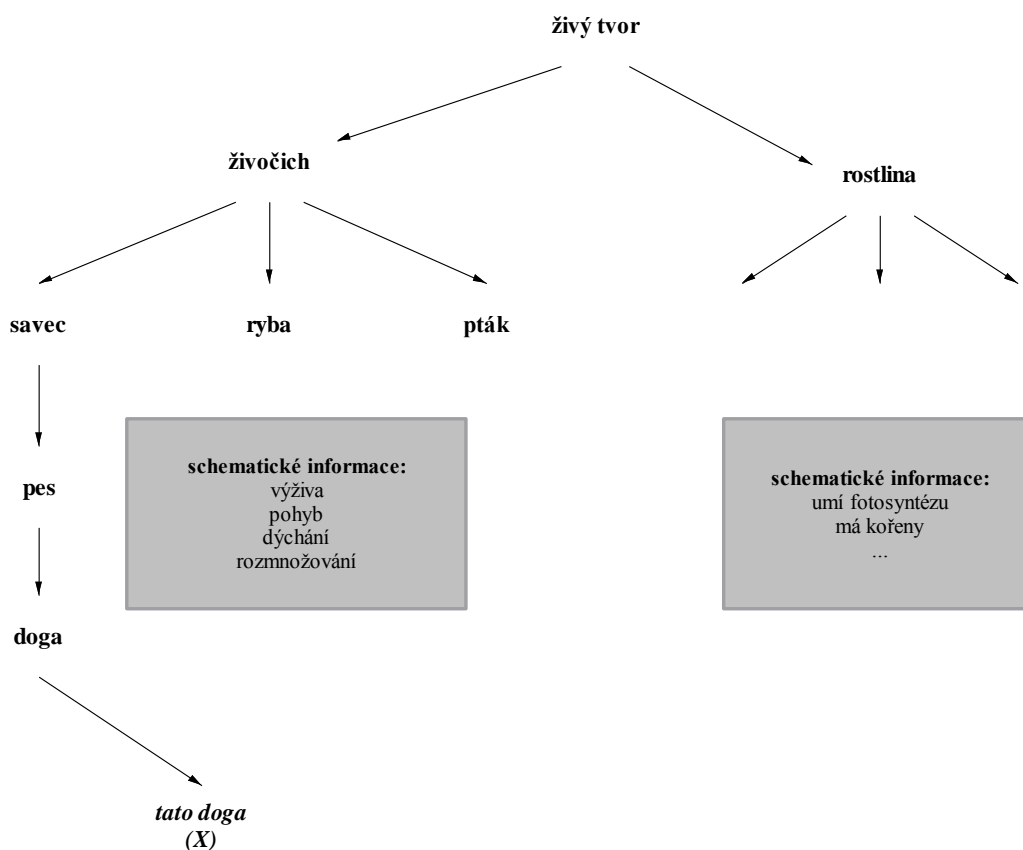
Ale každá věta není propozicí. Aby byla věta propozicí, musí tedy být rozhodnutelná její pravdivostní hodnota (pravda/nepravda). Například otázka nebo rozkaz propozicemi nejsou. Tak jako každá věta sestává i tvrzení (propozice) ze **slov**. Tato slova zastupují buď **vlastní jména** (tj. konstanty) nebo **pojmy**. Při analýze myšlení se klade důraz především na pojmy.

Pojem reprezentuje určitou třídu, množinu či **kategorii** objektů – například velryb nebo studentů. Hlavní funkce pojmů je spatřována v tom, že rozdělují naše zkušenosti na zvládnutelné jednotky a přispívají tedy ke **kognitivní ekonomii**.

Při snaze o vymezení hranic (definování) pojmu zpravidla uvádíme určité **klíčové vlastnosti**, které jsou spojeny s touto kategorií. V psychologii se zpravidla rozlišují dva typy pojmů: **logické (klasické)** a **přirozené (neurčité, fuzzy) pojmy**. Pro učení se pojmům jsou důležité tzv. prototypy. **Prototyp** je nejlepším, typickým, ideálním či nejjasnějším případem dané kategorie.

Hierarchie pojmů

Mimo znalosti vlastností jednotlivých pojmů musíme také vědět, jaké vztahy mají jednotlivé pojmy mezi sebou. Ty mohou být různé. Důležité jsou zejména vztahy hierarchické, kdy každý pojem má nad sebou několik pojmů, které jsou obecnější. Tak například určitý konkrétní tvor (X), se kterým máme zkušenost, je – spolu se všemi dalšími, kteří mají obdobné vlastnosti – označen jako doga. Dogy však sdílí řadu společných vlastností i s jinými druhy psů; některé je však odlišují například od koček. A naopak – mají rovněž řadu vlastností, které mají i kočky, pavouci a dokonce i ryby, ale které nesdílejí například s rostlinami.



Obrázek 8 Hierarchie pojmů.

Zdroj: Autor

Výsledky výzkumů ukazují, že informace o vlastnostech kategorií a o vztazích mezi kategoriemi kódujeme do paměti podle obdobných principů. Když se nás například někdo zeptá „Je pes savec?“ odpovíme rychleji, než když se nás zeptá „Je dogo savec?“ Cesta od „psa“ k „savci“ je tedy patrně v paměti kratší než cesta od „dogy“ k „savci“.

Soud a úsudek

Propoziční myšlení neprobíhá v pojmech, ale ve větách (soudech, propozicích) a úsudcích (argumentech). Z hlediska logiky se propozice skládá ze **subjektu a predikátu**, z hlediska gramatiky z **podmětu a přísudku**. Například ve větě „Auto jede“ je *auto* subjektem (podmětem), *jede* predikátem (přísudkem).

Každý úsudek sestává ze dvou typů propozic, které bývají označeny jako **premisy** a **závěry**. Úsudky mají dvě základní formy – **deduktivní** a **induktivní**.

Deduktivní usuzování

U deduktivního úsudku vyplývá závěr z premis logicky nutně, tj. je vyloučeno, aby byly premisy pravdivé a závěr nepravdivý. Například z kombinace premis „všichni lidé jsou smrtelní“ a „Sokrates je člověk“ vyplývá logicky nutně závěr, že „Sokrates je smrtelný“. Při dokazování pravdivosti tohoto závěru se nemusíme opírat o zkušenost.

V psychologii je věnována pozornost rozdílům mezi normativní teorií (logikou) a skutečným usuzováním lidí. Jedním z případů je **usuzování pomocí kondicionálu**, tedy podmíněného

výroku ve formě „jestliže P, pak Q“. Věta P je označována jako antecedent, Q jako konsekvent (závěr).

Obecně bývá argument vyjadřován tímto způsobem:

$P \Rightarrow Q$ premisy (antecedenty)

P

$\therefore Q$ závěr (konsekvent)

Tento výrok je spojen se dvěma správnými (validními) typy úsudků a se dvěma nevalidními typy úsudků.

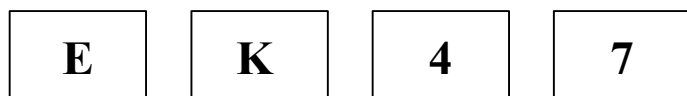
Jestliže je například pravdivý výrok „Jestliže prší, pak je mokro“, lze z tohoto výroku logicky korektně vyvodit, že

- jestliže (právě teď) prší, je (právě teď) mokro (modus ponens)
- jestliže není mokro, pak neprší (modus tollens).

Logické chyby, které s tímto výrokem souvisejí, bývají označeny jako potvrzení konsekventu (závěru) a popření antecedentu:

- jestliže je mokro, prší
- jestliže neprší, není mokro.

Například Wason v jednom ze svých experimentů ukázal pokusným osobám karty, na kterých byla tato písmena a čísla:



Poté je nechal, ať ověří správnost tohoto tvrzení:

Jestliže má karta na přední straně samohlásku, pak má na zadní straně sudé číslo.

Pokusné osoby měly za úkol otočit pouze ty karty, které by umožnily rozhodnout, zda je daný výrok pravdivý. Pouze 4 % pokusných osob otočily správné varianty, tj. E a 7. 46 % pokusných osob otočilo E a 4, což je chybná kombinace, neboť 4 nemůže falzifikovat tvrzení, ať je na zadní straně samohláska, nebo souhláska. Jde o chybu potvrzení důsledku. 33 % pokusných osob obrátilo pouze E, což je chyba potvrzování pouze kladnými případy („nefalzifikace“). Zbývajících 17 % učinilo jiné nesprávné volby.

Výsledky podobných výzkumů vedou k závěru, že při usuzování často nepostupujeme podle logických pravidel, ale podle nějakých jiných principů řešení. Mezi dvě hlavní třídy těchto principů patří

- pragmatická pravidla a
- heuristiky.

Při aplikaci **pragmatických pravidel** neoperujeme tak formálně a abstraktně, ale opíráme se v různé míře i o obsahy naší zkušenosti. Například máte opět otočit pouze relevantní karty u problému

Jestliže někdo pije pivo, pak je mu více než 19 let

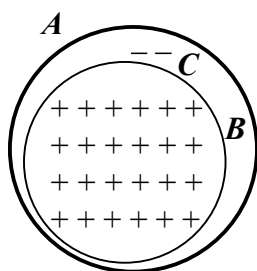
pivo	limo	22	16
------	------	----	----

Tento problém je řešen častěji správně než problém předchozí; respondenti zřejmě využívají při ověřování správnosti vlastního přemýšlení své zkušenosti.

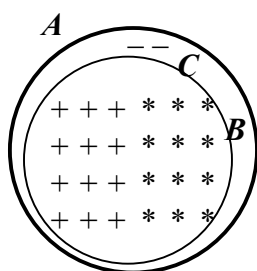
Induktivní usuzování

Na rozdíl od deduktivního úsudku nevyplývá v induktivním úsudku závěr z premis logicky nutně, ale pouze s určitou mírou pravděpodobnosti. Některé závěry tedy mohou být více pravděpodobné (tj. pravděpodobněji pravdivé), některé méně. Vysoce pravděpodobné závěry se někdy označují jako **induktivně silné**. Psychologové opět zkoumají běžné myšlení ve srovnání s normativní teorií (induktivní statistikou).

Například **pravidlo poměrného základu** stanovuje, že pravděpodobnost, že určitý jev je příslušníkem podmnožiny A, je dána zastoupením této podmnožiny v základním souboru. Jestliže je například v kasárnách (A) 1000 mužů (B) a 5 žen (C), je pravděpodobnější, že první člověk, jehož potkáte za branou, bude muž.



Jiné pravidlo induktivní logiky zní, že pravděpodobnost určitého výroku (P) nemůže být nižší než pravděpodobnost konjunkce tohoto výroku s jiným výrokem (P.Q); jinak řečeno také, že **pravděpodobnost konjunkce P.Q je nižší, maximálně stejná jako pravděpodobnost P**. Konjunkce spojuje výroky spojkou „a“. Aby byla konjunkce pravdivá, musí být pravdivé oba výroky. Pravděpodobnost toho, že za branou potkáte muže s modrými očima (konjunkce výroků X je muž (B) a X má modré oči (D)) je nižší, než pravděpodobnost toho, že za branou potkáte muže. V extrémním případě mohou být tyto pravděpodobnosti stejné – jsou-li v kasárnách pouze modroocí muži.



Lidé se často nedrží těchto principů induktivní logiky. To ukázali například Kahneman a Tversky.

(1) V náhodně vybraném vzorku je 70 právníků a 30 inženýrů. Osoba A je 30 let stará, nemá děti, je oblíbená a inteligentní. Myslíte, že je spíše právník nebo inženýr? (Výsledky 50:50.)

(2) Linda je 31 let stará, svobodná, otevřená a velmi chytrá žena. Na vysoké škole se zajímala o filosofii a kromě jiných věcí i o problémy diskriminace. Jaká je pravděpodobnost, že je Linda - bankovní úřednicí (A)

- bankovní úřednicí a aktivní ve feministickém hnutí? (A.B)

Pokusné osoby se mylně domnívají, že je konjunkce pravděpodobnější.

(3) V tomto případě se lidé zřejmě spíše než o logické úvahy opírají o **podobnost** Lindy s **prototypem** feministky (neboť bylo zmíněno, že se na vysoké škole zajímala o problémy diskriminace). Používají tedy určité **heuristiky**, tj. kognitivní postupy, které složité myšlenkové úkoly redukuje na jednodušší operace.

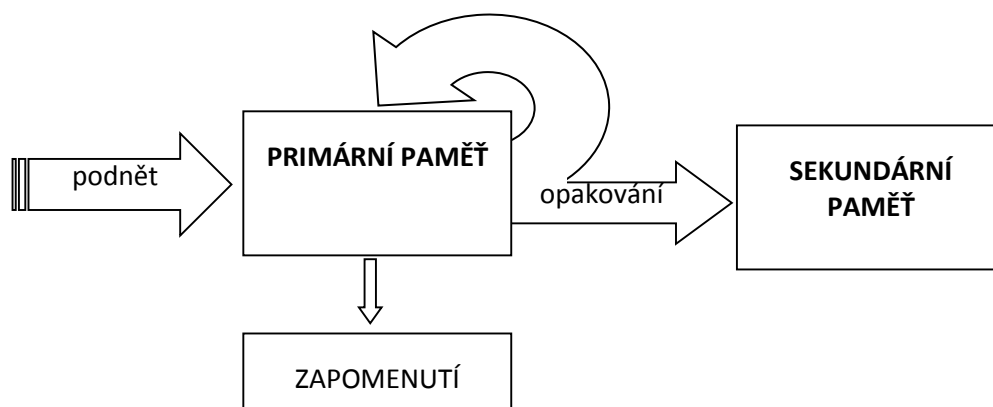
1.4.2 Paměť

Paměť je mentální funkcí umožňující uchování informací o podnětech (událostech, představách, myšlenkách atp.) i tehdy, když tyto podněty již nejsou přítomné.

Paměť je užitečné rozdělit na několik základních typů. Základní dělení odpovídá různým druhům paměti uchovávajícím informace na různě dlouhou **dobu**. Jiný způsob rozdělení se týká různých druhů paměti podle uchovávaných **druhů informací** (například jeden systém uchovává faktické informace, jiný dovednosti). Kromě toho můžeme uvažovat o třech základních **procesech**, k nimž v paměti dochází, o kódování, uchování a vybavování informací. S tím souvisí i další možné dělení, které rozlišuje informace, které si můžeme **vybavit**, a které si vybavit nedokážeme.

Model dvou paměťových systémů: vědomé a neuvědomované obsahy

Začneme posledním zmíněným dělením. Waughová a Norman předložili – v návaznosti na W. Jamese – model dvou systémů paměti. První systém představuje tzv. primární paměť; ta je totožná s právě uvědomovaným obsahem vědomí. Druhý systém je dlouhodobý a nemusí být uvědomovaný; autoři ho označují jako sekundární paměť.



Obrázek 9 Model dvou paměťových systémů.

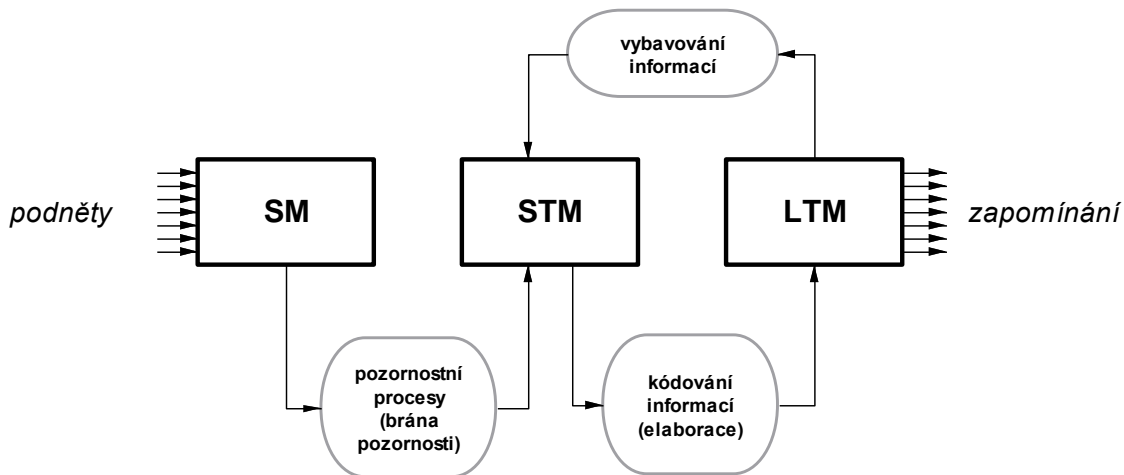
Podle Waugh, N.C., Norman, D.A. (1965) *Primary memory*. Psychological Review 72(2), 89-104.

Model tří paměťových systémů: trvanlivost obsahu

Nejnámější model paměti (Atkinson a Shiffrin, 1968) předpokládá, že je paměť složitý systém, který se skládá ze **tří odlišných subsystémů**. Jsou jimi

- senzorická paměť (SM – Sensory Memory)
- krátkodobá paměť (STM – Short-Term Memory)
- dlouhodobá paměť (LTM – Long-Term Memory).

Tento systém můžeme zjednodušeně znázornit takto:



Obrázek 10 Model tří paměťových systémů.

Volně podle Shiffrin, R.M., Schneider, W. (1977) *Controlled and automatic human information processing II: Perceptual learning, automatic attending, and general theory*. Psychological Review 84(2), 127-190.

Senzorická paměť

Film, který sledujeme v kině, nám připadá jako plynule se vyvíjející situace, v níž se vše zdánlivě normálně pohybuje. Ve skutečnosti vnímají naše oči sled nehybných obrazů přerušovaných krátkými úseky tmy. Abychom viděli spojitě se měnící obraz, musí vizuální systém našeho mozku uchovávat příslušné informace od jednoho dílčího snímku až do objevení dalšího. Vizuální paměť, která tento proces zprostředkuje, je jedním z řady systémů senzorické paměti, která se bezprostředně účastní našeho vnímání světa. Tyto paměťové subsystémy se váží k jednotlivým smyslovým modalitám.

Kódování zde vlastně spočívá v převodu energie vnějších podnětů v energii a fenomény *počítků*. **Trvání** je pro každý senzorický systém mírně odlišné, řádově však jde o vteřiny. Rozsah je patrně nesmírně vysoký. Předpokládá se, že informace jsou při převodu z SM do STM bezprostředně dostupné a po uplynutí několika vteřin navždy ztracené.

- Podíváme-li se na číslo automobilu, zapomeneme ho za zlomek vteřiny – i když máme dojem, že jsme ho před chvílí znali, že jste ho „měli před očima“.
- Točíme-li ve tmě rychle světlem (např. loučí nebo baterkou) dokola, zdá se nám, že vidíme kruh. Nebo můžete napsat nějaké písmeno a někdo jiný ho může přečíst.

Vidíme tedy to, co již ve skutečnosti **nemáme na sítnici**.

STM – krátkodobá paměť

Abychom mohli informaci převést do pracovní paměti, musíme ji nejprve vnímat. To, co vnímáme, prochází selekcí, proto může naše pracovní paměť obsahovat pouze ty informace, které byly vybrány. Pouze malá část informací ze sensorických registrů se stává součástí STM a tedy uvědomělou – působí zde „brána pozornosti“. Z „druhé strany“ se dostávají do pracovní paměti i informace z dlouhodobé paměti, jsou-li aktivovány.

V STM jsou informace zpracovávány především v **akustické a sémantické podobě**, zčásti i v podobě **optické**. Svědčí o tom výzkumy ukazující, že i to, co vidíme, si „říkáme“.

Pracovní paměť má omezenou kapacitu, která musí být optimálně rozdělena mezi zpracovávání dat a mezi jejich kódování a ukládání do LTM. Metoda zjišťování *rozsahu této paměti* spočívá v prezentování sekvencí spolu nesouvisejících položek (nejčastěji čísel nebo písmen). Úkolem pokusných osob je, aby si tyto sekvence vybavili ve správném pořadí. Presentace probíhá zpravidla rychlostí jedné položky za vteřinu, takže pokusné osoby nemají čas dávat si je navzájem do souvislostí ani vytvářet smysluplné souvislosti mezi nimi a informacemi z dlouhodobé paměti. Experimentátor začne například třemi položkami a postupně jejich počet zvyšuje. V sérii se zpravidla neopakují stejná písmena či stejné číslice. Rozsah paměti je dán počtem správně reprodukované série položek.

Příklad sérií:

POČTY POLOŽEK					
5	6	7	8	9	10
7	8	7	3	2	9
4	1	1	5	7	3
1	7	5	1	4	1
5	4	8	8	1	7
2	5	4	4	8	0
	2	2	9	5	4
		3	2	3	9
			6	6	6
				0	2
					5

George Miller (1956) k závěru, že při kódování a uchování informací hraje mimořádnou roli číslo sedm. Byl konstantou „7“ tak překvapen, že o ní začal hovořit jako o magickém čísle. V současné psychologii se proto občas používá spojení **Millerovo „magické číslo“**. V souvislosti s krátkodobou pamětí se jím rozumí skutečnost, že STM má operační kapacitu cca **7±2** smysluplných informačních jednotek. Bylo zjištěno, že tento limit platí i pro nezápadní kultury.

LTM – dlouhodobá paměť

LTM se týká informací, které jsou uchovávány od několika minut až po celý život. Do této kategorie spadá výklad jevů, které mají možná odlišný charakter – paměťové uchování události, k níž došlo před pěti minutami, ale rovněž uchování vzpomínek na události, od kterých nás dělí desetiletí. V dnešní psychologii je rozlišováno více typů dlouhodobé paměti. Odborníci však dosud nejsou zajedno v jejich třídění. Mezi často uváděné patří třídění, které rozlišuje mezi **explicitní** a **implicitní** pamětí. V každém z těchto systému rozlišuje dále několik subsystémů.

Explicitní paměť: jsou v ní uloženy poznatky, fakta, údaje, které si jsme schopni vědomě vybavit. Dělí se na dva subsystémy, jimiž jsou

a) **epizodická paměť** – jsou v ní uchovány zejména osobní zkušenosti vázané při kódování na vlastní osobu a určitý čas a prostor („Včera jsem dělal/a zkoušku.“)

b) **sémantická paměť** – významy slov (obecniny), obecné poznatky, které jsou kódovány ve vzájemných vztazích, nikoliv ve vztahu k osobě, místu a času zakódování („Co je to *paměť*“.)

Implicitní paměť: jsou v ní uloženy poznatky a postupy, které si v principu nejsme schopni vědomě vybavit, nebo které si právě nyní nevybavujeme, ačkoli ovlivňují naše výkony.

a) **dovednosti** (procedurální paměť; například umíme-li jezdit dobře na kole, jsou všechny naše pohyby zcela zautomatizované, vykonáváme je zcela bezděčně; ani kdybychom chtěli, nebyli bychom schopni všechny děje, k nimž dochází, reflektovat a popsat)

b) **priming** (například podprahovou rychlostí prezentovaný podnět, jehož si nemůžeme být vědomi, ovlivní rychlost reakcí na jiný podnět, který na nás působí vědomě).

K přechodu verbálních informací z STM do LTM je nutno použít některou ze **strategií elaborace** informací v STM. Toto kódování není zpravidla akustické ani optické, ale **sémantické**, neboť dominantní reprezentace dlouhodobé paměti je založena významu. Kódování při přenosu informací z STM spočívá zpravidla v navazování nových informací na osvojené koncepty a kategorie (**asimilace**) existující v LTM. Tyto koncepty a kategorie umožňují **pořádat** nové informace. **Rozsah** této paměti nelze jednoznačně určit, ale je – u zdravých lidí – značný. Například Standing prezentoval pokusným osobám postupně na chvíli 10 000 obrázků a zjistil, že si tyto osoby správně pamatovaly 73 % z nich.

1.5 Učení

Učení prostupuje celý náš život. Podílí se na zvládnání nových dovedností, na získávání akademických vědomostí, na emocionálním vývoji, na zdokonalování sociálních interakcí i na vývoji osobnosti. Učení můžeme definovat jako **relativně trvalou změnu** v chování nebo v poznatcích, k nimž došlo v důsledku zkušenosti nebo cvičení. Relativně trvalé změny v chování způsobené zráním nebo odpovídající pouze dočasnému stavu organismu (únavě, vlivem drog atp.) sem nezahrnujeme. Výsledkem učení je tedy **relativně trvalá změna** v chování. Ta je u lidí dána především změnou obsahu v některém ze systémů dlouhodobé paměti (LTM).

1.5.1 Druhy učení

Můžeme rozlišit tři základní druhy učení, jimiž jsou klasické podmiňování, operantní podmiňování a komplexní učení.

Klasické podmiňování: I. P. Pavlov

Klasické podmiňování je učením, že něco signalizuje něco jiného. Dochází při něm k asociaci původně neutrálního podnětu s dalším podnětem na základě opakovaného spojování obou podnětů.

Studium klasického podmiňování začalo v prvních letech dvacátého století, kdy se procesem učení začal zabývat ruský fyziolog Ivan Petrovič Pavlov, který v té době byl již nositelem Nobelovy ceny za výzkum trávicích procesů. V průběhu výzkumu trávicích procesů si Pavlov všiml, že jeden pes začal slinit již při pouhém pohledu na jídelní misku. Jiní psi však začali

slinit až tehdy, když dostali potravu do tlamy. Pavlov se rozhodl zjistit, zda lze psa naučit, aby slinil i při spojování potravy s jinými podněty, například se světlem nebo se zvukem bzučáku. V pavlovovském základním experimentu vědec nejprve připevní ke slinné žláze psa trubičku, aby bylo možno přesně měřit množství vyloučených slin. Poté je pes umístěn před nádobu, do které může být automaticky vydáváno jídlo. Experimentátor rozsvítí světlo v okénku před psem. Po několika vteřinách je do nádoby vydáno trochu mletého masa a světlo poté zhasne. Měřicí zařízení registruje, že dochází k vylučování slin. V tomto případě je slinění **nepodmíněnou**, reflexní (instinktivní) reakcí na maso, nikoliv reakcí naučenou (podmíněnou). Stejně tak je maso **nepodmíněným podnětem**.

Pes však postupem času začne slinit i na pouhý „signál“ blížící se potravy, tj. na rozsvícení světla. Pes však nezačne slinit na podmíněný podnět ihned stejně intenzivně jako na podnět nepodmíněný. Síla slinění je funkcí počtu „pokusů“, tj. společného výskytu nepodmíněného a podmíněného podnětu. Někteří psi navíc vytvářejí spoje poměrně rychle, u jiných je nutný větší počet opakování. Obecně bývá tato souvislost vyjadřována pomocí tzv. **křivky učení**. Je-li naopak opakovaně aplikován podmíněný podnět bez spojení s nepodmíněným, dochází k tzv. **vyhasínání**: pes sliní stále méně intenzivně, až reakce zcela zmizí (vyhasne).

Pokud je podmíněná reakce spojena s určitým podmíněným podnětem, budou podobnou reakci vyvolávat i podobné podněty. Tento princip je označován jako **generalizace**. Je-li například pokusná osoba napodmiňována k mírné emocionální reakci po zaznění ladičky vydávající tón **c** (256 Hz), zjistíme, že vyšší i nižší tóny budou rovněž vyvolávat emocionální reakci, avšak ne všechny. Hovoří se o tzv. **gradientu generalizace**: Čím jsou tyto nové podněty původnímu podnětu podobnější, tím je pravděpodobnější, že budou vyvolávat podmíněnou reakci.

Jestliže pes byl napodmiňován a vylučuje sliny při samotném zapnutí světla, je možné pokračovat dále tak, že před světlem zapneme například bzučák, avšak nedáme do misky žádnou potravu. Mezitím opět spojujeme světlo s potravou, aby nedošlo k vyhasnutí. Po několika opakování spojení bzučáku se světlem začne pes vylučovat sliny již po zvuku bzučáku. Tento princip je označován jako **podmiňování druhého řádu**.

To je například dobře známo u onkologických pacientů, kterým se děla nevolno již při pohledu na ordinaci, v níž dostávají chemoterapii.

Operantní (instrumentální) učení: E.L. Thorndike a B.F. Skinner

V případě klasického podmiňování se podmíněná reakce většinou podobá normální reakci na nepodmíněný podnět, tedy reakci nepodmíněné. Například vylučování slin je normální reakcí psa na jídlo. Když však chceme psa podávat „pac“, nemůžeme použít klasické podmiňování, neboť toto chování nemá žádný přirozený (nepodmíněný) podnět.

Při operantním (instrumentálním) učení dochází k naučení určitých reakcí, které mají určité **důsledky v okolí**. To je první rozdíl oproti klasickému učení, kde reakce nemá na prostředí žádný bezprostřední vliv, neboť tyto reakce jsou **fyzilogické nebo emocionální** povahy. Druhým rozdílem je, že reakce zde nemá žádný přirozený „nepodmíněný podnět“; je spuštěna **spontánně**.

Malé dítě například vydává spontánně určité zvuky – vrnění, broukání, pláč atp. Jestliže ale matka na jeho vrnění reaguje úsměvem, pochvalou či pohlazením, nebo při pláči okamžitě přiběhne, zvýší se u dítěte frekvence těchto spontánních projevů. Pochvala nebo příchod matky jsou zde chápány jako **zpevnění**. Dítě se tímto způsobem naučí **kontrolovat** své prostředí: chce-li něčeho dosáhnout, stačí zakřičet. Jeho chování tedy vede k důsledkům v prostředí, jimiž jsou z pohledu teoretiků učení různé druhy **zpevnění**.

E.L. Thorndike a zákon účinku

Se studiem operantního učení začal ve svých pokusech na přelomu 19. a 20. století E.L. Thorndike. Byl do značné míry ovlivněn Darwinovou teorií evoluce. Snažil se dokázat, že zvířata se stejně tak jako lidé učí celý život. Učení přispívá ke zvýšení šancí na přežití. **V průběhu operantního učení zákon účinku selektuje ze souboru náhodných reakcí ty, které mají pozitivní důsledky.** Tento proces je podobný procesu evoluce, ve kterém zákon přežití nejlepších selektuje z řady náhodných variací druhu právě ty změny, které slouží ke zvýšení pravděpodobnosti přežití.

Například umístíte hladovou kočku do klece, jejíž dveře jsou zavřeny pomocí jednoduché západky, takže je možno je snadno otevřít. Před klec je umístěn kus ryby. Kočka se nejprve snaží na rybu dosáhnout skrz mřížce klece, ale to se jí nepodaří. Po chvíli svého úsilí zanechá a začne se pohybovat po kleci. V určitém okamžiku zcela náhodně zavadí o západku a dveře se otevřou. Kočka vyběhne a rybu sežere. Experimentátor ji dá znovu do klece a celý pokus opakuje. V průběhu několika pokusů vypustí kočka ze svého repertoáru značné množství neúčinných forem chování a dostává se k rybě stále dříve. Nakonec se naučí otevřít západku okamžitě po svém umístění do klece. Naučila se tedy otvírat západku, aby dostala jídlo.

Podle Thorndika chování kočky není inteligentní, neboť kočka nedospěla k pochopení souvislosti cíl-chování. Kočka se chová podle principu **pokusů a omylu** (trial & error) a když je některé chování okamžitě odměněno, bude ho kočka emitovat častěji než dosud. Naopak chování, které nevede k odměně, je z repertoáru eliminováno. Thorndike hovořil o tomto jevu jako o **zákonu účinku**.

B.F. Skinner a tvarování chování

Skinner zavedl řadu změn ve studiu operantního chování, které jsou dnes běžně přijímány. Své výzkumy nejčastěji realizoval pomocí jednoduché klece, označované jako **Skinner-box**, Skinnerova skříňka. Tato skříňka obsahuje tři základní prvky, jimiž jsou jídelní **miska** (a miska na pití), **páčka**, která je nad miskou a **světlo**, které je nad páčkou.

Skinnerovými oblíbenými pokusnými zvířaty byli krysy a zejména holubi. Když je krysa umístěna do skříňky, pohybuje se po ní a příležitostně se dotkne páčky a zmáčkne ji. Frekvence zmáčknutí páčky je registrována pomocí počítače a představuje **základní úroveň stlačování páčky**, tj. frekvenci spontánní emise dané reakce.

Když je zjištěna tato základní úroveň emise daného chování, je páčka spojena se zásobníkem potravy, který je vně skříňky. Každé zmáčknutí páčky uvolní otvor zásobníku a do misky spadne malý kousek potravy. Krysa potravu sní a brzy páčku znovu zmáčkne. Potrava zpevňuje stlačení páčky a frekvence stlačení páčky se tedy výrazně zvyšuje (**učení**). Je-li zásobník od páčky odpojen, mačká krysa páčku postupně stále méně často (**vyhasínání**).

Skinner rozlišuje tyto důsledky spontánního chování:

	pozitivní	negativní
ZPEVNĚNÍ	presentace příjemných podnětů (pochvala)	odstranění nepříjemných podnětů (zrušení zákazu)
TREST	presentace nepříjemných podnětů (kritika)	odstranění příjemných podnětů (zrušení dovolení)

Tabulka 1 Důsledky spontánního chování podle B.F. Skinnera.

Podle: B.F. Skinner (1953) *Science and Human Behavior*. New York: Macmillan.

Experimentátor někdy stanoví určitou vnější podmínku (například rozsvícené světlo), za níž bude reakce zpevněna. Tato vnější podmínka bývá označována jako **diskriminující podnět**.

Krysa začne postupně mačkat páčku při rozsvíceném světle častěji, než odpovídá základní úrovni, při zhasnutém světle naopak méně často. To co platí pro klasické podmiňování, platí tedy i pro operantní zpevňování.

Tvarování chování postupnou aproximací a vznik pověr

Podle Skinnera se tímto způsobem jedinec naučí takřka veškeré formy instrumentálního chování. Patří mezi ně i osvojování jazyka. Často jde o déletrvající proces, který lze experimentálně navodit například takto: Experimentátor zvolí určitý standard či kritérium výkonu, po kterém bude následovat zpevnění. Například u holubů je to chození s hlavou zdviženou do určité výšky. Emituje-li holub náhodně toto chování, je zpevněno. Po naučení se chodit s hlavou zdviženou do této výšky, může experimentátor zvýšit nároky – minimální hranice pro zpevnění bude o 2 cm vyšší, atd. Výsledkem je „vytvarování“ chování do požadované podoby.

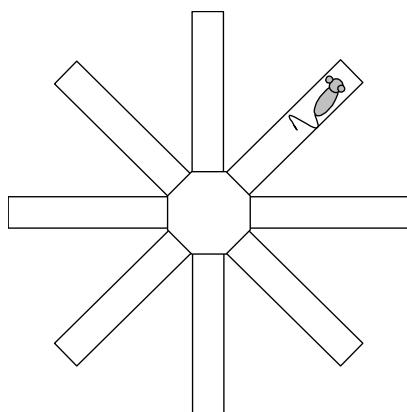
Někdy se ale organismus naučí i chování, které není instrumentální, tj. nevede k dosažení požadovaného cíle. Stojí-li například holub na jedné noze a náhodně přitom obdrží drobek, zvýší se pravděpodobnost, toho že bude stávat na jedné noze. Jakoby dospěl k přesvědčení, že jeho chování je příčinou této vnější události. I toto chování však zpravidla časem vyhasne.

Komplexní učení

Z hlediska kognitivního přístupu je podstatou učení schopnost organismu mentálně reprezentovat jednotlivé aspekty světa a provádět operace s těmito **mentálními reprezentacemi**, nikoli s tím, co reprezentují.

Kognitivní mapy

Jedním z prvních zastánců kognitivního přístupu k učení byl Edward Tolman, jehož výzkum se zabýval problémem, jak se krysa naučí hledat cestu složitým bludištěm. Z jeho pohledu se krysa probíhající složitým bludištěm *neučí* pořadí reakcí odbočení doprava nebo doleva, ale spíše **kognitivní mapu** čili *mentální reprezentaci plánu bludiště*.



Obrázek 11 Sedmiramenné bludiště k výzkumu komplexních forem učení.

Volně podle: Atkinson, R.L. et al. (2003) *Psychologie*. Praha: Portál.

Typické experimentální bludiště (viz obrázek) sestává ze středové plochy, z níž vychází osm stejných ramen. V každém pokusu umístí experimentátor na konec každého ramene kousek potravy a krysa se musí naučit, že je třeba dojít na konec každého ramene, vzít si potravu a nevracet se do ramene, v němž již byla. Krysy se tento úkol naučí velmi rychle. Je přitom

zajímavé, že takřka nikdy nepoužívají systematický postup, například zleva doprava. Navštěvují ramena na přeskáčku, v nahodilém pořadí, které je v každém pokusu jiné. *Nenaučily se tedy pevný sled reakcí.* Co se tedy vlastně naučily je otázkou. Možná si vytvořily reprezentaci bludiště připomínající mapu, tj. představu o prostorovém uspořádání ramen. A po návštěvě každého ramene si v duchu odškrtnou, ve kterém ramenu již byly a ve kterém tedy potrava již není.

Učení vhladem

Zatímco se někteří vědci snažili použít tento kognitivní pohled na nižší živočišné druhy, například na holuby nebo krysy, jiní se domnívali, že nejlepší důkaz pro kognitivní přístup může vzejít do vyšších druhů, zvláště od primátů. Mezi nimi zůstávají obzvláště důležité práce Wolfganga Köhlera se šimpanzi. Köhler obvykle umístil šimpanze do uzavřeného prostoru a mimo jeho dosah umístil nějaké ovoce, zejména banán.

Mezi typické úkoly patří například tento: Šimpanz je umístěn v kleci, ve které leží tři kousky tyče, které lze spojit. Šimpanz je ale nikdy spojené neviděl. Před klecí leží banán, který je však z dosahu šimpanze. Dokonce ani tehdy, když si pomůže libovolnou tyčí, na banán nedosáhne. Šimpanz však překvapivě po určité době všechny tři kousky tyče spojí a banán si touto prodlouženou tyčí přitáhne. Získal tedy jakýsi **vhled**, který spojuje *cíl* s představou *prostředku*, kterým by ho bylo možno dosáhnout.

Rozdíly tohoto typu učení oproti operantnímu učení jsou zjevné:

- řešení je náhlé, není třeba vysokého počtu zkusmých reakcí pokusem a omylem
- zvíře řeší tuto situaci pomocí mentální reprezentace problému (manipuluje s mentálními reprezentacemi složek situace) a pak realizuje řešení ve skutečnosti
- dochází k transferu na jiné situace – zvíře řeší stejný problém i při zadání s jinými prvky
- transfer nasvědčuje uchování řešení problému v paměti
- transfer nasvědčuje tomu, že řešení problému je na značně abstraktní úrovni, nikoliv v konkrétní podobě situace, s níž zvíře mělo zkušenost.

Tyto pokusy nasvědčují, že komplexní učení sestává ze dvou fází. V první z nich dochází k nalezení řešení a k jeho realizaci, ve druhé je toto řešení uloženo v abstraktní podobě v paměti a je vybaveno, kdykoliv se objeví podobná problémová situace. Proto *komplexní učení úzce souvisí s pamětí, myšlením a řešením problémů.*

1.6 Emoce

Emoce je zpravidla chápána jako komplexní *psychosomatický* či *psychofyziologický stav*. Tím je řečeno, že emoce není z jedné strany proces ani vlastnost, a současně že to není jev *pouze* duševní nebo *pouze* fyziologické povahy.

I když panuje značná míra shody v tom, že určité psychofyziologické stavy by měly být řazeny mezi emoce (například hněv, strach, smutek) a jiné nikoliv (například hlad, žízeň a bolest), existuje řada psychofyziologických stavů, u kterých dosud nebylo dosaženo shody (například údiv, zájem, pocity viny).

1.6.1 Vymezení pojmu a komponenty emocí

Výše uvedenou definici můžeme rozvinout v tom smyslu, že emoce jsou *komplexní jevy*, které zahrnují tři složky:

a) Fyziologické reakce

- v centrálním nervovém systému

- v autonomním nervovém systému
- v specifických interagujících oblastech (například v thalamu a hypothalamu)
- b) *Výrazové* (expresivní) *chování* (např. smích nebo pláč)
- c) *Subjektivní prožitky*; u těch lze rozlišit tyto dimenze
 - *kognitivní ohodnocení* (appraisal) podnětů a jejich interpretace a označení
 - intenzivní, různě dlouho trávající *city*, charakterizované:
 - kvalitou *libosti-nelibosti* (hédonické kontinuum)
 - kvantitativním ukazatelem *intensity* emočního vzrušení, tj. silou prožívaného citu
 - kvantitativním (časovým) ukazatelem *trvání* emoce a její proměnlivosti, *lability*
 - *motivační aspekt* (akční tendence)

1.6.2 Fyziologie emocí

Jde o komplex tělesných – viscerálních a neurofyziologicko-biochemických – změn, označovaný jako *arousal*, *aktivizace* či *excitace*.

Většina fyziologických změn, k nimž dochází během emoční aktivace, je způsobena aktivací sympatického oddílu autonomního nervového systému, který připravuje tělo na boj nebo útěk. Sympatický systém vyvolává následující změny (ne nutně všechny současně):

- zvýšení krevního tlaku a zrychlení srdeční frekvence (tepu)
- odvádění krve od žaludku a střev k mozku a kosternímu svalstvu
- snížení hladiny glukózy v krvi, aby bylo zajištěno v případě potřeby větší množství energie
- zrychlení dýchání
- zvýšení srážlivosti krve pro případ poranění
- zvýšení pocení a snížení vylučování slin a hlenu
- vztyčení chlupů na kůži (husí kůže)
- zúžení zorniček.

Sympatický systém připravuje organismus na výdej energie. Když emoce opadnou, přebírá řízení parasympatický systém, který vrací vše do původního stavu. Jeho funkcí je naopak uchovávání energie.

Tyto činnosti autonomního nervového systému jsou spouštěny činnostmi určitých oblastí mozku, včetně hypothalamu a částí limbického systému. Impulsy z těchto oblastí jsou přenášeny k jádrům mozkového kmene, která kontrolují funkce autonomního nervového systému. Autonomní nervový systém pak působí přímo na svaly a vnitřní orgány a spouští některé výše popsané tělesné změny. Další tělesné změny působí nepřímo stimulací vylučování adrenálních hormonů.

Teorie týkající se fyziologické stránky emocí

Některé moderní směry bádání v oblasti fyziologie emocí se zaměřily na problematiku **fyziologického arousalu**. Jím se rozumí fyziologické vybuzení organismu (excitace, tonizace). Vycházejí z předpokladu, že fyziologický arousal je difusní a nespecifický vzhledem k jednotlivým emocím, a že ovlivňuje pouze *intenzitní* stránku emocí, nikoliv jejich stránku kvalitativní (hédonickou). Prudký hněv se tedy fyziologicky neliší od emocí zcela odlišných – například od silné radosti.

Schachterova teorie emocí

Podle této teorie je primární příčinou emoce jakýsi *nediferencovaný (difúzní) a nevysvětlený obecný arousal*. Organismus se následně snaží o vysvětlení tohoto arousalu. Procesy hledání vysvětlení (atribucí) ústí v nalezení a „přilepení“ **nálepky**, která určuje kvalitu této

emoce. Emoce je zde tedy interpretací obecného arousalu. Nemá-li jedinec žádné předem zaběhané vysvětlení pro svůj stav fyziologické excitace (arousalu), označuje tento stav emocemi, které odpovídají kognitivním a situačním faktorům.

V jednom experimentu byl skupině pokusných osob podán hormon adrenalin, který zvyšuje celkovou fyziologickou aktivitu organismu: zrychluje tlukot srdce, zrychluje dech, uvolňuje do krevního řečiště cukry, nutné pro rychlou akci, navozuje pocit tělesné nervozity či vzrušení. Polovině subjektů z této skupiny bylo řečeno, že se injekce projeví výše uvedenými příznaky, druhé polovině bylo řečeno, že injekce na ně nebude mít žádný vliv. Současně bylo jiné skupině podáno placebo. Tyto osoby byly rovněž rozděleny do dvou podskupin a byly jim poskytnuty stejné informace. Pokusné osoby nevěděly, jaký přípravek dostaly.

Poté převedl experimentátor pokusné osoby do vedlejší místnosti. V této místnosti pomocník experimentátora před polovinou pokusných osob vyzařoval dobrou náladu – pouštěl vlaštovky z papíru, cvičil s hula hoop atp. Před druhou polovinou naopak demonstroval špatnou náladu – reagoval stále agresivněji na příliš osobní otázky v dotazníku, který měli současně vyplňovat. Chování pokusných osob bylo sledováno experimentátorem jednostranně průhledným sklem a byly registrovány jejich emocionální projevy. Po návratu do místnosti experimentátora měly navíc vyplnit dotazník, týkající se jejich aktuálního emocionálního stavu.

Výsledky ukazují, že nálada těch pokusných osob, které byly pod vlivem adrenalinu, avšak neočekávaly změnu fyziologického stavu (tj. neměly pro něj předem připravené vysvětlení), byla totožná s náladou, kterou manifestoval svým chováním pomocník experimentátora – tj. byly například bujaře veselé, euforické, nebo naopak rozhněvané, zlostné a vzteklé. Tyto pokusné osoby si přitom své nálady vysvětlovaly účinkem aplikovaného přípravku, nikoliv přítomností druhých osob. Emocionální chování ani sdělovaná nálada ostatních pokusných osob nebyla chováním pomocníka experimentátora nijak výrazně ovlivněné.

Teorie transferu excitace – Dolf Zillmann:

Zillmann rozšířil Schachterův model na základě analýzy *latence* fyziologické excitace a jejího *gradientu oslabování* či navracení se do normálního pásma. Tento autor rozlišuje mezi rychlými nervovými transmisemi, které zprostředkovávají kognice, a poměrně pomalými humorálními procesy a s nimi souvisejícími fyziologickými reakcemi. V normálních případech předchází kognitivní adaptace fyziologickou excitaci. Jádrem jeho teorie spočívá v tom, že *organismus si může přinést do nové situace excitaci (arousal), která je reakcí na minulou situaci*. V této nové situaci může zažít excitaci, kterou tvoří (a) nový arousal, který je specifický pro existující situaci, a (b) reziduální excitace z minulé situace. Jeho reakce na nové podněty pak může být nepřiměřeně intenzivní, neboť jeho excitace neodpovídá pouze právě působícím podnětům. Zillmann tento jev označil jako **transfer excitace**.

V jeho experimentu obdržela v první etapě pokusná osoba od jiné pokusné osoby nespravedlivě několik elektrických ran. Experimentátor poté všechny pokusné osoby rozdělil do tří skupin. Ve druhé etapě pak shlédly tyto tři skupiny tři odlišné patnáctiminutové filmové ukázky a současně byly měřeny jejich fyziologické reakce (arousal) pomocí snímání kožně-galvanické reakce. První skupina viděla ukázkou z filmu *Cestování Marca Pola*. Šlo o vzdělávací film, který nevedl ke zvýšení fyziologické excitace. Druhá skupina zhlédla ukázkou z filmu *Body and Soul*. Šlo o film s agresivní tematikou, která navodila, jak ukázalo měření, zvýšené fyziologické vybuzení. Třetí skupina viděla ukázkou z erotického filmu *The Couch*, který navodil nejvyšší úroveň fyziologické excitace.

Ve třetí etapě vystupovala pokusná osoba v roli učitele. Jejím žákem, sedícím v oddělené vedlejší místnosti, byla pokusná osoba, která ji v první etapě nespravedlivě trestala elektrickými ranami. Učitel měl před sebou panel, na kterém bylo deset tlačítek označujících

různou úroveň elektrické rány, kterou právě osobě v druhé místnosti uděluje. Úkolem žáka bylo odpovídat prostřednictvím signalizace na určité dotazy učitele. Za každou chybu mu měl učitel udělit elektrickou ránu takové intenzity a délky, jak sám uzná za vhodné. Žák reagoval chybně ve 12 z celkem 20 úkolů. (Netřeba snad dodávat, že žák byl ve skutečnosti spolupracovníkem experimentátora a žádné elektrické rány ve skutečnosti nedostával.)

Výsledky ukazují, že nejsilnější elektrické rány udělal učitel žákovi tehdy, shlédl-li erotický film, nejméně intenzivní, shlédl-li film o cestování Marca Pola. Intenzita jeho reakce tedy odpovídala intenzitě fyziologického vybuzení, které si do nové situace přinesl z předchozí situace.

Graf 1 Vliv filmu na intenzitu agresivního chování.

Data: Zillmann, D. (1971) *Excitation transfer in communication-mediated aggressive behavior*. Journal of Experimental Social Psychology 7, 419-434.)

Stojí za zmínku, že ačkoli byl arousal z první situace spojen s nejrůznějšími emocemi (od kladných po záporné), přenesla se do druhé situace zjevně pouze jeho intenzita, nikoli kvalita.

1.6.3 Expresivní chování

K hlavním pozorovatelným komponentám emocí u lidí patří výraz obličeje, paralingvistické projevy, pohled a držení těla. Někteří teoretici pokládají tyto jevy za pouhé „vyjádření“ emoce, která existuje nezávisle na nich, jiní ji chápou jako příčinu vědomého prožitku. Začneme tímto druhým přístupem.

Exprese jako antecedent emoce

Teorie W. Jamese

Jedna z prvních hypotéz o vztahu mezi chováním a emocemi postulovala v rozporu s běžným názorem, že chování předchází emoci. Jamesovo (1884) známé shrnutí této teorie lze volně parafrázovat tak, že *nepláčeme proto, že jsme smutní, ale jsme smutní, protože pláčeme*.

Jak k tomuto závěru James dospěl? Podle Jamese platí nutně jedna z těchto dvou tezí: Buď v mozku existují určitá centra, která jsou specifická pro emoce, která však nebyla dosud lokalizovaná, nebo emocionální procesy korespondují s procesy, které mají známá centra v mozku, tj. se sensoricko-motorickými procesy. Podle Jamese platí druhá hypotéza: Emoční procesy, k nimž dochází v mozku, nejsou ničím jiným než specifickými a velmi komplexními kombinacemi sensorických a motorických procesů, k nimž v mozku dochází.

Podle této teorie emociogenní podněty uvádějí v chod reflexní tělesné procesy, jejichž pociťování tvoří základ emoce. Fyziologický proces, specifický pro každou emoci, nás informuje o tom, co cítíme.

Hypotéza Silvana S. Tomkinse

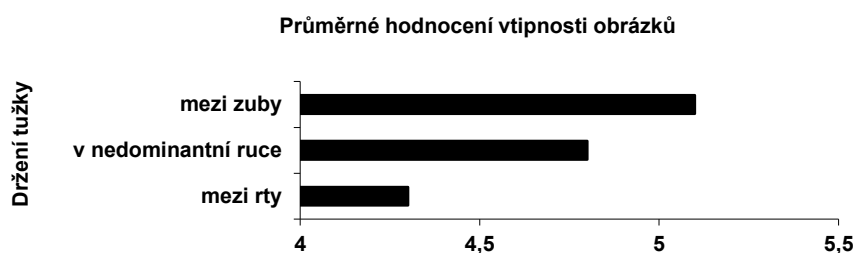
Na Jamese navázala v moderní době řada autorů. Například podle Tomkinse (1962) je nám vrozená aktivizace různých **konfigurací faciálních svalů**. Tato konfigurace je závislá na hustotě nervových vzruchů. Náhlá a vysoká hustota nervových vzruchů tak například vede ke grimase překvapení, střední hustota ke grimase strachu. Zpracování informací z kontrakce obličejových svalů je podle této teorie emocí. Jde o hypotézu **obličejové zpětné vazby (facial feedback)**. Jednotlivé emoce jsou přitom vyvolané pouze určitými konfiguracemi obličejových svalů. Ohniskem pocitů, které jsou základem všech emocí, je přitom výlučně

obličej. V průběhu individuálního vývoje a výchovy dochází k omezení přijatelných a užívaných forem obličejového výrazu (exprese), což má za následek zúžení rozsahu emocí, které můžeme pociťovat. Obličej je dostatečně citlivý a komplexní (členitý), aby mohl vysvětlit separátní kvality jednotlivých emocí. Fyziologický arousal může případně sloužit k vysvětlení odlišností v jejich intenzitě.

Experimentálně je tato hypotéza ověřována při použití různých technik.

Přehánění / potlačování výrazu emoce: Například Lanzetta se spolupracovníky nechali pokusné osoby vyjadřovat pocity bolesti. Někdy měly tento výraz záměrně přehánět, jindy naopak jakoby potlačovat. V nepravidelných intervalech (tj. nečekaně) přitom pokusné osoby dostávaly mírně bolestivé elektrické rány. Výsledky ukázaly, že pokusné osoby uváděly, že jsou tyto rány méně bolestivé tehdy, měly-li současně výraz „nic mě nebolí“, než když naopak přeháněly výraz bolesti. Podobné výsledky byly získány v jiných výzkumech, kdy měly pokusné osoby při přehánění různých výrazů sledovat ukázky z filmů, vonět si k různým vůním atd.

Indukce svalové kontrakce (muscle induction paradigm): Pokusné osoby zde mají za úkol buď provádět záměrně kontrakci některých svalů obličejje, nebo provádět určité úkony, při nichž dochází k jejich kontrakci. Například v experimentu Stracka, Martina a Stepperové (1988) se pokusné osoby domnívaly, že jde o výzkum psychomotorické koordinace, který je určený ke zlepšení situace handicapovaných lidí. Jak známo, musí tito lidé používat části těla jinak neobvyklým způsobem – například kreslí nebo píše ústy, musí se naučit používat nedominantní paži atp. Úkolem pokusných osob v tomto experimentu bylo kreslit a psát na papír tužkou různé věci. Některé z nich přitom měly používat nedominantní ruku (tj. tu, s níž by normálně nikdy nepsaly ani nekreslily), jiné měly za úkol držet při kreslení a psaní tužku mezi zuby (bez dotyku rty), jiné naopak mezi rty (bez doteku zuby). Jedním z úkolů bylo uvést vtipnost čtyř různých obrázků zakroužkováním jednoho z čísel na škále od nuly do devíti. Podle hypotéz autorů držení tužky mezi rty vede ke kontrakci svalů, které jsou obdobou grimasy hněvu, zatímco držení tužky mezi zuby vede ke grimase smíchu. Proto by měly osoby držící tužku mezi zuby posuzovat obrázky nejpříznivěji, nejméně příznivě by je měly naopak posuzovat pokusné osoby, které držely tužku mezi rty. Výsledky jsou v souladu s touto hypotézou.



Graf 2 Hodnocení vtipnosti obrázků (popis v textu).

Data: Strack, F., Martin, L.L., Stepper, S. (1988) *Inhibiting and facilitating conditions of the human smile: A nonobtrusive test of the facial feedback hypothesis*. Journal of Personality and Social Psychology 54(5), 768-777.

Teorie kognitivního zprostředkování (autoatribucí)

James D. Laird (1974) předložil výklad těchto jevů pomocí teorie autoatribucí. Tato teorie postuluje, že svým vlastním emocionálním stavům rozumíme na základě stejných procesů, na základě kterých rozumíme emocionálním stavům druhých. Svě vlastní emoce vysuzujeme

ze svého chování v určité situaci. Tento proces percepce je stejně neuvědomovaný a automatický jako například proces vnímání hloubky.

Například London a Monell vyšli z předpokladu, že *percipovaná rychlost, s níž nám ubíhá při práci čas*, je důležitou informací pro vznik pocitu **nudy**. Je-li subjektivní čas kratší než čas objektivní, jeví se nám úkol jako spíše zajímavý; je-li naopak subjektivní čas delší než objektivní, jeví se nám úkol jako spíše nudný. V jejich experimentu pracovaly všechny pokusné osoby 20 minut na jakémsi úkolu. Polovině z nich však předcházející se hodiny ukázaly, že na úkolu pracovaly 10 minut, druhé polovině zpozdující se hodiny ukázaly, že pracovaly na úkolu 30 minut. Pokusné osoby, kterým hodiny „naměřily“ deset minut se zdál úkol nudnější, než těm, kterým naměřil třicet minut. Ubíhá-li nám tedy čas pomaleji, než by měl, je možnou příčinou nudnost úkolu.

Vaskulární teorie

Jiná verze této teorie byla předložena R.B. Zajoncem. Když se smějeme, dochází podle této teorie v důsledku změn v našich obličejových svalech ke snížení teploty krve, která proudí k mozku. Mozek tuto změnu registruje a je pro něj podnětem pro pocit radosti. Naopak svalové změny spojené s expresí smutku vedou ke zvýšení teploty krve proudící k mozku, což je podnětem pro emoci smutku. I když tato teorie není obecně přijímána a je pouze dílčí hypotézou, koresponduje například s běžným pozorováním, že si lidé často chladí čelo nebo zátylek, aby si zlepšili náladu. Navíc je možné, že se některé emoce – stud, zahanbení, pocity viny – vůbec neprojevují expresí svalovou, ale pouze červenáním a blednutím, tedy reakcemi, které souvisejí s průtokem krve.

Ve svém slavném experimentu nechal Zajonc rodilé Němce číst nahlas dvě různé povídky. Tyto povídky si byly co do obsahu velmi podobné, lišily se však v počtech výskytu písmene **ü (über, für, ...)**. Při vyslovení této samohlásky se natahují určité svaly v obličeji, které se při úsměvu naopak uvolňují. Častější vyslovování této samohlásky by tedy měla vést ke zhoršení nálady. Autoři zjistili, že při čtení povídky s vysokým výskytem kritické samohlásky stoupla čtenářům mírně teplota čela. Současně byly zjištěny signifikantní rozdíly v hodnocení přečtených povídek – povídky bez **ü** byly hodnoceny kladněji.

Expresa jako konsekvence emocí

C. Darwin o expresivním chování

První významné vědecké přínosy ke studiu emocí přinesli biologové. Ti chápou emoce jako významný faktor v chování a adaptaci lidí a zvířat. Charles Darwin rovněž postuloval funkcionální vztah mezi emocemi, kognicemi a chováním. Poznamenal například, že v hněvu dává excitovaný mozek sílu svalům a současně energii vůli (1872). Darwin věnoval jednu ze svých prací přímo otázce výrazu emocí u člověka a zvířat. V této práci vychází z postulátu, že prožitek emoce předchází chování a že chování je výrazem tohoto prožitku. Tento prožitek však existuje nezávisle na chování.

Ve své práci zformuloval Darwin několik důležitých hypotéz, které jsou dnes předmětem intenzivních výzkumů. Darwinovy základní hypotézy znějí:

- Téměř všechny formy expresivního chování lidí i zvířat jsou **vrozené či instinktivní**. Některé z nich se projevují hned po narození, například křik při pocitu bolesti, jiné – ač rovněž vrozené – vyžadují určitou míru nácviku a zrání. Mezi tyto patří například pláč a smích. Tyto dva postuláty podle Darwina vysvětlují, proč se shodné exprese vyskytují
- u dospělých lidí v různých kulturách
- u dětí zdravých stejně tak jako u dětí od narození slepých, které se je nemohly naučit
- u člověka i u zvířat.

- Je-li exprese emocí instinktivní, je otázkou, zda i jejich **rozpoznávání** z chování druhých je instinktivní. Podle Darwina se i přes nedostatek empirické evidence lze domnívat, že tomu tak je.

Expresse emocí u lidí v různých kulturách

Takřka přesně sto let po Darwinovi předkládal Izard (1971) pokusným osobám fotografie, na kterých byly znázorněny výrazy těchto devíti základních emocí: zájmu, radosti, překvapení, smutku, hněvu, nechuti, opovržení, strachu a studu. Pokusnými osobami pocházeli z různých kultur. Byli mezi nimi Američané, Angličané, Němci, Francouzi, Švédové, Švýcaři, Řeci, Japonci, Afričané, Indiáni a Turci. Jejich úkolem bylo přiřadit jednotlivé fotografie k devíti kategoriím uvedených emocí. Ve všech kulturách byla zjištěna velmi vysoká míra shody či přesnosti v rozpoznávání emocionálních výrazů.

Izardův výzkum však nevyklučuje, že příslušníci těchto různých kultur, které jsou v interakcích, nesdíleli určitou společnou kulturu vyjadřování a rozpoznávání emocí. Tuto alternativu vylučují výzkumy P. Ekmana a I. Eibl-Eibesfeldta.

Ekman se spolupracovníky (1971) použil fotografie, na nichž byly znázorněny výrazy šesti základních emocí, kterými jsou:

- **radost (štěstí)**
- **hněv**
- **znechucení**
- **překvapení**
- **strach**
- **smutek.**

Tyto fotografie prezentovali příslušníkům odlehklých preliterálních kultur, které nemají styky mezi sebou, ani nemají téměř žádný kontakt se západní kulturou (například v Nové Guinei a na Borneu). Ekman a jeho spolupracovníci potvrdili, že těchto šest emocí rozpoznají zřejmě lidé na celém světě.

Zdravé a slepé děti

I. Eibl-Eibesfeldt (1979) ukazuje, že projevy přinejmenším některých emocí jsou vrozené, neboť se spontánně vyskytují i u dětí od narození slepo-hlucho-němých – tedy u dětí, které neměly možnost se tyto projevy (výrazy emocí) naučit. Patří mezi ně například smutek a radost, které se projevují pláčem a smíchem. Podle tohoto autora je rozsáhlá škála lidských emocionálních projevů vrozená a spouštěná instinktivně – včetně projevů, které provázejí ženské koketování nebo pozdrav (1972).

Člověk a zvíře – smích a úsměv

Třetí hypotéza je nejproblematictější a nejméně probádaná. Řada autorů se věnovala otázce smíchu. Bylo vždy nápadné, jak rozmanité a vysoce „duchovní“ podněty dokáží vyvolat tuto stereotypní, zautomatizovanou, reflexní reakci. Většina autorů se domnívá, že smích je pouze méně intenzivní formou smíchu.

Van Hooff (1972) ukazuje, že smích a úsměv jsou pravděpodobně exprese, které mají odlišný fylogenetický původ. U člověka však tyto odlišné formy výrazu značně konvergovaly. Fylogenetického předchůdce *úsměvu* spatřuje van Hooff v expresi označené jako „silent bared-teeth display“, tedy *tiché cenění zubů*. Ústa jsou při tomto výrazu zcela uzavřená nebo pouze velmi slabě pootvřená a rty odkrývají značnou část dásní. Chybí při něm vokalizace. U většiny druhů opic je tento projev projevem *submise*. Je tedy spojen s chováním subordinovaného jedince vůči dominantnímu členu skupiny.

Smích se podle van Hooffa vyvinul z výrazu označeného jako „relaxed open mouth display“. Jedinec při něm má otevřená ústa a ukazuje své zuby. Jde o expresi často užívanou při sociálních hrách. Dává se jím zřejmě najevo, že jedinec ví, že jde o zápasení a půtky pouze „na oko“, že nejde o skutečnou agresi. Tento výraz je často provázen rychlým a povrchním stakatickým dýcháním, které může být vokalizováno. Vokalizace zpravidla zní „ahh ahh ahh“ (srovnej lidské ha ha ha). Jde o výraz spojený později s agresí a s *dominantním chováním*. Je pozoruhodné, že i při výzkumech lidské neverbální komunikace je úsměv chápán jako projev submisivní a hlasitý smích jako projev dominantní.

Vrozené čtení výrazu emocí

Tato hypotéza je dnes přijímána řadou odborníků. Vychází se z toho, že vrozená schopnost rozpoznat výraz přinejmenším některých emocí je důležitá pro přežití jedince. Například G. Sackett (1966) choval od narození v úplné sociální izolaci osm makaků. Umístil je jednotlivě do určitých klecí. Ve stáří několika týdnů promítal na stěnu klece těmto opičkám pomocí diaprojektoru různé obrázky. Na některých byly krajiny, na jiných lidé, na dalších makakové. Zjistil, že obrázky s makaky navodily vždy mnohem vyšší frekvenci aktivit než obrázky kontrolní. Dále se ukázalo, že byl-li malým makakům promítnut obrázek dospělého makaka ve výhrůžné pozici, reagovala tato mláďata projevy strachu (třes, útěk do vzdáleného kouta), ačkoliv nikdy před tím žádného živého dospělého samce neviděla. Obrázky malých makaků naopak navodily explorační chování a tendence živých makaků přimět tyto obrázky, aby si s nimi hrály.

Mozková lokalizace

Současné výzkumy ukazují, že systém sloužící k identifikaci emocí je lokalizován v pravé mozkové hemisféře. V jednom experimentu ukazoval experimentátor pokusným osobám obrázky vyjadřující různé emoce. Tyto obrázky byly umístěny buď v levé, nebo v pravé části zorného pole. Když měla pokusná osoba rozhodnout, kterou ze dvou emocí obličej vyjadřuje, byly reakce rychlejší a správnější, byly-li obrázky umístěny v levé polovině zorného pole, tj. promítly-li se do pravé hemisféry.

Schopnost rozpoznávání emocí je přitom nezávislá na schopnosti rozpoznávání obličejů. Lidé trpící tzv. prozopagnózií mají v důsledku poškození mozku tak výrazné problémy s rozpoznáváním známých obličejů, že v některých případech nepoznají dokonce ani svůj vlastní obličej. Nicméně tito lidé mohou někdy správně rozeznávat výraz emoce. Mohou tak poznat, že je daná osoba šťastná, aniž by poznali, že jde o jejich vlastní ženu.

1.6.4 Subjektivní prožívání emocí

Jak jsme již uvedli, sestává prožitek z několika komponent. Věnujme se ještě otázce **kognitivního ohodnocení podnětů** při vzniku emoce. Jako dobrý úvod pro porozumění této otázce nám poslouží pojetí M. Hoffmana (1986). Tento autor rozlišuje tři komplexní způsoby zpracovávání informací, na základě kterých vznikají emocionální reakce.

1) Přímá emocionální reakce na fyzické či senzorické aspekty podnětu

Sem patří například **nepodmíněné reflexy**. Organismus je zřejmě biologicky naprogramován k selekci informací, které jsou relevantní pro přežití. Děti se tak například rozplácí, jestliže se jim před očima začne něco nečekaně rychle zvětšovat, slyší-li pláč druhých dětí nebo jsou-li omezované ve spontánní aktivitě. Patří sem ale i některé **podmíněné reflexy**. Děti se například naučí emocionálně reagovat na slova nebo na smyslu prosté slabiky, které byly asociovány s elektrickými rankami.

2) Emocionální reakce založená na srovnání fyzických či sensorických aspektů podnětu s jeho mentální reprezentací či schématem

Od chvíle, kdy si dítě začíná uvědomovat, že objekt nepřestává existovat ani poté, co zmizí z jeho zorného pole, vzniká nový modus aktivizace emocí, který spočívá ve srovnání sensorických vlastností objektu s jeho paměťovou reprezentací (schématem). Jestliže je s podnětem asociována emoce, může aktivizace schématu vést zpětně ke vzniku emoce. Schéma je tzv. *emocionálně nabité*).

Malé dítě se například usmívá, když vidí, že se z dálky blíží osoba, která je oblečená jako jeho maminka. Když však pozná, že nejde o matku, je smutné a někdy se i rozpláče. Aktivizace schématu matky tedy evokovala kladnou emoci, která je součástí schématu.

3) Emocionální reakce na význam podnětu, přesahující jeho fyzikální či sensorické aspekty (jeho příčiny, důsledky, implikace pro naše „JÁ“)

Sem Hoffman řadí například *kategorizaci*. Kategorizace může vznikat na základě abstrahování vlastností společných celé množině objektů a událostí. Jestliže má určitý člověk spojené negativní emoce s kategorií „fašista“, bude pravděpodobně pociťovat negativní emoce ke každému novému člověku, o kterém se dozví, že byl nebo je členem této politické strany.

Mezi další procesy patří *atribuce příčin*: Pociťujeme různé emoce lidem, kteří jsou si sami příčinou svého neštěstí než k lidem, kteří za své neštěstí nemohou. Podobně tomu vedou ke vzniku emocí například i procesy *srovnání se standardy*. Prožíváme značně odlišné emoce, jestliže můžeme úspěch v soutěži s ostatními připsat sobě než protekci.

1.7 Motivace

1.7.1 Motivy

Ptáme-li se na *příčiny chování*, tj. proč si někdo něco myslí, proč touží po tom či onom, proč udělal určitou věc, ptáme se na motivy. Pojem motivu je utvářen na základě analogie s fyzikálním pojmem *síly*, tedy faktoru, který uvádí těleso do pohybu a udává jeho pohybu směr. V psychologii je motiv definován jako *síla, která energetizuje a řídí chování*. Rozlišují se dvě třídy motivů:

- vnitřní (**pohnutky**)
- vnější (pobídky, **incentivy**)

Vzájemné působení vnitřních (pohnutek) a vnějších (incentiv) faktorů vede ke stavu motivace.

Psychologové vynaložili značné úsilí ve snaze o vytvoření klasifikace všech lidských motivů (pohnutek). Uvedme jednu z nejznámějších klasifikací, jejímž autorem je K. Madsen, (1979). Dělí motivy podle míry vrozených komponent do tří tříd.

1. Primární motivy, které jsou vrozené a které slouží k zachování a reprodukci života na Zemi; sem se řadí

- motiv hladu
- motiv žízně
- motiv rozmnožování
- motiv mateřský
- jiné motivy (teploty, vyhýbání se bolesti, aktivity, odpočinku, zásobení kyslíkem, vylučování škodlivin aj.)

2. Emoční motivy, které bývají někdy uváděny jako vmezeřená kategorie zčásti vrozených, zčásti naučených motivů, jimiž jsou

- motiv bezpečí
- motiv hněvu (tj. motiv agresivní reakce na frustraci, tedy překážku, která stojí v cestě k uspokojení některého motivu).

3. Sekundární motivy, které jsou naučené a nespočívají na fyziologické bázi (tj. neodpovídají jim určité stavy těla, jako například nedostatek bílkovin, tekutin, teploty, přebytek některých hormonů atp.); patří mezi ně zejména

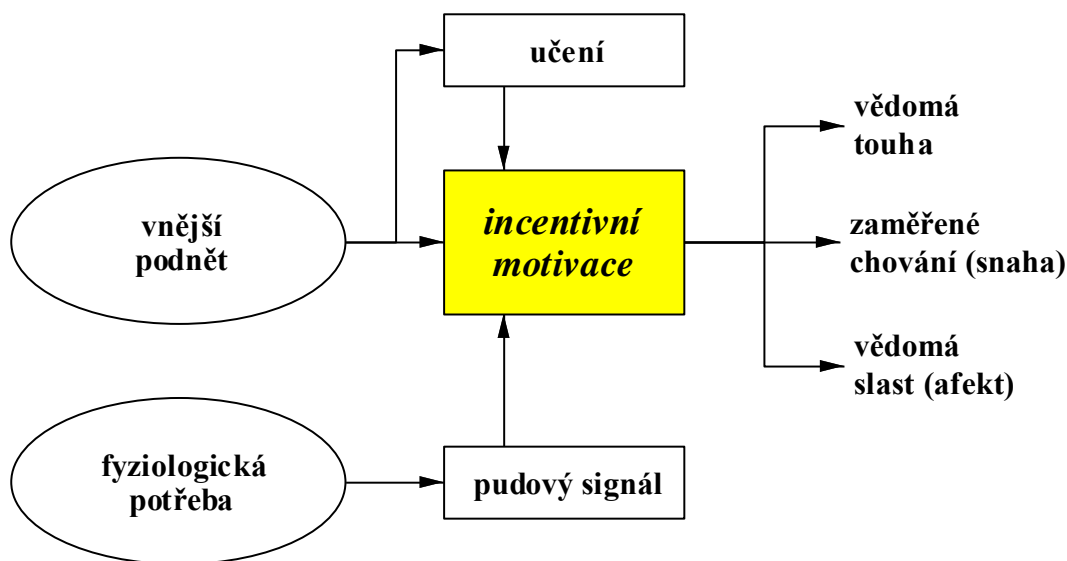
- motiv sociálního kontaktu (afiliace)
- motiv úspěšnosti a podávání vysokého výkonu
- motiv moci
- motiv vlastnictví.

1.7.2 Motivace

Je zřejmé, že tato klasifikace není a patrně ani nemůže být vyčerpávající. I tak je ale patrné, že organismus disponuje velkým množstvím různých motivů. Ne každý z nich však aktuálně působí: právě teď mohu, ale nemusím mít hlad. Aktuální stav, kdy vlivem určitého motivu nebo jejich konstelace něco chci nebo se nějak chovám, je označován termínem motivace. U motivace jde téměř vždy o **interakci** vnitřních motivů (**pohnutek**) a vnějších pobídek či stimulů (**incentiv**). Motivace je stav, který aktivizuje chování a dává mu směr. Subjektivně je vnímán jako **vědomá touha**, například touha jíst.

Mezi příčiny motivace patří fyziologické stavy mozku a těla a stejně tak i naše kultura a sociální interakce s jedinci v našem okolí. V této kapitole se budeme nejprve věnovat **základním motivům**, jako je hlad, žízeň a sex. Tyto motivace se do značné míry zakládají na našem biologickém dědictví a odkrývají obecné principy toho, jak fungují motivace a odměna při řízení chování. Sociální a kulturní vlivy budeme probírat později.

Pro motivaci jsou na vědomé úrovni charakteristické tři procesy: vědomá touha (mám například žízeň), chování zaměřené na získání této incentive (snažení) a emocionální reakce coby důsledek dosažení nebo nedosažení dané incentive. Celkově lze předložit tento model incentivní motivace:



Obrázek 12 Schéma incentivní motivace.

Podle: Atkinson, R.L. et al. (2003) *Psychologie*. Praha: Portál.

Motivace obvykle směřuje chování k určité incentivě, jež představuje příjemné pocity nebo redukuje nepříjemný stav: patří sem jídlo, pití, sex atp. Jinými slovy je pro incentivní motivaci charakteristický **afekt**, příjemný nebo nepříjemný stav.

Motivy přežití a homeostáza

Mnoho motivů přežití pracuje podle principu homeostázy, která odpovídá snaze těla o udržení stálého vnitřního prostředí navzdory měnícímu se vnějšímu prostředí. Zdravý jedinec udržuje svoji tělesnou teplotu na stálé úrovni s odchylkou pouze jednoho nebo dvou stupňů, přestože se teplota prostředí může měnit o 40 stupňů i více. Podobně udržuje zdravá osoba relativně stálé množství vody v těle, přestože se může dostupnost vody v prostředí drasticky měnit. Podobné vnitřní konstanty jsou nezbytné pro život, neboť tělesná teplota, která je podstatně vyšší než norma, může po několika hodinách vést ke smrti, stejně jako nedostatek vody, trvající 4 až 5 dnů.

1.7.3 Primární motivy

Žízeň

Uspokojování žízně je důležitý homeostatický proces. **Žízeň** je *psychický projev potřeby vody*, jež je důležitá pro přežití organismus. Jak je tento proces řízen?

Když nepijeme nebo intenzivně cvičíme, tělo začíná strádat vyčerpáním dvou druhů zásobáren tekutin, protože voda se z něj postupně ztrácí pocením, dýcháním a močením. První typ těchto zásobáren představuje voda obsažená v buňkách. Voda obsažená v buňkách se nazývá **intracelulární tekutina**. Druhá zásobárna vody sestává z vody uložené vně buněk. Je obsažena v krvi a dalších tělních tekutinách. Nazývá se **extracelulární tekutinou**.

Žízeň podnětená nedostatkem extracelulární tekutiny vzniká v případě, kdy tělo ztrácí vodu, například když málo pijeme nebo intenzivně cvičíme. Voda se z těla vylučuje močí, tedy ledvinami, dále pocením prostřednictvím potních žláz v kůži a dýcháním, tedy plicemi. Ve všech případech se voda odčerpává přímo z krve. Tato ztráta vody snižuje objem extracelulárních tekutin, což ústí v pokles krevního tlaku. Tuto mírnou změnu tlaku nepocítíme, ale budou je registrovat tlakové receptory v ledvinách, srdci a hlavních cévách, které zaktivují sensorické neurony, které vyšlou impuls do mozku. Neurony v hypotalamu poté vyšlou signál do hypofýzy a ta následně do krevního řečiště uvolní **antidiuretický hormon (ADH)**. ADH dá ledvinám pokyn, aby při filtraci krve z ní zadržely vodu. Ze zadržené krve se tedy nestává moč, ale je vracena zpět do krve. K tomuto procesu dochází vždy, když několik hodin nepijeme. Za takové situace je moč více koncentrovaná. Mozek dále vyšle neurální impuls ledvinám, aby uvolnily hormon **renin**. Renin chemicky reaguje s určitou látkou v krvi a výsledkem je další hormon, **angiotenzin**, který aktivuje neurony hluboko v mozku. Výsledkem je pocit žízně a potřeba napít se.

Žízeň podnětená nedostatkem intracelulární tekutiny je způsobena **osmózou**, tj. tendencí vody přesunovat se z oblastí, kde je jí dostatek do oblastí, kde je jí nedostatek. Primárně je to koncentrace „slaných“ iontů sodíku, draslíku a chloridu, jež určuje, zda je vody dostatek či nedostatek. Když organismus ztrácí vodu, výše uvedená koncentrace začne v krevním řečišti stoupat. Jednoduše řečeno se tedy krev stává slanější. Vysoké koncentrace těchto iontů v krvi vyvolají to, že se voda přesune z buněk (včetně neuronů), které mají relativní dostatek vody, do krve. Voda se tedy jakoby vpíjí z buněk a neuronů do krve. Když vysoká koncentrace soli v krvi „vysaje“ vodu z neuronů v hypotalamu, takže dojde k jejich dehydrataci, začnou se tyto neurony aktivovat. Výsledkem jejich aktivace je osmotická či intracelulární žízeň a my máme silnou potřebu napít se. Když se napijeme, dojde k obnově zásob vody v krvi, sníží se koncentrace soli v krvi a voda se pak může vrátit do buněk a neuronů. Proto také máme po slaném jídle žízeň, aniž by nutně muselo v těle dojít ke ztrátě tekutin.

Hlad

Řízení hladu zahrnuje řadu stejných homeostatických systémů jako žízeň, avšak jedení je složitější než pití. Když máme žízeň, stačí nám prakticky jen voda. Žízeň uhasíme čímkoliv, co máme k dispozici. S jídlem je to jinak. Pro zachování zdraví potřebujeme přijímat řadu důležitých látek (bílkoviny, tuky, cukry, minerály), proto si musíme vybírat jídla odpovídajícího složení. V tomto směru nám pomohla evoluce: naučila mozek, jak vybírat jídlo potřebného složení a vyhýbat se naopak jídlům, která jsou škodlivá. Patří sem například chuťové preference, s nimiž jsme se narodili. Mezi další mechanismy patří osvojování si pozitivního a naopak negativního vztahu k určitým jídlům.

Proč jsou pro nás sladká jídla a sladké nápoje přitažlivé? Podle evolučních psychologů byla sladká chuť pro naše předky, kteří se pohybovali v neznámém prostředí, ukazatelem, že konkrétní potrava obsahuje vysoké procento cukrů, tedy látku vhodnou k obživě. Přijímání velkého množství cukrů je výborným prostředkem dodávání kalorií, které se v naší evoluční historii rozhodně nevyskytovaly v nadměrném množství. Podobné vysvětlení se vztahuje na naši averzi k hořké chuti. Přirozeně hořké složky potravy obsažené v konkrétních rostlinách znamenají pro člověka zákaz požívání, neboť signalizují přítomnost škodlivých jedů. Naši předkové se proto díky této asociaci hořkým rostlinám pravděpodobně vyhýbali.

Buňky spalují živiny, aby mohly vytvářet energii potřebnou pro vykonávání aktivit organismu. Při tělesném cvičení spalují svalové buňky další živiny, aby dokázaly pokrýt metabolické potřeby dané energeticky náročným pohybem. Když buňky využívají více živin, opírají se o zdroje kalorií obsažené v tělesném tuku či uchovávané v jiné podobě. Hlavní spalovanou živinou je jednoduchý cukr glukóza. Glukóza je obsažena v řadě druhů ovoce a v některých dalších potravinách. Rovněž ji vyrábějí játra z jiných cukrů nebo uhlovodíků. Jakmile se najíme, v procesu trávení se do krevního řečiště absorbuje velké množství glukózy. Ještě větší množství glukózy vznikne v játrech při přeměně dalších živin. Tímto způsobem jídlo doplňuje živiny, které potřebují mozkové neurony a další buňky.

Hlad je za normálních okolností signálem, že máme určitý tkáňový deficit – tělo potřebuje energii a látky k růstu a energetizaci aktivit. Hlavními zdroji signálů hladu jsou pravděpodobně **receptory v hypotalamu a v játrech**.

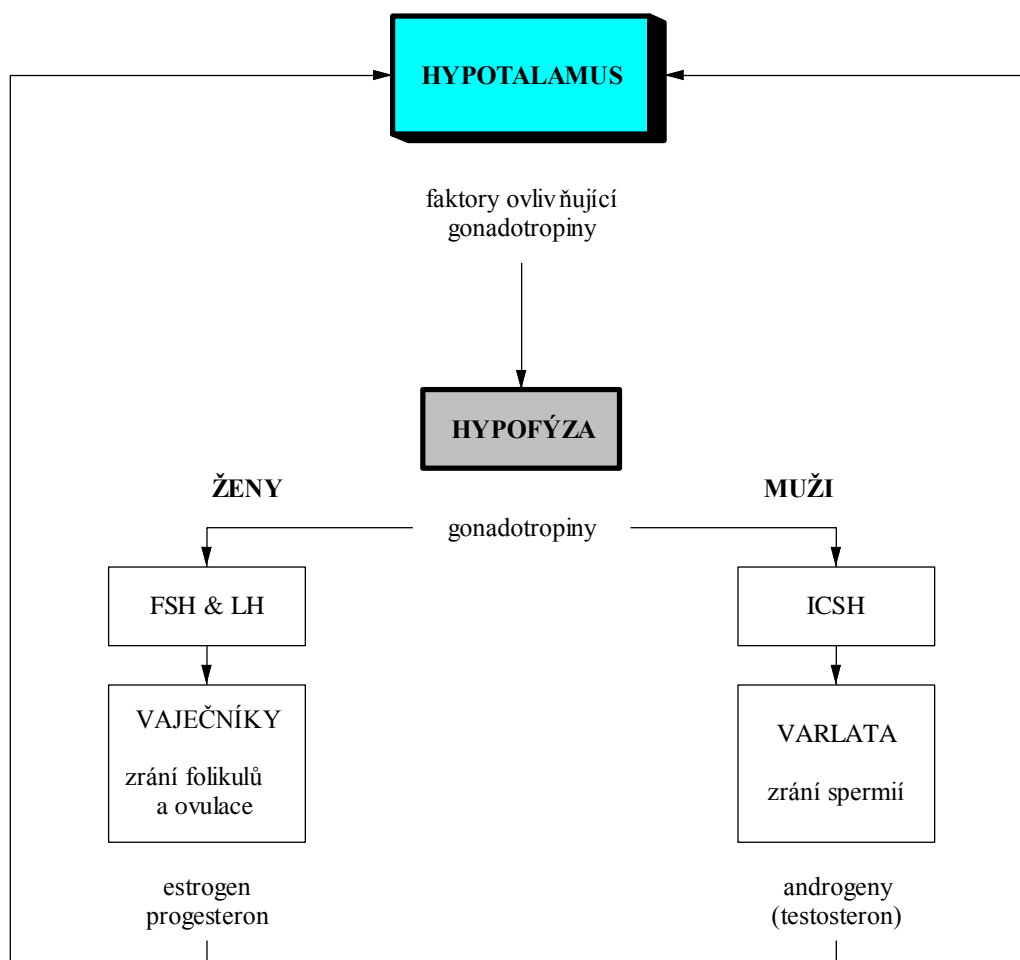
Signály hladu a sytosti jsou mozkiem zpracovávány na dvou úrovních. Výsledkem je motivace jíst. Na první úrovni jsou signály z mozkových receptorů hladu a dále signály sytosti vysílané žaludkem a játry sloučeny v mozkovém kmeni, aby byl zjištěn celkový stupeň potřeby. Toto „integrované vyhodnocení hladu“ se v mozkovém kmeni spojuje se senzoryckými neurálními systémy. Chuťové neurony v mozkovém kmeni mohou při určitých formách hladu a sytosti měnit svou reaktivitu. Tato skutečnost může být částečným důvodem, proč nám jídlo chutná více, když máme hlad.

Aby došlo ke vzniku vědomého pocitu hladu a potřeby vyhledávat jídlo, musí být signál hladu v mozkovém kmeni dále zpracován v předním mozku. Klíčovým místem je v tomto ohledu **hypotalamus**.

Sexualita

Sexuální touha je stejně jako hlad a žízeň silným motivačním činitelem. Existují zde však zásadní rozdíly. Sex představuje tzv. sociální motiv – jeho součástí je druhá osoba –, zatímco motivy přežití zahrnují pouze samostatného jedince. Sex navíc neobsahuje vnitřní nedostatek, jenž je pro účely přežití organismu nutno regulovat. Sociální motivy se neřídí principem homeostázy.

V pubertě vyvolávají hormonální změny tělesné proměny, které odlišují muže od žen. Hypotalamus produkuje faktory uvolňující pohlavní hormony. Ty dávají pokyn hypofýze, aby začala vylučovat pohlavní hormony (gonadotropiny), jež následně přecházejí do krevního řečiště. Gonadotropiny pak putují tělem, až se dostanou ke gonádám (tj. k varlatům nebo vaječnům). Gonadotropiny aktivují gonády k tomu, aby začaly do krevního řečiště vylučovat větší množství pohlavních hormonů.



Obrázek 13 Struktury a procesy podílející se na tvorbě pohlavních hormonů.
Podle: Atkinson, R.L. et al. (2003) *Psychologie*. Praha: Portál.

Například u žen hypotalamus uvolňuje faktory ovlivňující uvolňování gonadotropinu v pravidelném osmadvacetidenním cyklu. Tyto faktory stimulují hypofýzu k vylučování dvou gonadotropinů – folikuly stimulujícího hormonu (FSH) a luteinizačního hormonu (LH). I tyto dva hormony jsou vylučovány každý měsíc a aktivují činnost vaječnicků. FSH stimuluje růst folikulů, což je shluk buněk ve vaječnicích, které podporují vyvíjející se vajíčko. Jakmile se vytvoří *folikul*, začne vylučovat ženský hormon *estrogen*. Ten ovlivňuje pohlavní vývoj jedince a patrně i sexuální motivaci v mozku. Druhý hormon, LH, se uvolňuje o něco později. Ovlivňuje ovulaci, tj. uvolnění zralého vajíčka z folikulu. Když folikul vajíčko uvolní, začne docházet k sekreci druhého ženského hormonu, *progesteronu*, který připravuje dělohu na uhníždění vajíčka. U některých druhů tento hormon rovněž ovlivňuje v mozku sexuální motivaci.

U řady živočišných druhů je sexuální vzrušení úzce propojeno s výchytkami hormonálních hladin. U lidí hrají hormony méně důležitou roli. V určitém smyslu je primárním sexuálním orgánem mozek. Právě tady se totiž rodí sexuální vzrušení a odtud vychází kontrola sexuálního chování. U lidí je sexuální funkce mozku rozšířena na kontrolu sexuálních fantazií, představ a myšlenek. V rámci mozku mohou pohlavní hormony ovlivnit nervové funkce dospělých jedinců.

1.7.4 Sekundární motivy

Zde se věnujeme dvěma skupinám motivů. První z nich je úzce spojena s emocemi. Druhá je více kognitivní povahy.

Výkonová motivace

Předpokládá se, že z hlediska jedince má řada na první pohled velmi rozmanitých situací jeden společný rys – jsou pro něj **výzvou**. Ať již jde o postavení domečku z kostek, získání dobrých známek ve školních lavicích, o zvládnutí řízení automobilu či uplatnění se ve svém povolání. Vždy jde o situace, ve kterých jedinec srovnává své předpoklady (schopnosti, důvtip, dovednosti, znalosti atp.) s vnější pobídkovou situací.

J. W. Atkinson rozlišuje dva typy motivačních tendencí:

- Orientaci na **dosažení úspěšného výkonu**, která je založená na kapacitě k prožitku hrdosti.
- Orientaci na **vyhnutí se neúspěšnému výkonu**, neúspěchu, která je založená na kapacitě prožitku studu a zahanbení

Původ odlišných orientací:

Důležitou roli zde hrají zjevně způsoby vedení dětí. Při srovnání jedinců s odlišnou orientací se ukazují tyto rozdíly:

Orientace na **dosažení úspěšného výkonu**, která je založená na kapacitě k prožitku hrdosti, se vyvíjí v dětství kdy

- rodiče zdůrazňují vynikající výkony a soupeřivost – staví dětem vysoké standardy excelence
- rodiče systematicky chválí děti za úspěch, nehaní je však ani jinak nezdůrazňují případné neúspěchy; očekávají od nich samostatnost
- rodiče zdůrazňují dětem, že jejich úspěchy jsou výsledkem jejich úsilí a schopností
- rodiče sami zastávají povolání, která vyžadují rozhodování a nezávislé jednání.

Orientace a **vyhnutí se neúspěšnému výkonu**, neúspěchu, která je založená na kapacitě prožitku bolesti, studu a zahanbení, se vyvíjí v dětství kdy

- rodiče často haní děti za neúspěch
- rodiče dětem často brání rozhodovat o jejich věcech a o kamarádech
- rodiče začínají vyšší nároky aplikovat až v pozdějším věku.

Rozdíly v motivaci:

Základní rozdíl spočívá v odlišných aspiracích a v odlišných laťkách volených úkolů.

Jako ilustrace nám poslouží výzkum J.O. Hamilton, který nechal děti házet desetkrát na kolík kroužkem. Děti si mohly zvolit při každém hodu jinou vzdálenost. Poté jim řekl, že teď budou házet ještě jednou, ale všech deset hodů musí být ze stejné vzdálenosti. Tuto vzdálenost si měly zvolit samy. Výsledky ukazují, že děti, které jsou orientovány na úspěch, zasáhly v této druhé sérii v průměru z deseti pokusů čtyřikrát (tj. 40 %). Děti, které jsou orientovány na vyhnutí se neúspěchu, volily v průměru výrazně větší vzdálenost, ale zasáhly v průměru z deseti pokusů pouze jednou (tj. 10 %).

Jedinci, kteří jsou orientováni na dosažení úspěchu, volí úkoly, ve kterých mají asi tak 50% pravděpodobnost úspěchu. Takový úkol je pro ně výzvou; úspěch, který není jistý, ale není nemožný, přivodí onen pocit kompetence a hrdosti na sebe. Naopak jedinci, kteří jsou orientováni především na vyhnutí se neúspěchu, volí zpravidla velmi náročné úkoly. Případný neúspěch pro ně nemusí být zdrojem zahanbení; tak náročný úkol by nevyřešil nebo nesplnil nikdo. Jim nejde o pocit hrdosti, ale o snahu vyhnout se pocitu zahanbení.

Kognitivní disonance

Teorii kognitivní disonance předložil v roce 1957 americký psycholog **Leon Festinger**. Podle ní se jedinci snaží dosáhnout vnitřního souladu či **konsistence** mezi názory, postoji a chováním. Existují však výjimky: kuřák například ví, že kouření škodí jeho zdraví – nicméně kouří dál. Termíny *inkonsistence* a *konsistence* jsou v teorii kognitivní disonance nahrazeny termíny, které L. Festinger pokládá za „neutrálnější“ — kognitivní disonance a kognitivní konsonance.

Velikost disonance je závislá na množství a významu disonantních a konsonantních informací. Jádro teorie můžeme zjednodušeně vyjádřit pomocí tohoto vzorce:

$$KD = \frac{\sum d.v}{\sum k.v}, \text{ kde}$$

KD ... velikost kognitivní disonance

d ... disonantní poznatky

k ... konsonantní poznatky

v ... váhy těchto poznatků.

Silná disonance má řadu důsledků na naše chování a přemýšlení. Patří mezi ně například tyto:

Výsledky výzkumů například ukazují, že majitelé nových automobilů čtou relativně více inzerátů, které informují o přednostech jimi zakoupených vozů, než inzerátů o jiných značkách automobilů. Majitelé automobilů, kteří si vozy koupili před několika lety, tuto tendenci nevykazují. Čerství majitelé si zřejmě nechtějí navodit nepříjemné pocity tím, že by se dozvěděli, že za stejné peníze mohli mít auto lepší. Vyhýbají se tedy disonantním informacím (tj. označeným písmenem *d*).

V jiném výzkumu hrály děti ve věku 6 až 9 let určitou hru. Vítěz hry vždy obdržel určitý předmět, který byl – podle předem zjišťovaných údajů – pro všechny děti žádoucí (hračku, bonbón, tužku). Výsledky ukazují, že po ukončení došlo u vítězů ke *zvýšení hodnocení* daného předmětu, zatímco u dětí, které prohrály a předmět neobdržely, došlo ke *snížení jeho žádoucnosti*. Děti tedy zjevně začaly dávat těmto předmětům odlišné váhy; takové, které snižovaly výši disonance.

V první části jiného experimentu vyplnili studenti dotazníky, které se týkaly jejich postojů k černošům. Otázky zněly například: „Byla by chyba, kdyby černoši někdy dělali předáky nebo vedoucí lidem bílé pleti.“ Polovině z nich experimentátor po vyplnění dotazníku sdělil, že nyní jejich dotazník vyhodnotí a pokud zjistí, že mají „správné“ názory, požádá je o spolupráci při pokračování tohoto výzkumu. Tato spolupráce bude honorována *dvaceti dolary*. Druhé polovině sdělil tutéž skutečnost s tím rozdílem, že jim za případnou spolupráci slíbil *jeden a půl dolaru*. Po vyhodnocení dotazníku experimentátor s lítostí studentovi sdělil, že nemá ty správné názory. On hledá lidi, kteří by byli poněkud méně tolerantní. Při loučení ho ještě poprosil, aby zaskočil o patro výš k jednomu kolegovi, který poprosil všechny členy katedry, aby k němu posílali své studenty. Neví ale přesně, čeho se vlastně jeho žádost týká. Když k němu student došel, vzpomněl si – po chvíli rozpačitého vzpomínání, proč mu ho asi jeho kolega posílá, – že je předsedou rady zabývající se meziuniversitní výměnnou studentů. Na jejich fakultu má nyní přijet jakýsi černošský student a on má za úkol mu zajistit program. Nemůže však platit jeho průvodce po universitě a přilehlých oblastech. Byl by student tak laskavý a dělal mu jeden den v týdnu asi tak na tři hodiny průvodce?

Výsledky ukazují, že přišel-li student kvůli svému kladnému postoji k černochům o dvacet dolarů, byl by mnohem ochotnější se tohoto studenta ujmout než tehdy, přišel-li kvůli němu pouze o jeden a půl dolaru. Nechování se v souladu s postoji, kvůli kterým jedinec hodně trpěl nebo do nichž hodně obětoval, by zřejmě navodilo vysokou disonanci.

Teorie psychologické reaktance (J.W. Brehm)

Základní teze této teorie zní, že lidé zažívají stav *motivačního arousalu* vždy, když myslí, že je *ohrožena nebo eliminována některá z jejich svobod*. Nemohou-li se tedy rozhodovat zcela svobodně. Tento motivační stav je označován jako *psychologická reaktance*. Jedinec se vlivem tohoto arousalu snaží o znovunabytí ohrožené nebo ztracené svobody. Jedním z důsledků ztráty svobody je **změna v přitažlivosti alternativy, která přestala být volně dostupná**.

V jednom experimentu měly pokusné osoby za úkol poslouchat po jedné skladbě z alb od čtyř různých skladatelů. Po vyslechnutí posuzovaly skladby pomocí škál. Polovině pokusných osob bylo poté řečeno, že si za účast v pokračování experimentu budou moci vybrat desku od kteréhokoli z těchto skladatelů. Druhé polovině bylo řečeno, že jim vybere desku podle možností experimentátor sám. Po týdnu experiment pokračoval stejným způsobem. Avšak před začátkem posuzování skladeb řekl experimentátor v obou skupinách, že díky nedostatku skladeb od určitého autora se zúžila varieta nabídek alb na tři. Jako nedostatkovi byli přítom v různých skupinách – kvůli kontrole – označování různí skladatelé. Po opětovném hodnocení skladeb se ukázalo, že v první skupině, tedy skupině, která očekávala svobodu ve výběru, byl vždy systematicky příznivěji hodnocen ten skladatel, jehož desku nebylo právě možno obdržet. Ve druhé skupině však k této změně nedošlo.

2 Vývojová psychologie

Druhou část textu věnujeme vývoji hlavních psychických funkcí a osobnosti jedince od narození do smrti.

2.1 Hlavní teoretické přístupy

V této části se věnujeme některým hlavním přístupům týkajícím se kognitivního vývoje (J. Piaget), vývoje osobnosti (E.H. Erikson) a morálního vývoje (L. Kohlberg).

Začneme ale definicí pojmu **vývoj** a určením hlavních **faktorů** (determinant), které ho ovlivňují.

Vývoj je chápán jako *řada změn, ke kterým dochází v zákonitém pořadí*. U každého člověka můžeme rozlišit vývoj fyzický a psychický. A ačkoliv ani ve fyzickém vývoji nejsou jednotlivá období příliš markantní, je to s duševním vývojem ještě mnohem složitější. I zde však existují snahy o stanovení psychologicky několika odlišných vývojových etap.

Mezi hlavní obecné třídy faktorů, které ovlivňují duševní vývoj jedince, patří tyto čtyři: **biologické, sociální, kulturní a psychické**. Jde o třídy vlivů, které mohou změnit průběh vývoje. Žádná z nich však na něj nemá výlučný charakter. Otázka, zda je vývoj určen spíše přírodou nebo prostředím, je sterilní, neproduktivní. Produktivní otázka zní: *jak ovlivňují příroda a prostředí vývoj osobnosti, již samotnou nelze převést ani na jeden z těchto faktorů, a jež je sama faktorem ovlivňujícím svůj vlastní vývoj*.

2.1.1 Piagetovo pojetí kognitivního vývoje

Celkový přehled

Vývoj inteligence podle Jeana Piageta probíhá od narození do puberty v těchto stádiích.

Stádium	Věk	Charakteristika
předlogické, předoperační	0 – 2	Senzorickomotorická inteligence – není přítomná symbolizační funkce
	2 – 4	Předpojmové myšlení - předpojmy namísto pojmů - transdukce namísto pojmového usuzování Dítě například nerozlišuje jedinečné a obecné a nemá pojem trvání. Na procházce se domnívá, že se vždy stejný slimák objevuje na různých místech, že hora mění tvar, když ji obchází atp.
logické, operační	4 – 7	Názorné myšlení – soudy jsou kontrolovány tím, co dítě vidí. Pokusy s korálky, kostkami, vodou
	7 – 12	Konkrétní myšlení – řešení logických úkolů je vázáno na činnost. Není schopno řešit ryze symbolicky zadaný úkol (například jestliže $A > B$ a $B > C$, je větší A nebo C?)
	12 +	Abstraktní myšlení – formální myšlení umožňující volné kombinování předmětů, faktorů, myšlenek, výroků atp. odpoutaných od denotátů.

Tabulka 2 Celková charakteristika vývoje inteligence podle Piageta.

Podle: J. Piaget (1972) *Psychologie inteligence*. Praha: SPN.

Senzorickomotorická inteligence

Piagetův přístup dobře uvádí tento citát: „Jestliže dítě částečně vysvětluje dospělého, můžeme také říci, že každé vývojové období částečně vykládá období následující. To je zvláště jasně vidět na období, které předchází vzniku řeči. Můžeme je nazývat obdobím „senzorickomotorickým“, protože si v něm kojeneček ještě neosvojil symbolickou funkci. Chybí tedy myšlení a citový život vázaný na představy, které by dovolovaly zpřítomnit předměty nebo osoby za jejich nepřítomnosti. Ale přes tyto mezery je vývoj během prvních osmnácti měsíců obzvláště rychlý a důležitý. Na této úrovni si totiž dítě vypracovává soubor poznávacích podstruktur, které se stanou východiskem pozdějších vjemových a intelektuálních konstrukcí“ (Piaget, Inhelderová, 1970, s. 15). V Piagetově teorii přecházejí postupně (1) spontánní pohyby a vrozené reflexy v (2) naučení zvyky a ty pak v (3) inteligentní jednání. Samotné senzorickomotorické stádium má řadu podstádií.

1. měsíc	stadium	Piaget hovoří o „reflexním cvičení“, tj. o zpevnování reflexního chování
1. až 4. měsíc	1. na základě funkčního cvičení. V průběhu tohoto učení dochází k využívání vrozených reflexů	1. na základě funkčního cvičení. V průběhu tohoto učení dochází k ‘zobecnující asimilaci’ (dítě dumlá i nové předměty) a k ‘diferencující asimilaci’ (dítě rozlišuje prsní bradavku od jiných předmětů).
1. až 4. měsíc	2. primární kruhové reakce	V této etapě se utvářejí první zvyky, tedy nevrozené formy chování. Jsou však zaměřené výhradně na vlastní tělo nemluvněte. Dítě například náhodně zjistí, že je příjemné dumlat si vlastní palce a navozuje si tedy příjemné pocity dumláním vlastních prstíků. Dosud nejde o účinky vlastního chování na prostředí. Nemají dosud pojem

	trvání objektu – zmizí-li objekt z jejich zorného pole, přestává pro ně existovat.
3. stadium 4. až 8. měsíc sekundární kruhové reakce	Dítě odhaluje souvislosti mezi vlastním chováním a chováním některých objektů v prostředí. Zjišťuje například, že zatažení za provázek vede k pohybu chrastítka nebo že jeho pláč přivolá matku.
4. stadium 8. až 12. měsíc koordinace sekundárních schémat	Chování se stává více orientované na cíl v důsledku kombinování dříve osvojených schémat a forem chování. Děti začínají anticipovat některé události. Rozvíjí pojem trvání objektu – dítě však hledá schovaný předmět pouze na místě, kde zmizel, i když ví, že se pohybuje.
5. stadium 12. až 18. měsíc terciární kruhové reakce	Děti vykazují značnou zvědavost při zjišťování důsledků svých činů. Šlápne-li například dítě náhodou na hračku panenky a ona vydá hlas, zkusí si dítě na panu sednout. Jestliže se ozve stejný hlas, je šťastné a zkusí něco jiného – třeba svírání panenky v náručí.
6. stadium 18. až 24. měsíc mentální kombinace	Přibližně v 18 měsících začínají být podle Piageta děti schopné symbolického myšlení. Poprvé jsou schopné operovat nikoliv pouze s objekty, ale s pouhými mentálními reprezentacemi těchto objektů. Schopnost operovat se symboly umožňuje dětem osvobodit se od aktuální skutečnosti a napodobovat akce modelů, které již nejsou v jejich přítomnosti.

Tabulka 3 Stadia senzomotorického vývoje inteligence.
Podle: J. Piaget (1972) *Psychologie inteligence*. Praha: SPN.

Předpojmové myšlení

Děti v tomto stádiu vývoje mohou již přemýšlet o nepřítomných jevech, neboť mohou využívat *mentální reprezentace* těchto jevů. To je významný krok vpřed od závislosti myšlení na konkrétních přítomných podnětech. V tomto stádiu však děti ještě nejsou schopny na mentální reprezentace (slova, symboly) aplikovat logiku.

Předpojmy: Dítě nerozlišuje jedinečné a obecné a nemá pojem trvání. Na procházce se domnívá, že se vždy stejný slimák objevuje na různých místech, že hora mění tvar, když ji obchází atp. **Transdukce:** Na rozdíl od deduktivního a induktivního usuzování zde nejde o vztah mezi jedinečnými a obecnými výroky, ale o nelogické spojení dvou (nebo více) jedinečných výroků. Příklad: „Včera jsem se zlobil na sestřičku. Sestřička je dneska nemocná. Její nemoc jsem tedy určitě zavinil já!“

Názorné myšlení

Předškolák začíná chápat první matematické vztahy. Jeho myšlení se však stále řídí přímým názorem. Pravdu jakoby přímo „vidí“. Když například odlije z lahve do dvou sklenic stejné množství vody, zdá se mu, že je více vody v té sklenici, v níž se vytváří vyšší sloupec; nepřihlíží k objemu sklenice. Stejně tak když udělá z hlíny kuličku a z ní potom placičku, myslí, že v placičce je jí více, protože je větší.

Konkrétní myšlení

Přibližně kolem 7. roku vstupují děti do stadia konkrétních operací. Na mentální reprezentace (symboly) začínají nyní používat logiku. Piaget hovoří o operačním myšlení. Avšak ačkoliv jsou schopny myslet logicky mnohem lépe než děti v předškolním věku, je jejich myšlení silně vymezeno tím, co je zde a nyní. Podle Piageta dosáhnou vyšší úrovně – tzv. formálních či abstraktních operací – až teprve s nástupem puberty. Až teprve pak budou schopny myslet

zcela abstraktně, testovat formálně odvozené hypotézy, chápat pravděpodobnostní soudy atp.

Dítě v tomto období začíná chápat princip zachování hmoty, váhy a objemu, tedy skutečnost, že dvě stejné kvantitativní látky mohou být co do hmotnosti, váhy i objemu stejné, ačkoliv jejich tvar může být značně odlišný. Pojem zachování sám prochází vývojem:

- v 6–7 letech zachování množství (hmotnosti)
- v 9–10 letech zachování váhy
- v 11–12 letech zachování objemu.

Ačkoliv jde ve všech případech o stejný princip, nejsou děti v tomto věku schopny přenést (extrapolovat) poznatky z jednoho typu úkolu na druhý. V etapě konkrétních operací dítě není schopno aplikovat v zásadě stejné myšlenkové operace na jevově odlišné situace. Piaget používal k označení tohoto jevu termín „horizontální posun“ (le décalage horizontal).

Abstraktní myšlení a ryze formální operace

Přibližně s počátkem do puberty začíná dítě řešit problémy tak, že na mentální reprezentace aplikuje čistou logiku oproštěnou od zkušenosti. Dostane-li například úkol: „Jestliže je X větší než Y a Y je větší než Q, je větší X nebo Q?“ vyvodí logicky správnou odpověď, která je platná pro všechny konkrétní případy X, Y a Q.

2.1.2 Eriksonovo pojetí vývoje osobnosti

Erik H. Erikson v zásadě vyšel z Freudovy koncepce vývojových stádií. Tato stadia však rozšířil, takže zahrnují **celý život jedince**.

Erikson – podobně jako Anna Freudová, Heinz Hartmann a Robert White – dospěl k závěru, že nikoliv *id*, ale *ego* je základní instancí lidské psychiky. Ego je pro něj autonomní strukturou osobnosti, která se vyvíjí v procesech sociální a kulturní adaptace. Hlavní funkcí ega je integrovat zkušenost a chování adaptivním způsobem. Tento důraz na ego v rámci psychoanalýzy je dnes zpravidla označován jako *psychologie ega*. Ego se nesnaží pouze přizpůsobit na prostředí, ale samo nachází tvořivé řešení každého nového problému. I při nezdarech odpovídá aktivně, neboť je v zásadě silné a flexibilní. Mnohé kvality ega přitom odrážejí vliv sociálních a kulturních faktorů.

Teorie epigeneze

Erikson přijal jeden z ústředních principů embryologie, princip epigeneze. Podle něj se vyvíjí živý organismus z entity, která je zpočátku nediferencovaná, avšak je v ní nějakým způsobem předprogramován vývoj jednotlivých orgánů i období a sekvence procesů jejich vývoje. Podobně tomu, jako je předprogramován vývoj tělesných struktur a funkcí, je předprogramován i vývoj psychiky, respektive ega. Všechny pozitivní kvality ega (důvěra, autonomie, iniciativa atd.) existují v určité formě již při narození; zjevnými se však stávají až v určitých přesně vymezených životních etapách či fázích.

Erikson postuluje existenci osmi takových kvalit ega. Každá nová kvalita ega je přitom závislá na vytvoření kvalit ega v období předešlých a staví na nich (viz 3. tabulka).

Psychosociální model vývoje

Erikson se ve svém modelu soustřeďuje na určité *kvality ega*, které vznikají na základě řešení osobních a sociálních krizí.

Věk	Psychosociální krize	Kvalita ega
-----	----------------------	-------------



0-1	úkolem dítěte je získat <i>pocit důvěry</i> v život a ubránit se proti <i>pocitům nejistoty</i>	naděje
1-3	úkolem je zvládnout rozpor mezi pocity <i>autonomie</i> a pocity <i>studu a pochybností</i>	síla vůle
3-6	úkolem je vyřešit konflikt mezi <i>iniciativou</i> a pocity <i>vinu</i>	rozhodnost
6-12	úkolem je nabýt pocit <i>snaživosti</i> či <i>usilovnosti</i> v práci a ubránit se <i>pocitům méněcennosti</i>	kompetence
12-19	úkolem je hledání vlastní <i>identity</i> a boj proti jejímu rozplynutí v rozmanitých <i>rolích (konfúze rolí)</i>	věrnost
19-25	úkolem je vytvoření <i>intimního</i> vztahu a vyhnutí se <i>izolovanosti</i>	láska
26-64	úkolem je <i>pečovat o další generace</i> a bojovat proti pocitům <i>stagnace</i>	péče
65+	úkolem je dosáhnout <i>osobní integrity</i> ; její absence se projevuje pocity <i>zoufalství</i> z prožití zbytečného života	moudrost

Tabulka 4 Eriksonovy etapy lidského vývoje.

Podle: Erikson, E.H. (1963). *Childhood and Society*. 2nd ed. Harmondsworth: Penguin.

Základní důvěra versus nejistota a nedůvěra. V orálním stádiu se u dítěte vyvíjí hluboký a vše pronikající pocit základní důvěry nebo nedůvěry k ostatním lidem. Člověk se silným pocitem důvěry se může obrátit na druhé o pomoc, když tuto pomoc potřebuje, ale dokáže je rovněž opustit a věnovat se jiným věcem, pokud jejich pomoc aktuálně nepotřebuje. Tato důvěra se patrně vyvíjí z těch vztahů rodičů a dítěte, které jsou zabarveny láskou a péčí a ve které dochází k uspokojení potřeb dítěte, aniž by se z jejich uspokojování stala dominanta vztahů. Podle Eriksona přitom nezávisí ani tak příliš na kvantitě jako spíše na kvalitě či způsobu jejich uspokojování. „Množství důvěry vyvozené z rané zkušenosti dítěte nezáleží asi ani tak příliš na absolutní kvantitě potavy či demonstrování lásky, ale spíše na kvalitě mateřského vztahu. Matky, domnívám se, vytváří v dětech pocit důvěry takovým zacházením, ve kterém je kombinována citlivá péče o základní potřeby dítěte s pevným smyslem osobní důvěryhodnosti... To tvoří v dítěti základ pro pocit identity, ve kterém se později spojí pocit, že je „all right“, že je samo sebou a že se stává tím, v co druzí věří, že se stane“ (1950, 221).

Naděje představuje trvanlivou víru v to, že jedinec může dosáhnout uspokojení svých potřeb a tužeb.

Autonomie versus stud, zahanbení a pochybnosti. Oproti Freudovu análnímu stádiu klade Erikson stádium, ve kterém dochází ke konfliktu mezi autonomií a pocity hanby a pochybností o sobě samém. Erikson tedy rozšiřuje oblasti, které v klasické psychoanalýze vyšly z úzkého důrazu na nácvik toalety, na širší spektrum aktivit, ve kterých dítě může procvičovat své motorické dovednosti a díky tomu nabýt pocit relativně autonomní, na matce nezávislé bytosti. Optimální vývoj v této etapě tedy spočívá v osvojení si řady základních dovedností, které jsou nutné k tomu, aby dítě přestalo být závislé na rodičích a jiných dospělých osobách. Autonomie je naopak ohrožena, jsou-li úspěchy dítěte znevažovány, frustrovány, a je-li za své případné neúspěchy zesměšňováno a jinak trestáno. Erikson rovněž zdůrazňuje, že pro možnost rozvoje pocitu autonomie je nutné úspěšné vyřešení předchozího konfliktu mezi základní důvěrou a nedůvěrou. Například dítě, které má důvěru ve své rodiče, spíše uvěří jejich ujišťování, že zvládne všechny dovednosti, které si přeje zvládnout než dítě, které postrádá ve své rodiče důvěru. *Vůle* představuje schopnost realizovat svobodnou volbu a kontrolovat a prosazovat sebe sama.

Iniciativa versus pocity viny. Eriksonovým korelátem Freudova falického stadia je stadium, ve kterém dochází ke vzniku pocitu iniciativnosti. Dítě už je schopné nejen jednat relativně nezávisle na rodičích, ale dokáže si samo pro sebe dokonce vytyčovat nové cíle. Autonomie je současně spjata se vznikem nového jevu, kterým je *soutěživost* dítěte. Podle Eriksona však tato soutěživost není ani tak příliš orientována na sourozence (Adler), ale na rodiče. Dítě využívá své nové motorické dovednosti a intelektové schopnosti k prozkoumávání svého těla a svého prostředí. Malý chlapec rád šplhá na stromy, rozebírá věci, staví si z kostek a různých stavebnic, hraje si s autíčky a nákladáky atp. Na této úrovni patrně přebírá svoji mužskou identitu. Současně je to však období, ve kterém se jeho iniciativa často setkává s nepochopením na straně rodičů, zejména otce. Ve fantasii ho pak vzrušuje představa, že nahradí nebo překoná svého otce; tato přání v něm však zanechávají v některých případech hluboké pocity viny.

Výsledek tohoto základního konfliktu mezi iniciativou a pocity viny je determinován vyřešením oidipovského komplexu, který stojí v pozadí interakcí v tomto období. Jsou-li snahy dítěte o získání moci a pozice v rodině příliš násilně potlačeny, dostaví se pravděpodobně ztráta iniciativnosti, spojená s jakousi zobecněnou, patrně i sexuální impotencí, která zabraňuje vývoj v pozdějších stádiích dospělé identity a kompetence. Na druhé straně rovněž dochází k vývoji superega, které má dostatečnou sílu k řešení konfliktu mezi iniciativou a překážkami. *Rozhodnost* je schopnost sebevědomě a beze strachu z potrestání si vytyčit vlastní cíle a směřovat k jejich realizaci.

Usilovnost versus méněcennost. V psychoanalytické teorii po vyřešení oidipovského konfliktu dochází k tzv. období latence, kdy sexualita jaksi spí. V tomto období, které koinciduje s obdobím mladšího školního věku, se dostávají do popředí zájmu různé intelektové aktivity a svět vně vlastní rodiny dítěte. Dítě se v tomto období učí především kontrolovat vlastní představivost a zvládat školní povinnosti. Škola je první institucí, která mu někdy dá pocítit, že je nedůležité a inferiorní. Má-li dítě dobrý pocit, že díky svému úsilí úkoly zvládá, nabývá pocitu kompetence. Jestliže však má pocit, že se mu tyto úkoly nedaří – nebo se mu skutečně nedaří – mohou u něj vzniknout hluboké pocity méněcennosti.

Identita versus konfúze rolí. V pubertě dochází podle Freuda k jakémusi vyřešení preoidipálního a oidipovského konfliktu a jedinec dozrává jako více či méně zdravá osoba, jehož sexualita je skutečně genitální, a který je schopen prokreace. Eriksonův model v této etapě nekončí, ale pokračuje stále dále, až do období stáří, a to v takové míře artikulovanosti a jasnosti předkládaných problémů, s níž se v tradiční psychoanalýze při rozboru těchto období nesetkáme. Základním problémem dospívajícího je dospět k jasné identitě, k odhalení toho, kým vlastně je. A to nejen na obecné úrovni, ale rovněž jako specifický jedinec, který má určitou minulost a snaží se spoluovlivnit svoji budoucnost tím, že směřuje k „dospělým cílům“ – kariéře, manželství a založení rodiny. Naneštěstí se velká část dospělých mladých lidí nikdy nedostane do stadia nalezení vlastní identity a hledá ji například v identifikaci s hrdiny svého dětství nebo v nahodilých extramaritálních vztazích.

Z identity vyplývá *věrnost*, která je schopností být loajální lidem a ideálům; věrnost identitu současně posiluje.

Intimita versus izolace. Došlo-li v předcházejícím období k získání identity, postupuje jedinec do dalšího období života, ve kterém se odehrává základní konflikt mezi intimitou a izolovaností či osamělostí. V tomto období – mladší dospělosti – dochází ke vzniku vzájemných sexuálních vztahů mezi partnery, charakterizované láskou a důvěrou a prosté pregenitálních na sebe zaměřených komponent, jakými jsou například obsesivní a sadistické

chování. Jde o období přijímání vlastní identity a jedinečnosti i identity druhého. Je-li takto zajištěna dospělá sexualita, není obtížné tolerovat její absenci, je-li to nutné, a je možné se rovněž plně věnovat jiným aktivitám, ať již v rámci povolání nebo mimo ně. *Láska* je schopnost vzájemné hluboké náklonnosti.

Generativita versus stagnace. Mít děti a starat se o jejich blaho je prototypickou aktivitou pro širší spektrum aktivit, založených na využívání svých zdrojů kreativním a nápomocným způsobem. Tato péče o etablování a vedení následných generací spočívá v jádru Eriksonova sedmého stadia, v němž jsou polární body označené jako generativita versus stagnace. Je spojena se středním věkem. Schopnost intimity, která charakterizuje úspěšné zvládnutí předcházející krize, není tedy vyvrcholením vývoje, ani si dvojice nemůže navždy vystačit sama. Kvalitní manželský vztah vyžaduje, aby se nakonec energie manželů zaměřila na péči o děti, které jsou plodem tohoto vztahu, a na věnování se svému povolání, ve kterém se jedinec rovněž snaží kreativně produkovat a pečovat o své výtvořky. Alternativou generativity je nuda a prázdnota, která je důsledkem výlučného zabývání se sebou samým nebo svým partnerem.

Integrita ega versus zoufalství. To samo však kupodivu nakonec platí i o generativitě. Stejně tak jako vývoj dítěte směřuje k odchodu z vlastní rodiny do širší společnosti, tak i vývoj dospělého člověka směřuje k odpoutání pozornosti od péče pouze o svoji rodinu k péči o blaho širšího společenství a lidstva jako celku. Tento vývoj současně vede k přijetí obecnější perspektivy, ve které je objasněn smysl vlastního života vzhledem k obecnějšímu řádu věcí, a která umožňuje smíření se s vlastním životem a přijetí blízké smrti. Kladný vývoj v tomto období vede k integraci ega, negativní k zoufalství. Integrita je tak určitým dědictvím sebe samého, odráží vše, čím člověk byl, co dělal a čeho dosáhl. Pocit, že život neměl smysl, že byl promarněn a že již není čas na návrat a nový začátek vede k pocitům zoufalství. Převládne-li integrita nad zoufalstvím, nabývá člověk moudrost, která zachovává a vyjadřuje integritu získaných zkušeností a vědomostí ve vztahu ke konečnosti života.

2.1.3 Kohlbergovo pojetí morálního vývoje

Lawrence Kohlberg zkoumal vývoj morálního **usuzování** pomocí *deseti* dilemat, které mají respondenti řešit. Svůj prvotní výzkum provedl se 72 chicagskými chlapci ve věku 10, 13 a 16 let (Kohlberg, 1958). Tento výzkum byl zároveň výchozím bodem pro dlouhodobé zkoumání morálního vývoje, které probíhalo přes 40 let.

K nejnámějším z původně zkoumaných deseti dilemat patří **dilema Heinze**. Zní takto:

V jisté vzdálené zemi umírala jistá žena na zvláštní druh rakoviny. Jeden lékárník objevil lék, o kterém lékaři věří, že by ji mohl zachránit. Šlo o zvláštní formu radia, jejíž výroba je poměrně nákladná, lékárník však za malou dávku tohoto léku požaduje \$ 2000 – tj. desetkrát více, než ho stojí surovina potřebná k výrobě léku.

Manžel nemocné ženy se jmenuje Heinz. Heinz si vypůjčil od všech známých peníze, usiloval i o pomoc úřadů a nadací, ale celkem shromáždil pouze \$ 1000. Poprosil tedy lékárníka, aby mu lék buď prodal buď se slevou, anebo aby počkal se splacením druhé poloviny ceny. Lékárník odmítl se slovy: „Já jsem ten lék vynalezl a teď na něm také chci vydělat!“ Zoufalý Heinz se ocitl v bezvýchodné situaci, neboť vyčerpal všechny legální možnosti, jak svoji manželku zachránit. Vloupal se tedy potají do lékárníkovy domu a lék ukradl.

Klíčová otázka pro zkoušeného jedince zní:

Měl Heinz tento čin udělat? Pokud ano, proč? Pokud ne, proč ne?

Dlouhodobé Kohlbergovy výzkumy ukázaly, že si všichni respondenti uvědomují, že jde o složité dilema, o konflikt, o obtížně řešitelnou situaci. Liší se však v tom, v čem spatřují podstatu tohoto konfliktu a čím se ve svém usuzování řídí, jaký mají pojem „spravedlnosti“, „správnosti“ či morálky. Kohlberg ukazuje, že lze tyto koncepce a jim odpovídající formy usuzování uspořádat do hierarchické sekvence šesti úrovní, které se ve vývoji objevují vždy v určité posloupnosti.

První úroveň: Prekonvenční morálka (4-10 let)

Morální standardy jsou založeny na externích, zejména fyzických důsledcích aktů, nikoliv na osobách nebo normách. Důraz je v této etapě kladen na vnější kontrolu. Standardy jsou stanovené z vnějšku a jsou dodržovány proto, aby se dítě vyhnulo trestu, nebo aby získalo nějakou odměnu.

První stadium: Orientace na trest a poslušnost:

„Co se mi stane?“ Děti poslouchají příkazy druhých, aby se vyhnuly trestu. Ignorují motivy činu a soustředí se na její „fyzickou“ formu (jako je velikost lži) nebo její důsledky (například rozsah spáchané fyzické škody). Vyhnutí se trestu a nekritické podřízení se moci platí za hodnoty samy o sobě.

Pro: „Měl ukradnout tento lék. To opravdu není nic špatného ho ukradnout. Je to jiné, než kdyby se napřed nezeptal, zda si ho může zaplatit. Lék stojí pouze 200 USD, neukradl tedy ve skutečnosti lék za 2000 USD.“

Proti: Neměl ten lék ukradnout. To je velký zločin. Nikdo mu to nedovolil. Použil násilí, vloupal se a lék ukradl. Způsobil mnoho škody tím, že ukradl velmi drahý lék, i tím, že při vloupání rozbil prodejnu.“

Druhé stadium: Hédonistická orientace — instrumentální cíl a vzájemná směna:

Správné chování se vyznačuje tím, že účelově uspokojuje vlastní potřeby – a někdy i potřeby druhých. Děti dodržují pravidla ze sobeckého zájmu a z ohledu na to, co mohou druhí udělat na oplátku pro ně. Mezilidské vztahy se projevují jako vztahy tržní. Na akt se dívají z hlediska lidských potřeb, k jejichž uspokojení vede, a odlišují tento motiv či hodnotu od fyzické podoby aktu a od jeho důsledků. Základy slušnosti, vzájemnosti, smyslu pro spravedlivé rozdělování jsou sice přítomny, jsou však stále interpretovány hmotně a účelově.

U dospělých může morální usuzování na tomto stupni nabývat formy morálního cynismu, který redukuje mezilidské vztahy na čistě účelové relace.

Pro: „Je správné, že lék ukradl, neboť jeho manželka ho potřebuje a on chce, aby žila. Není to proto, že by chtěl krást, ale protože chce zachránit manželku.“

Proti: „Neměl ten lék správně ukradnout. Lékárník také není špatný nebo lakomý. Chce si pouze vydělat. Od toho přece existuje obchod – dělat peníze.“

Druhá úroveň: Konvenční morálka (10 - 13 let)

Morální standardy jsou založeny na sociálních důsledcích aktů. Morální usuzování se zakládá na přejímání dobrých a správných rolí, dodržování konvenčního pořádku a toho, co očekávají druhí lidé. Děti chtějí nyní udělat radost ostatním lidem. Stále dodržují standardy druhých, ale do určité míry musí tyto standardy internacionalizovat. Nyní chtějí být „dobří“, „hodní“ atp. u lidí, kteří jsou pro ně významní. Jsou již schopné přejmout role autorit natolik dobře, aby byly schopné posoudit, zda je daný akt dobrý nebo špatný podle jejich standardů.

Třetí stadium: Orientace na to, být „dobrý chlapec, hodné děvče“; udržování vzájemných vztahů, uznávání druhých, zlaté pravidlo.

Děti chtějí udělat druhým radost a pomáhat jim, umějí posoudit záměry druhých a učinit si vlastní názor na to, jak vypadá dobrý člověk. Správné je chování, které se ostatním líbí, pomáhá jim nebo získává jejich souhlas. Tento stupeň je charakterizován vysokou mírou konformity vůči stereotypním představám o chování, které je většinově pokládáno za „správné“ či „přirozené“.

Pro: „Měl ten lék ukradnout. Udělal pouze to, co by udělal každý dobrý manžel. Nemůžete ho vinit za něco, co udělal z lásky ke své manželce. Spíše bychom mu měli vytknout, kdyby ji neměl natolik rád, že by se jí nesnažil zachránit.“

Proti: „Neměl krást. Jestliže jeho manželka umírá, nikdo ho nemůže obviňovat. Vůbec není bezcitný ani ji nemá rád málo, když pro ní udělá všechno, co legálně může. To lékárník je sobecký a bez srdce.“

Čtvrté stadium: Orientace na právo a pořádek, sociální systém, autorita a svědomí:

Autorita, pevná pravidla a zachovávání sociálního řádu tvoří základní orientační rámec usuzování v tomto stádiu. „Jak by to vypadalo, kdyby se takhle choval každý!“ Lidé se soustřeďují na plnění svých povinností, zachovávání respektu k vyšším autoritám a k udržování sociálního řádu. Každý akt, který porušuje pravidlo a škodí druhým, pokládají za špatný, nehledě na jeho motivy a na okolnosti.

Pro: „Měl ho ukradnout. Kdyby nic neučinil, nechal by tím ženu umřít. Byla to jeho povinnost, protože umírala. Měl lék ukradnout s tím, že ho později lékárníkovi zaplatí.“

Proti: Je normální, že chtěl zachránit svoji ženu, ale ani tak neměl správně lék ukradnout. Věděl přece, že ukradl vzácný lék tomu, kdo ho vytvořil.“

Třetí úroveň: Postkonvenční morálka (od 13 let, nebo až do mladé dospělosti, nebo nikdy)

Morální standardy jsou založeny na universálních etických principech, na hodnotách a normách, které jsou platné nezávisle na autoritě skupin či osob, jež tyto principy zastupují, a nezávisle na vlastní identifikaci s těmito skupinami.

Páté stadium: Morálka dohody, individuálních práv a demokraticky přijatých zákonů.

Zákony chrání práva všech lidí. Jejich prostřednictvím má být dosaženo co možná největšího užítku pro co největší množství lidí. Avšak život a svoboda jsou hodnotami absolutního charakteru, stojí nad zákony. Předchozí, čtvrtý stupeň odpovídá tzv. *právnímu pozitivismu*. Podle něj mají řádně nastolené zákony bezpodmínečnou platnost. V pátém stupni dochází k uvědomění, že přívrženci právního pozitivismu musí uznat každý zákon, byť nespravedlivý, jako právo. Ani na 5. stupni nemůžeme vzít zákon do vlastních rukou; jsme však již schopni rozeznat, kdy vede použití „práva“ k bezpráví.

Pro: „Pro tyto okolnosti neexistuje žádná právní norma. Ukradení léku v této situaci jistě není správné, ale lze ho ospravedlnit.“

Proti: „Nemůžete člověka úplně zavrhnout, když v takové situaci krade, ale ani zcela krajní situace ho neopravňuje k tomu, aby vzal zákon do svých rukou. Lidí prostě nemohou krást, kdykoliv jsou zoufalí. Účel může být jistě dobrý, ale účel nesvětí prostředky.“

Šesté stadium: Morálka univerzálních etických principů.

Na tomto stádiu věříme v platnost všeobecných morálních principů a cítíme se jimi osobně vázáni. Principy jsou všeobecné představy o spravedlnosti, stejně jako názor, že pro všechny lidi platí stejná práva a my musíme ctít lidskou důstojnost. Právo je definováno jako vědomé

rozhodnutí ve shodě se zvolenými etickými principy s odvoláním na rozsáhlé logické extenze, univerzalitu a konsistenci. Tyto principy jsou abstraktní a teoretické povahy (zlaté pravidlo, kategorický imperativ).

Pro: „Toto je situace, která ho nutí zvolit mezi krádeží a smrtí své ženy. V situaci takovéto volby je krádež morálně správná. Jedná v souladu s principem úcty k životu a zachování života.“

Proti: „Heinz je v situaci, kdy musí vzít v úvahu, že existují i druzí lidé, kteří potřebují lék neméně než jeho žena. Neměl by jednat pouze v souladu s partikulárními city ke své ženě, ale měl by vzít do úvahy všechny životy, které jsou v sázce.“

2.2 Prenatální vývoj

2.2.1 Základní formy prenatálního vývoje

V přírodě se vyskytují dvě základní formy prenatálního vývoje. První z nich můžeme pozorovat například u hlodavců. Tito tvorové mají relativně krátkou dobu březosti a matce se narodí velké množství značně nevyvinutých mláďat – jsou malá, slabá, holá, bezmocná, se špatnou koordinací pohybů atd. Tito tvorové mají zpravidla malý mozek, nevyvíjí se u nich příliš složité vzorce sociálního chování a žijí poměrně krátce.

Druhou formu prenatálního vývoje můžeme pozorovat u větších savců. Ti mají naopak poměrně dlouhou dobu březosti a matce se narodí malé množství relativně vyvinutých mláďat schopných se o sebe postarat hned po narození. Například mládě zebry je schopno několik hodin po narození běhat se stádem a v případě ohrožení nakopnout útočnicka. Tito tvorové mají zpravidla velký mozek, složité formy sociálního chování a žijí poměrně dlouho.

Nápadnou **výjimku** z těchto dvou forem prenatálního vývoje představují primáti a zejména člověk. Ten má velký mozek, komplexní formy sociálního chování a žije relativně dlouho, avšak ve srovnání s ostatními velkými savci se rodí poměrně bezmocný a málo vyvinutý. Podle některých biologů je člověk „embryem“ ještě po porodu a zůstává jím ještě po celý první rok svého života. Vývoj, který u ostatních druhů probíhá ještě v děloze, tak u něj probíhá ještě nějaký čas po narození.

Nezralost lidského mláděte s sebou nese řadu důsledků. Mnoho našich druhových charakteristik a dovedností vzniká až po porodu, ne před ním. Zatímco příslušníci ostatních druhů dozrávají v relativně klidném prostředí dělohy, my dozráváme v prostředí bohatém na celou řadu fyzických, sociálních a kulturních podnětů. To od nás vyžaduje vysokou schopnost adaptace a zejména **učení**. A skutečně také žádný jiný tvor není tak schopný učit se, ani není tak závislý na této schopnosti jako člověk. A navíc dlouhé období nezralosti mimo mateřské lůno s sebou přináší pro každého jedince značně odlišné prostředí; tato variabilita prostředí přispívá ke značné variabilitě znaků u jednotlivých příslušníků našeho druhu. S touto pestrostí osobností a osudů se u ostatních tvorů patrně nesetkáme.

2.2.2 Etapy prenatálního vývoje

Prenatální stadium je obdobím od početí po narození dítěte. Zpravidla se dělí na tři etapy:

- zárodečné v užším slova smyslu (do dvou týdnů) – období zygoty
- embryonální (od dvou týdnů do tří měsíců) – diferenciací tkání a struktur
- fetální či období plodu (od tří měsíců do narození)

2.2.3 Početí a zárodečné období

Jde o období charakterizované oplozením vajíčka, jeho rýhováním, vznikem blastocysty, jejím uhnízděním ve sliznici dělohy a vytvořením zárodečného stvolu.

Oplození vajíčka (početi)

Vývoj lidského organismu začíná aktem oplození (koncepce), tj. splynutím mužské a ženské pohlavní buňky (gamety). K oplodnění vajíčka, které bylo uvolněno z Graafova folikulu ve vaječniku, dochází v době ovulace, k níž dochází zpravidla uprostřed menstruačního cyklu. Zatímco spermie (přesněji řečeno její aktivní část, spermatozoa) žije asi 48 hodin, žije vajíčko pouze 24 hodin. Ze dvou gamet s polovičními (haploidními) sadami chromozómů, z nichž jedna pochází od otce a druhá od matky, vzniká oplozené vajíčko (zygota) s úplnou sadou chromozómů (diploidní). Oplození je impulsem k dalšímu rychlému vývoji zygoty, kterým je rýhování.

Rýhování vajíčka

Několik hodin (asi 36) po splynutí pohlavních buněk dochází k prvnímu dělení zygoty na dvě, později na čtyři, osm, šestnáct atd. stejně velkých buněk (blastomer). V průběhu tohoto mitotického dělení buněk se vajíčko přemění v útvar podobný moruši (či malině), který odpovídá stádiu moruly. Toto dělení probíhá první čtyři dny ve vejcovodu. Na konci čtvrtého dne má zygota asi 64 buněk a získává postupně tvar zvnějšku podobný nafukovacímu fotbalovému míči – je vevnitř dutá a na povrchu jsou pravidelně uspořádané buňky. Již v tomto období jsou zjišťovány značné interindividuální rozdíly ve velikosti buněk a v rychlosti jejich mitotického dělení. Od této chvíle se jedna z buněk začíná chovat jinak než ostatní. Z ní se v dalším vývoji vyvine lidský jedinec, zatímco z ostatních buněk se vyvine trofoblast, z něž vzniká placenta. Tento útvar je označen jako blastocysta. Během vývoje zygoty se z blastocysty utváří:

1. Z povrchových pravidelně uspořádaných obalových buněk, které jsou světlejší, vzniká *trofoblast*. Buňky trofoblastu se vzniku vlastního zárodku vůbec neúčastní, ale později z nich vznikne jedna z plodových blan – blána křkatá (chorion), která zprostředkuje zárodku především vyživovací funkce.

2. Temnější a více granulované buňky, které jsou uvnitř moruly, vytvářejí pod trofoblastem druhou část vajíčka – zárodečný uzel (embryoblast). Z něj vznikají základy nového jedince a také další extraembryonální orgány.

a) zárodečný terčík, který nejdříve sestává ze dvou vrstev (ektodermu a endodermu), později ze tří vrstev:

- ektoderm – nervová soustava, hypofýza, dřevěná nadledvinka, smyslové epitely
- mesoderm – pobřišnice, poplicnice, soustava močová a pohlavní, cévy, chrupavky, svalstvo
- endoderm – soustava trávicí a dýchací

b) extraembryonální orgány

- amniotický vak - později v něm vzniká plodová voda, která je důležitým prostředím pro zárodek a plod
- žloutkový váček – rudimentární vývojový prvek
- placenta – vzniká srůstem chorionu křkatého a sousedící děložní sliznice; zprostředkovává přenos krevních plynů, živin a hormonů mezi tělem plodu a matky
- pupeční šňůra – spojuje zárodek s placentou

Uhnízdění zárodku (nidace, implantace)

Oplozené vajíčko putuje asi tři až čtyři dny vejcovodem a mění se z moruly v blastocystu. Blastocysta asi den až dva volně plave v děloze a pak se v průběhu 6.–8. dne začne

uhníždovat do sliznice děložní. Přitom se velmi silně mění jak její vnější část (trofoblast), tak část vnitřní (embryoblast).

Sliznice dělohy je v tomto stádiu zduřelá a bohatě prokrvená. Na počátku těhotenství se normální menstruační cyklus v tomto stádiu zastaví a nedochází k odbourávání sliznice.

Trofoblast se rychle křivkovitě a síťovitě vrůstá do děložní sliznice, rozleptává její jemný povrch, až vyhloubí jamku, do níž se zárodečný váček zanoří. Asi po 40 hodinách od počátku nidace zapadne celý váček pod povrch děložní sliznice, která se nad ním uzavře. Původní otvor se zaplní sraženinou a vrstvou trofoblastu zvanou víčko (operculum), které plní imunitní funkce, neboť matčin organismus tělísko vnímá jako nepřátelské; časem (asi za 12 dní) se otvor zcela zacelí přerůstající povrchovou slizniční vrstvou. Tím je nidace ukončená. Na konci této etapy je zárodek (tj. váček, blastocysta) asi 4 mm velký. Žena zpravidla o této události ještě nic neví.

2.2.4 Embryonální období

V této etapě, která trvá cca do konce 12 týdne, dochází k prudkému nárůstu hmotnosti zárodka (embryoblastu) a k jeho dalšímu členění. Zatímco se předešlé období týkalo vývoje celé blastocysty, onoho dutého útvaru, podobnému více kriketovému či koženému míči než člověku, jde v tomto období již především o vývoj vlastního lidského tvorečka vyvíjejícího se ze zárodečného terčíku. Ačkoliv má zpočátku podobu spíše nějakého fylogeneticky velmi vzdáleného předka (ještěra či mloka), na konci tohoto období se jeho podoba stále více přibližuje – přes mezičlánek jakéhosi hlavatce – podobě lidské. Jde o období prudké **diferenciace** buněk, tkání a struktur, označované jako **organogeneze**.

Druhá polovina prvního měsíce (3 – 4 týden)

Již ve třetím týdnu dochází k utvoření **nervové soustavy, srdce, jater a prvoledvin** a vytvářejí se oční a ušní váčky. Současně se velmi rychle utváří **placenta**. Na konci prvního měsíce měří zárodek asi 0,5–1 cm. Miniaturní srdce tepe rychlostí asi 65 úderů za minutu a v tenkých tepnách a žilách proudí krev. Pupeční šňůra, která tvoří životní propojení s matkou, již funguje a zásobuje zárodek kyslíkem, vodou a živinami a odvádí kysličník uhličitý a zplodiny. Embryo má podobu jakéhosi mloka s ocáskem, nemá tedy ještě lidský vzhled: Má žaberní rýhy a oblouky, zřetelné článkování, základy pro uši, oči a nos, ocásek a ploutvičkovité končetiny.

Druhý měsíc (5–8 týden)

V pátém až šestém týdnu se vyvíjí **oči, uši, zažívací trubice** a počínají se vytvářet **končetiny**. Na konci tohoto období je embryo asi 2 až 3 cm dlouhé. Obličejová část je již zřetelně vytvořena, jsou založeny váčky, z nichž vzniká jazyk a zuby. Ruce jsou již rozlišeny do všech částí, včetně prstů a palců. Nožičky mají kolena, kotníky a prsty. Mozek již začíná koordinovat vývoj a funkci ostatních orgánů. **Hlava činí asi 1/2 celkové velikosti embrya**. Začínají se vyvíjet pohlavní orgány. Žaludek začíná produkovat šťávy, usnadňující trávení, v játrech vznikají červené krvinky. Ledviny začínají z těla vylučovat kyselinu močovou. Embryo je celé pokryto vrstvou tenké kůže, může již dokonce vytvořit otisk prstů. Kůže je již citlivá na dotek; dotkneme-li se osmítýdenního embrya (například po potratu), reaguje reflexivně natažením trupu a hlavičky a roztažením ručiček.

Embryo se začíná podobat člověku – má podobu jakéhosi **hlavatce**. Jsou vytvořeny základy všech orgánů. Končí období embryonální. Ocásek téměř úplně vymizí. Konfiguruje se lidská tvář, rýsuje se zevní genitál, který má ještě indiferentní ráz.

Třetí měsíc (9–12 týden)

Na konci osmého týdne měří zárodek asi 3 cm, na konci 12 týdne asi 9 cm. (Někteří autoři zde již hovoří o plodu.) Konfigurace obličeje je v hlavních rysech skončena. Jsou vytvořena víčka, která jsou až do 7. měsíce srostlá epiteliálním švem. Vytvářejí se nehty, na končetinách jsou zřetelné prsty s jednotlivými články. Vnější pohlavní ústrojí je možno od 10. týdne rozlišit na mužský nebo ženský typ. Vnitřní reprodukční soustava již obsahuje primitivní vajíčka a spermie. *Hlava tvoří asi 1/3 celkové tělesné délky.* Plod připomíná tak trochu mimozemšťana z filmu ET.

V tomto období dochází rovněž k rychlému vývoji extraembryonálních orgánů, jimiž jsou:

1. **Amniotický vak (amnion).** Vnitřní strana amnionu je hladká a lesklá. Zpočátku se na této vnitřní straně amnionu vytvářejí puchýřky naplněné tekutinou. Ty praskají a uvolněná tekutina se dostává do amniové dutiny. Tato tekutina je nazývána v pozdějších stadiích vývoje *plodovou vodou*. Plodová voda je důležitým prostředím pro embryo a plod. S postupem těhotenství (gravidity) jí přibývá, ke konci těhotenství je jí asi 1/2–3/4 litru. Plodová voda má řadu důležitých funkcí jak v průběhu těhotenství, tak při porodu. Je to složitý roztok s biologickými účinky. Předpokládá se, že se na regulaci jejího množství a složení významnou měrou podílí hormony, jež vznikají v placentě.

2. **Placenta** vzniká srůstem chorionu klkatého a sousedící děložní sliznice. Placenta se vyvíjí poměrně rychle, takže již v pátém měsíci těhotenství má poměrně definitivní strukturu a ustálenou funkci. Donošená placenta má hmotnost asi 500 až 600 g; má okrouhlý diskovitý tvar, v průměru 15 až 20 cm široký a 2 až 3 cm tlustý.

Výživa vajíčka od implantace až po vytvoření definitivní placenty je souvislý plynulý děj.

- První výživa se uskutečňuje z vlastních zásob – z vaječného žloutku.
- Potom získává vajíčko výživné látky z tekutiny (sekretu), která je produktem sekreční činnosti vejcovodu a děložních žlázek.
- Při implantaci rozrušuje trofoblast svými klky mateřskou děložní sliznici a vstřebává rozrušenou tkáň. Tento způsob výživy se označuje jako výživa histiotrofní.
- Později jsou naleptány i větší cévy děložní sliznice a mateřská krev se vylévá do prostoru mezi klky. Klky pak vstřebávají z krve kyslík a výživné látky. Jde o výživu hemotrofní. Nejdříve přijímá zárodečný váček výživné látky celým svým povrchem, později se příjem omezí na určité místo, na němž zůstávají zachovány choriové klky. Na tomto místě vzniká placenta, která se stává definitivním vyživovacím orgánem. Morfologicky a funkčně plnohodnotná placenta plní tyto funkce:
 - **Nutriční funkce:** zprostředkuje výživu plodu. Předává do krevního oběhu plodu výživné látky z matčiny krve a tím mu nahrazuje činnost trávicí soustavy.
 - **Respirační funkce:** zastupuje dýchací soustavu plodu, neboť zprostředkuje příjem kyslíku z matčiny krve a výdej kyslíčnicku uhličitého z krve plodu do krve matky.
 - **Exkreační funkce:** zprostředkovává předávání škodlivých zplodin látkové přeměny z těla plodu do mateřské krve krevního oběhu, dokud se vyloučí ledvinami do moči matky.
 - **Endokrinní funkce:** je žlázou s vnitřní sekrecí, která svými hormony řídí průběh těhotenství.
 - **Ochranná funkce:** tvoří ochrannou bariéru mezi tělem matky a plodu. Chrání plod proti vniknutí škodlivin a infekcí z těla matky; tato ochrana je však mnohdy nedokonalá.
 - Je **zásobárnou** látek důležitých pro růst a vývoj plodu (například vitaminů).

3. **Pupeční šňůra** spojuje embryo s placentou. Sestává především z jedné žíly a dvou tepen. Žílou je přiváděna okysličená krev od placenty do srdce, tepnami je odváděna odkysličená krev od srdce.

2.2.5 Fetální období (období plodu)

Se vznikem prvních kostěných buněk, ke kterému dochází v 8. týdnu, se embryo začíná měnit v plod (foetus) a koncem 12. týdne plně přechází do poslední etapy prenatalního vývoje – etapy fetální. V této době má embryo již vytvořené všechny orgány a má podobu lidského jedince. Hlava tvoří stále cca polovinu těla plodu. Ke konci čtvrtého měsíce již zjišťujeme pravidelný tep (cca 120–140 tepů/min). Po třiceti týdnech je plod již schopen samostatného života, takže je možné předčasně narozené děti uchovat naživu. Protože však dosud nemají zcela vyvinutou termoregulaci, je nutno je umístit do inkubátoru.

Fyzický vývoj plodu během jednotlivých měsíců

4. měsíc: Utváří se kůže, probíhá rychlá osifikace, takže je již možno při použití rentgenu vidět kostru. Plod se celkově podobá dospělému člověku. Na pokožce se začíná objevovat lanugo – chmýří. Hlava činí asi 1/4 celkové velikosti plodu. Matka začíná cítit „kopání“.
5. měsíc: Celý povrch těla je pokryt lanugem, které začíná koncem měsíce vypadávat. Je možno zřetelně odposlouchávat srdeční ozvy a plod jeví aktivní pohyby, které matka již zřetelně pociťuje („kopání“ plodu). Začínají růst vlasy a nehty. Mazové kožní žlázy začínají vylučovat kožní maz. Dýchací soustava ještě není dobře vyvinuta.
6. měsíc: Málo podkožního tuku, hodně plodového mazu. Kůže je tenká, vrásčitá, červená. Plod již dokáže sevřít ruku v pěst a pevně uchopit předměty. Rychlost růstu se poněkud zvolnila, na konci 6. měsíce měří plod 30-35 cm a váží asi 600 g. Narodí-li se dítě v šestém měsíci, má (bez intenzivní lékařské péče) velmi malou šanci na přežití, neboť jeho dýchací systém je stále nezralý. Nicméně existují případy přežití.
7. měsíc: Stále ještě málo podkožního tuku, kůže je proto vrásčitá, začíná se však vytvářet zrohovatělá vrstva pokožky, která je již světlejší barvy. Plod má stařecký vzhled. Na víčkách rostou řasy, je vyvinuto obočí a epitelální šev mezi víčky se uvolňuje. Oči jsou zcela dotvořené, plod je otevírá a zavírá a zaměřuje je všemi směry. Na konci tohoto měsíce měří plod asi 35-40 cm a váží kolem 1 kg. Má již plně vyvinuté všechny reflexy – dýchá (tj. proplachuje plíce plodovou vodou), polyká, křičí, dokonce si dumlá palec. Lanugo v tomto měsíci mizí, někdy však zůstává až do porodu. Dítě narozené v tomto měsíci má dobré šance na přežití, zvláště váží-li alespoň 1 kg. Za klíčový se v tomto ohledu často bere 26. týden.
8. měsíc: Vrásčitost kůže se začíná vyhlazovat vlivem ukládání podkožního tuku, začíná období rychlého přibývání na váze. Existují poslední zbytky ochlupení. Začíná sestup varlat přes tříselný kanál do šourku. Plod je vnímavý na zvuky přicházející z vnějšího prostředí.
9. měsíc: Kůže vyhlazená, růžová, podkožní tuk vytvořený. Zřetelné nehty, ale bez volného okraje. Varlata jsou sestouplá v šourku. Asi týden před porodem přestává plod růst a ustálí se na délce asi 45-50 cm a váze cca 2-2,5 kg. Při narození je plod v průměru 266 dní starý; porodníci přidávají k tomuto číslu 14 dní, neboť počítají těhotenství od poslední menstruace; tedy 280 dní.

10. Všechny tělesné orgány jsou dobře vyvinuté, tělo a končetiny jsou měsíci: zaoblené, kůže je růžová a hladká. Vlasy jsou aspoň 1 cm dlouhé, nehty dosahují až ke konečkům prstů.

Tabulka 5 Stručný přehled vývoje plodu.

Podle: Papalia, D.E., Olds, S.W. (1992). *Human Development*. New York: McGraw-Hill.

Psychický vývoj v prenatálním období

Plod **reaguje** na podněty již v raných stádiích vývoje a vykazuje **spontánní iniciativu** měsíce před narozením.

Ve vývoji jeho chování lze rozlišit **tři etapy**. **První** z nich sahá od 6. do 16. týdne, tj. od 1½ do 4 měsíců. Na začátku tohoto období reaguje sval embrya na stimulaci přímou kontrakcí. Nejde tedy o reflex ani o spontánní chování, ale o přímou reakci na podráždění. Poté – mezi 9. a 11. týdnem – lze pozorovat příznaky reflexivního chování: dotkneme-li se například hrotem dlaně plodu, stiskne prsty. Jde o jakéhosi předchůdce úchopového reflexu, který lze pozorovat ještě u novorozenců (Darwinův reflex). Mezi 11. a 16. týdnem se pohyb stává ladnějším a uvolněnějším, méně mechanickým. Začíná se objevovat spontánní pohyb celého těla, který je stále častější, různorodější – a rovněž intenzivnější, takže ho matka může již vnímat („kopání“).

Ve **druhé etapě**, sahající od 17. do 24. týdne spontánní aktivity náhle ustávají. Těhotná žena, která cítila v právě uplynulém období kopání plodu, začíná někdy mít obavy z toho, že se něco stalo. Avšak toto zvolnění je normální součástí prenatálního vývoje. V první etapě byly reflexy a spontánní aktivity řízeny nižšími centry nervového systému, především míchou. Přibližně v 17. týdnu však začíná přebírat kontrolu mozek. Určitou dobu však trvá, než dojde k propojení mezi mozkem a různými částmi těla. V průběhu vytváření těchto spoju a přebírání vlády mozkem aktivita plodu přechodně ustává, i když nemizí zcela. Jednotlivé aktivity ustávají v tomto období v pravidelném pořadí, na jeho konci se ve stejném pořadí zase znovu objevují. Pohyb celým tělem je však nahrazen izolovanými, kontrolovanými pohyby trupu, nožiček, ručiček a ostatních částí těla.

Ve **třetí etapě**, k níž dochází po 24. týdnu, tj. od sedmého měsíce (od počátku třetího trimestru), se začínají vyskytovat rytmy spánku a bdění, které člověka provázejí po celý zbytek života. Podobně jako příroda má i naše tělo své rytmy a cykly, jakoby bylo řízeno jakýmsi biologickými hodinami. Během bdění zažíváme například jakési devadesátiminutové cykly, v nichž pravidelně kolísá naše aktivita a energie. U plodu se vykytuje cyklus aktivity s vrcholy asi po 40 minutách. Tento cyklus vydrží dítěti asi do dvou let. S přibližujícím se porodem jsou jasně oddělené epizody klidu a aktivity.

2.3 Období kojenecké a batolecí

2.3.1 Období kojence

Období kojenecké trvá od narození do konce prvního roku života.

Tělesný růst a psychomotorický vývoj

Během prvního roku života se dítě vytáhne asi o 25 cm a jeho váha se asi ztrojnásobí (asi na 10 kg). Asi do 9. měsíce jsou tyto přírůstky především díky hromadění tuků; po devátém měsíci především vlivem růstu svalů a kostí. Tukové zásoby zpravidla rychle mizí, když dítě začne chodit.

Motorický vývoj: dědičnost a prostředí

Fyzický růst a psychomotorický vývoj jsou zřejmě závislé na složité souhře faktorů vnitřních (genetických) i vnějších (prostředí). Například W. Dennis (1940) srovnával motorický vývoj u dvou skupin indiánů z kmene Hopi. Tyto skupiny byly geneticky podobné, avšak měly odlišné styly zacházení s dětmi. Jedna skupina pečovala o kojence tradičním způsobem – matky nosily děti na zádech v nosítkách těsně upnutých v jakýchsi povijanech, z nichž jim koukala pouze hlava a v nichž se takřka nemohly pohybovat. Druhá skupina přejala běžný standard americké kultury, umožňující dětem neomezený pohyb. Ukázalo se, že u obou skupin vykazovaly děti stejné motorické úkony takřka přesně ve stejných měsících života; dokonce i chodit začaly ve stejném věku (v 15 měsících). Tato studie dokládá významný vliv genetických faktorů.

O dvacet let později publikoval Dennis (1960) práci, v níž demonstroval naopak to, jak významné vlivy může mít prostředí. Tentokrát zkoumal motorický vývoj u tří skupin dětí v iránských sirotčincích. V prvních dvou z těchto tří institucí, byly děti ponechány celé dny vleže v postýlce, s lahví s potravou spuštěnou proti polštáři. Obě strany postýlky byly pokryté dekou, takže měly minimální možnost pozorovat své prostředí. S obslužným personálem přišly do styku pouze v čase koupání. Ve třetím sirotčinci byly děti naopak podněcovány k tomu, aby se pohybovaly, sedaly si, hrály si a byly v kontaktu s ostatními dětmi. Ukázalo se, že v prvních dvou sirotčincích byly děti v motorickém vývoji značně opožděné. Většina z nich nebyla schopna samostatně sedět ještě ve 12 měsících, řadě z nich dělalo samostatné sezení problémy dokonce ještě po 20. měsíci. Podobně tomu v těchto prvních dvou sirotčincích většina dětí ve třech letech ještě nechodila. Ve třetím sirotčinci byl vývoj dětí značně odlišný, totožný s běžnými vývojovými normami. Tato studie tedy naznačuje, že samotné geny motorický vývoj neřídí plně; normální vývoj vyžaduje rovněž fyzickou a sociální stimulaci.

Duševní vývoj kojence

Intelligence

Novorozenci jsou schopni nejen se učit na základě zpevnování a naučené si zapamatovat, ale rovněž řešit složitější problémy a tedy chovat se inteligentně. Podle J. Piageta jde o období senzomotorické. Toto období sestává z šesti stádií.

<p>1. stadium narození - 1. měsíc využívání vrozených reflexů</p>	<p>Piaget hovoří o „reflexním cvičení“, tj. o zpevnování reflexního chování na základě funkčního cvičení. V průběhu tohoto učení dochází k ‘zobecňující asimilaci’ (dítě dumlá i nové předměty) a k ‘diferencující asimilaci’ (dítě rozlišuje prsní bradavku od jiných předmětů).</p>
<p>2. stadium 1. - 4. měsíc primární kruhové reakce</p>	<p>V této etapě se utvářejí první zvyky, tedy nevrozené formy chování. Jsou však zaměřené výhradně na vlastní tělo nemluvněte. Dítě například náhodně zjistí, že je příjemné dumlat si vlastní palce a navozuje si tedy příjemné pocity dumláním vlastních prstíků. Dosud nejde o účinky vlastního chování na prostředí. Nemají dosud pojem trvání objektu – zmizí-li objekt z jejich zorného pole, přestává pro ně existovat.</p>
<p>3. stadium 4. - 8. měsíc sekundární kruhové reakce</p>	<p>Dítě odhaluje souvislosti mezi vlastním chováním a chováním některých objektů v prostředí. Zjišťuje například, že zatažení za provázek vede k pohybu chrastítka nebo že jeho pláč přivolá matku.</p>

<p>4. stadium 8. - 12. měsíc koordinace sekundárních schémat</p>	<p>Chování se stává více orientované na cíl v důsledku kombinování dříve osvojených schémat a forem chování. Děti začínají anticipovat některé události. Rozvíjí pojem trvání objektu – dítě však hledá schovaný předmět pouze na místě, kde zmizel, i když ví, že se pohybuje.</p>
<p>5. stadium 12. - 18. měsíc terciární kruhové reakce</p>	<p>Děti vykazují značnou zvědavost při zjišťování důsledků svých činů. Šlápne-li například dítě náhodou na hračku panenky a ona vydá hlas, zkouší si dítě na panu sednout. Jestliže se ozve stejný hlas je šťastné a zkouší něco jiného - třeba svírání panenky v náručí.</p>
<p>6. stadium 18. - 24. měsíc mentální kombinace</p>	<p>Přibližně v 18 měsících začínají být podle Piageta děti schopné symbolického myšlení. Poprvé jsou schopné operovat nikoliv pouze s objekty, ale s pouhými mentálními reprezentacemi těchto objektů. Schopnost operovat se symboly umožňuje dětem osvobodit se od aktuální skutečnosti a napodobovat akce modelů, které již nejsou v jejich přítomnosti.</p>

Tabulka 6 Stadia senzomotorického vývoje inteligence podle Piageta.

Podle: J. Piaget. (1972). *Psychologie inteligence*. Praha: SPN.

Vývoj jazyka a řeči

Proces osvojování jazyka začíná dlouho před tím, než se objeví první slova. Již v prvním roce života dochází mezi rodiči a dětmi ke komunikaci. V této tzv. prelingvistické komunikaci připravují dítě k aktivnímu užívání skutečné řeči především různá gesta a sociální hry. K uvědomění si existence této komunikace již po narození stačí například pozorovat matku, která mění dítěti plenky. Dívá se na něj, tiše k němu promlouvá, když mu odstraňuje mokrou plenu a dává mu plenu novou. Kdykoliv může, dívá se mu do očí. Pak si s ním chvíli hraje, zlehka ho lechtá na bříšku a říká mu něco mazlivě nebo mu něco radostně zpívá.

Tento druh **interakcí** se rozvíjí relativně pomalu. V primitivní verzi „tu máš!“ či „chytej!“ podává například matka pětiměsíčnímu dítěti nějakou hračku. Ve skutečnosti mu ji však nehodí ani nepodá, ale dá mu ji do ruky nebo mu ji vloží do klína. Hračka mu nejčastěji spadne na zem. Matka hračku zvedne a opět mu ji podá. Tento cyklus se mnohokrát opakuje. Jde o velmi asymetrickou interakci, ale kolem desátého měsíce začíná hrát dítě aktivnější roli: samo uchopí hračku a o něco později ji dokonce matce na její požádání vrátí. Od určité chvíle pak samo začne **iniciovat** tento „dialog“ – mává hračkou, nabízí ji matce, pak jí ji podává nebo hází. Jde o velmi důležitou *pragmatickou* přípravu pro pozdější verbální komunikaci.

Pro vývoj komunikace je rovněž důležité, aby dítě získalo schopnost používat řeč **intencionálně**, tedy záměrně či volně. Jedním z klíčových aspektů senzomotorického vývoje je postupné vynořování intencionality. Tato schopnost se vyvíjí během prvního roku života a je podporována rodiči, kteří se chovají, jakoby zvuky, jež dítě vydává, měly nějaký smysl. Kolem 12. měsíce na tento dialog dítě svým způsobem naváže a začne intencionálně užívat svá první slova. Během prvního roku života tak dítě prodělá obrovský vývoj v osvojování základní struktury interpersonální interakce a funkce jazyka a řeči.

Nezávisle na jazyku svých rodičů začínají všechny děti vydávat takřka ve stejnou dobu stejné zvuky: Mezi 2. a 3. měsícem začínají děti „vrnět“: opakují stejné samohlásky v různých tónových výškách – *a-a-a-a*, *u-u-u-u*. V pátém měsíci začínají děti „broukat“: k samohláskám začínají připojovat souhlásky a začínají vyslovovat první slabiky, jako například *ba-ba-ba-ba*, *do-do-do-do*, *uvi-uvi-uvi*, *denge-denge-benge*. Mezi 6. a 8. měsícem začínají děti „žvatlat“, tj. opakovat určité jasně artikulované slabiky, jimiž napodobují řeč dospělých: *ma-ma*, *mede* (tj. *medvěd*).

Vývoj emocí

Vývoj emocí postupuje u novorozenců a kojenců v pravidelných stádiích, naznačujících, že je řízen biologickými „hodinami“ zrání mozku. Tento vývoj však může být ovlivněn prostředím. Například zneužívané děti vykazují projevy strachu o několik měsíců dříve než ostatní děti. Již velmi záhy po narození vykazují novorozenci projevy zájmu, nespokojenosti a nechuti. Během několika následujících měsíců se tyto projevy dále rozrůžňují a můžeme se setkat s projevy radosti, hněvu, překvapení, smutku a strachu.

Během kojení a raného batolecího věku se postupně vynořují tyto emoce:

Expresé základní emoce	Přibližný čas nástupu exprese emoce
Zájem	
Novorozenecký smích (endogenní)	
Úlek	
Nespokojenost (distres) jako reakce na bolestivý podnět	Přítomné při narození
Nechuť coby reakce na nepříjemný zápach nebo chuť	
Sociální smích (reakce na druhé)	3 - 6 týden
Hněv (vzteky)	
Překvapení	2 - 4 měsíc
Smutek	
Strach	5 - 7 měsíc
Sebeuvědomění	
Empatie	
Stud	
Žárlivost	
Stydlivost	12 - 18 měsíc
Hrdost	
Vina	
Opovržení	

Tabulka 7 Nástup jednotlivých expresí emocí v ontogenezi.

Podle: Papalia, D.E., Olds, S.W. (1992). *Human Development*. New York: McGraw-Hill.

Emoce související s uvědomováním si svého já (se sebeuvědomováním se objevují až počátkem druhého roku, některé z nich se neprojeví dříve než ve dvou letech dítěte. Mezi emoce spojené se sebeuvědomováním patří empatie, stud, žárlivost, stydlivost, hrdost, vina a opovržení. Až do této doby se u dětí nevyvinulo vědomí vlastní osoby, sebeuvědomění. Od této doby si začínají uvědomovat sebe jako bytost odlišnou od ostatních lidí a věcí kolem. Až teprve nyní začínají reflektovat vlastní chování a srovnávat ho se sociálními standardy.

2.3.2 Batole

V batolecím věku lze rozlišit mladší (od 1 do 2 let) a starší batolecí věk (od 2 do 3 let).

Fyzický a motorický vývoj

Od prvního do třetího roku vyrostle chlapec ze 77 na 97 cm, z 10 kg přibude na přibližně 15 kg. Děvčátka jsou o něco málo menší a lehčí. Ke konci tohoto stadia se tělo často zaoblí, přichází tzv. "první plnost". Ve třech letech je už obličej výrazně modelován, mléčné zuby

jsou kompletní. Mozek už váží více než kilogram. Někteří badatelé tvrdí, že mozek zraje mezi 15. a 24. měsícem života obzvláště rychle a spojuje tento vývoj s rychlými pokroky v uvědomování si sebe sama.

Ve druhém roce života doznává dítě pokrok od nejistého batolení k suverénní chůzi. Před třetím rokem již dítě běhá, dokáže stát na jedné noze, chodit do schodů, kopat o míče. Jeho ruka už zvládne všechny základní pohyby. Ve dvou letech dokáže napodobit dospělého, když nám ukáže, jak se kreslí kruh nebo příčka. Během těchto dvou let se naučí jíst zcela samo a oblékat se pouze s menší pomocí.

Duševní vývoj batolete

Intelektový a lingvistický vývoj

Zpočátku tohoto období (tj. cca ve 12. měsíci) si dítě osvojuje postupně jednotlivá slova; v patnácti měsících ovládá v průměru 10 slov, ve dvaceti čtyřech měsících jich ovládá aktivně asi 200. Děti však rozumí mnohem většímu počtu slov, než jsou schopny samy aktivně produkovat. Jejich pasivní slovní zásoba je asi 5 až 6x větší než jejich zásoba aktivní.

První slova, která děti aktivně užívají, mají zpravidla tyto charakteristiky:

1. První slovo není nutně slovem, které dítě nejčastěji slyší. První slovo má tendenci označovat objekty, které jsou důležité pro děti, nebo s nimiž přicházejí často do styku. Často jsou jimi slova jako mama, dada, baba (láhev) atp.

2. Ve vývoji slovní zásoby zpravidla předcházejí podstatná jména, slovesa a zájmena ostatní slovní druhy (přídavná jména, příslovce atd.). Dítě dříve říká *máma* nebo *chci* než *velký* nebo *více*.

3. Zákonitě se mění i rozsah slovy označovaných objektů. Zpočátku je význam slova, které dítě užívá, příliš úzký. Říká-li dítě auto, nemyslí tím auto obecně, ale jedno konkrétní autíčko a zlobí se, když to nechápete. Později je naopak extenze pojmu příliš široká, takže každé zvíře je „čiči“ a auto je vše, co má kola. Tento vývoj je velmi důležitým ukazatelem, že si dítě vytváří mentální kategorie.

4. Jednotlivá slova stojí často za celé věty (slovo-věta). *Holofráze* či „globální slovo“ „pes“ tak může znamenat „Hele pejsek!“, ale také „Kde je můj pejsek?“, „Pes štěká“, „Bojím se tohoto psa“ atp.

Asi ve 24. měsíci začíná dítě užívat první věty. Zpočátku jde o *dvouslovné* věty typu „Ještě pít!“, „Pojď sem!“ atp. Jakkoliv krátké, představují tyto věty v mentálním vývoji dítěte důležitý mezník. Jazyk jimi začíná být *symbolickým systémem*, v němž slova nejen označují věci, ale rovněž stojí ve vzájemných vztazích k sobě navzájem.

Mezi 20. a 30. měsícem si děti osvojí základy gramatiky, respektive syntaxe: naučí se sestavovat z jednotlivých slov nejprve dvouslovné, později víceslovné věty. Asi ve 2½ letech užívají děti tři a víceslovné věty, i když zpočátku ve výstavbě věty velmi často chybují. Později (kolem 36. měsíce) se frekvence těchto chyb značně snižuje a jejich projev se po formální stránce začíná velmi přibližovat projevu dospělého člověka.

Ve vývoji syntaktické kompetence se objevuje stejný jev jako při osvojování jednotlivých slov: dítě rozumí mnohem složitějším větám než je samo schopno produkovat; kompetence předchází i zde produkci.

Osobnost: temperament dítěte

Děti se rodí s jedinečnými biologickými rytmy a styly reagování. Tento soubor charakteristik je označován jako temperament. Temperament se týká především emocionality:

- a) jak citlivé jsou děti na emocionální podněty
- b) jak rychle a intenzivně reagují na tyto podněty
- c) celkové naladění a intenzita převládající nálady

d) proměnlivost nálad.

V současné době patří k základním pracím, věnovaným problematice temperamentu, studie Alexandra Thomase a Stelly Chessové známé jako NYLS – New York Longitudinal Study. Tito autoři od roku 1958 sledovali opakovaně 140 dětí od raného dětství až do mladé dospělosti. Sledovali **devět dimenzí temperamentu**, jimiž byly:

- **úroveň aktivity** – jakým způsobem a jak často se jedinec pohybuje
- **rytmičnost a pravidelnost** – predikovatelnost biologických rytmů či cyklů (hlad, žízeň, spánek, vyměšování atp.)
- **přiblížení nebo oddálení** – jak jedinec prvotně reaguje na nové podněty – hračky, pokrm, lidi atp.
- **adaptabilita** – jak snadno lze původní reakci modifikovat v požadovaném směru
- **práh citlivosti** – od jaké intenzity vyvolá podnět reakci
- **intenzita reakce** – jak energicky jedinec reaguje
- **kvalita nálady** – zda je převažující naladění spíše pozitivní, příjemné, radostné a přátelské nebo naopak negativní, nepříjemné, neradostné a hostilní
- **snadnost odpoutání pozornosti (distractibility)** – jak snadno může nějaký irelevantní podnět odpoutat pozornost jedince nebo interferovat s jeho chováním
- **rozpětí a stabilita pozornosti** – jak dlouho sleduje jedinec určitou činnost a pokračuje v ní vzdor různým překážkám.

Statistická analýza vedla k identifikaci tří relativně nezávislých dimenzí:

- negativní emocionalita
- úroveň aktivity
- sociability.

Každé dítě lze umístit na každé z těchto tří dimenzí a jejich kombinace charakterizuje jeho osobní styl či temperament. Ukazuje se však současně, že tyto kombinace nejsou libovolné, ale vytvářejí tři základní skupiny či kategorie (typy), do nichž bylo možno zařadit 2/3 dětí:

1. **Easy child** – pohodové dítě (cca 40 % dětí):

- dobře naladěné, šťastné, s nízkou frekvencí záporných emocí;
- sociabilní;
- s pravidelnými biologickými rytmy a střední mírou aktivity, dobře se adaptující, nevyhýbající se ale naopak kladně přijímající nové podněty;

2. **Difficult child** – problematické dítě (cca 10 % dětí):

- vzrušivé, intenzivněji vyjadřující emoce, definiční je pro ně záporná emocionalita, často křičí a pláčou, snadno lze odpoutat jejich pozornost, často se bojí nových podnětů (věcí, lidí);
- s nepravidelnými biologickými rytmy, zpravidla jsou velmi aktivní, nezdítko již od kolébky;
- méně sociabilní než ostatní děti, na ostatní lidi reagují méně kladně;

3. **Slow-to-warm-up child** – dítě, které se pomalu „otrává“ (cca 15 % dětí): Mezi těmito dvěma póly se nachází početná skupina dětí, již zpočátku působí nové věci a situace rovněž potíže, ale postupem času se „zahřejí“ a jejich chování se změní. Jejich reakce nebývají příliš intenzivní ani extrémní, zpravidla jsou mírné a pomalu se přizpůsobují novým okolnostem.

4. **Ostatní** (cca 35 % dětí): mnoho dětí nelze zařadit hladce ani do jedné z těchto kategorií. Dítě může mít například pravidelný rytmus jídla a spánku, avšak současně se může bát nových věcí a neznámých lidí. Jiné dítě si může jen pomalu zvykat na novou stravu, avšak velmi rychle si zvykne na novou au-pair. Všechny tyto kombinace jsou zcela normální, i když ne tak časté.

Faktory ovlivňující temperament:

Podle Thomase a Chessové je temperament vrozenou a převážně geny určenou charakteristikou. Rozdíly mezi dětmi nejsou zpravidla ovlivněny téměř žádnými faktory prostředí.

Avšak **neobvyklé události nebo neobvyklé zacházení s dítětem** temperament ovlivnit mohou.

Thomas a Chessová popisují například děvče, které bylo zpočátku zařazeno mezi „problematické“ děti. Asi v deseti letech se však u ní náhle projevilo hudební a dramatické nadání. To mimo jiné značně změnilo chování prostředí (zejména rodičů) k ní. Ve 22 letech byla dobře adaptovaná.

Naopak jistý „pohodový“ chlapec se dostal do emocionálních problémů, když kolem 14 let začal experimentovat s drogami. Asi po roce drog nechal a následoval jistého indického guru. Šlo o značně problematické období jeho života. Po několika letech se s tímto guru rozešel a po dvacátém roce života byl opět velmi dobře adaptován.

Asi 1/3 dětí s NYLS vykazovala někdy v průběhu vývoje problémy s chováním. Většinou šlo o drobné problémy, které se vyskytly v předškolním věku (mezi 3. a 5. rokem života) a zpravidla pominuly s nástupem puberty. Některé z nich přetrvávaly, nebo se dokonce s věkem zhoršovaly. **Žádný temperamentový typ nebyl vůči těmto problémům imunní.**

Problémy se začnou vyskytovat zejména tehdy, jsou-li děti vystaveny **stresu**. Jedním z důležitých zdrojů stresu pro ně je, jsou-li vystaveny požadavkům, které jsou v rozporu s jejich přirozeností, s jejich temperamentem. Je-li například velmi aktivní dítě uzavřeno do omezeného prostoru a chce-li se od něj, aby delší dobu tiše sedělo a nerušilo. Nebo je-li „slow-to-warm“ dítě nuceno k tomu, aby se neustále přizpůsobovalo novým lidem a situacím. Nebo je-li stabilní a vyrovnané dítě, soustředěné na své hry, neustále vyrušováno. Klíčem ke zdravému vývoji je zde kongruence mezi požadavky prostředí a přirozeností dítěte.

Tato kongruence je náročná pro obě strany. Vyžaduje adaptaci ze strany dítěte i rodiče. Například aktivní, energický rodič se může hůře přizpůsobovat a být méně spokojený s dítětem, které je pomalé, poddajné a vyrovnané než s dítětem aktivním. Naopak méně aktivní rodič může toto dítě preferovat.

Jedním z důležitých principů zde je, aby se rodiči snažili poznat a porozumět temperamentu dítěte, a aby pokud možno přizpůsobovali své požadavky přirozenosti dítěte. Neměli by se snažit dítě přetvořit podle svých ideálů. Například „obtížnému“ typu dítěte může rodič pomoci tím, že zavede flexibilní dobu oběda, například mezi 12. a 13. hodinou. Rodiče dětí, které se jen pomalu „otrávají“, by měli těmto dětem nechat dost času na to, aby si zvykly na nové lidi a situace, a měli by totéž chtít od ostatních členů rodiny, od učitelů atd.

Když si rodič uvědomí, že je temperament jeho dítěte do značné míry vrozený, může se mu značně ulevit. Když si uvědomí, že se dítě chová určitým i způsoby díky tomu, že má určitý temperament a nikoliv proto, že je zlé, líné nebo nechotné, začne se sám chovat přátelštěji a bude k němu mít méně pocitů úzkosti, viny a nepřátelství. Může se snažit rozvíjet to pozitivní, co každý z typů temperamentů v sobě skrývá, namísto toho, aby se soustředil se na jeho slabé stránky.

1.

2.4 Předškolní a mladší školní věk

2.4.1 Předškolní věk

Předškolní věk je první etapou tzv. druhého dětství (spolu s prepubescencí či mladším školním věkem). Jde o období mezi třetím a šestým rokem života. Protože značná část dětí

navštěvuje v tomto období některé školní zařízení, je někdy používáno označení *rané dětství* (*early childhood*).

Fyzický a motorický vývoj v předškolním věku

Tělesný vývoj v tomto období již není tak rychlý jako v období předešlém. Průměrný chlapec vyroste v předškolním věku z 97 na 117 cm a přibude z 15 na 22 kg. Děvčátka jsou v tomto věku ještě stále o něco menší a lehčí; zanedlouho se to obrátí.

Ke konci tohoto období začínají děti v tomto věku postupně ztrácet svoje zaoblené proporce. Trup, který byl dosud spíše válcovitý, se stává plošším a hrudník se zřetelněji odlišuje od břicha. Svalové tkáně přibývá a - zvláště u chlapců - tukové tkáně ubývá. Postava se celkově protahuje, ruce a nohy se prodlužují.

Duševní vývoj

Intelligence

Piaget ve své teorii hovoří o předoperačním myšlení či inteligenci.

	Věk	Charakteristika
Předoperační myšlení (předlogické)	2 - 4	<i>Předpojmové myšlení</i> <ul style="list-style-type: none">• předpojmy namísto pojmů• transdukce namísto pojmového usuzování
	4 - 7	<i>Názorné myšlení</i> - soudy jsou kontrolovány názornými „regulacemi“.

Tabulka 8 Stádia předoperačního myšlení.

Podle: J. Piaget (1972) *Psychologie inteligence*. Praha: SPN.

Děti v preoperačním stádiu vývoje mohou již přemýšlet o nepřítomných lidech, věcech a událostech, neboť mohou využívat *mentální reprezentace* těchto jevů. To je významný krok vpřed od závislosti myšlení na konkrétních přítomných podnětech v předešlém období tzv. senzomotorického vývoje, ve kterém byla tato symbolizační funkce nepřítomná. V tomto stádiu však děti ještě nejsou schopny na mentální reprezentace (slova, symboly, ...) aplikovat logiku. K tomu dospějí až v pozdějším věku (kolem 7. roku) ve stádiu tzv. konkrétního myšlení.

Předpojmové myšlení a transdukce

Dítě například nerozlišuje jedinečné a obecné a nemá pojem trvání. Na procházce se domnívá, že se vždy stejný slimák objevuje na různých místech, že hora mění tvar, když ji obchází atp.

Na rozdíl od deduktivního a induktivního usuzování zde nejde o vztah mezi jedinečnými a obecnými výroky, ale o nelogické spojení dvou (nebo více) jedinečných výroků. Dítě například může usuzovat takto: „Včera jsem se zlobil na sestřičku. Sestřička je dneska nemocná. Její nemoc jsem tedy určitě zavinil já!“

Lingvistický vývoj

Během předškolního věku se dítě naučí denně několik nových slov. V šesti letech ovládá aktivně asi 8 – 14 000 slov. Dvou až tříleté děti často vyplňují mezery ve slovníku a v gramatice vytvářením vlastních slov, v nichž jsou často spojena dvě samostatná slova.

Tato slova spadají do všech gramatických kategorií. Mezi *nejčastěji* používaná slova však patří ona známá **proč, jak, kde, kdy, kdo, co?**

V tomto věku se rychle vyvíjí chápání časových a prostorových vztahů. Děti používají slova jako včera, zítra, dávno, za rok; před, pod, za, nad atp. Jejich chápání těchto slov je však ještě značně vágní. „Včera“ může znamenat včera nebo předvčírem, anebo také libovolný předešlý den. Podobně tomu „dávno“ může docela klidně znamenat předešlým. Ještě ve třech letech si dítě občas splete významy slov, jako jsou velký/malý, dlouhý/krátký, více/méně atp. V pěti letech se však těchto chyb již dopouštějí pouze zřídka.

Paměť dítěte

Znovupoznání a vzpomnutí si:

V každém věkovém období jsou lidé schopni si lépe upomenout na již viděné nebo slyšené, vidí-li to opět před sebou, než si vzpomenout na to, co právě nevidí. **Znovupoznání** (recognition) je schopnost identifikovat něco, co jsme vnímali dříve. Jsme například schopni si vzpomenout na mnoho ze 100 obrázků, které jsme viděli před sebou na stole. **Vzpomenutí si** je schopnost vybavit si z paměti informace, které nejsou právě vnímány.

Dvouleté děti rozpoznají v cca 80 % správně obrázky, které viděly, ale vzpomenou si pouze asi na 20 % obrázků ze série devíti obrázků. Čtyřleté děti rozpoznají správně cca 90 % obrázků; nejlépe si vybavují obrázky, které jim byly prezentovány poslední. Starší děti si vzpomínají signifikantně častěji i na obrázky na dřívějších pozicích.

Motivace k získávání kompetence, kognitivní strategie a paměť:

Soubor výzkumů ukazuje, že si starší děti pamatují lépe než děti mladší pravděpodobně ze dvou důvodů. Prvním z nich je motivace dítěte: dítě je motivováno k získání kompetence, k osvojení si řady dovedností. Druhým je konkrétní přístup k řešení úkolů.

Nejlepším prediktorem toho, jaké výsledky děti dosahují v paměťových úkolech týkajících se například jejich přirozených aktivit, je jejich „mastery motivation“. Tedy jejich tendence k nezávislosti, samostatnosti, autonomii a celkové vynalézavosti.

Druhým významným prediktorem jsou konkrétní aktivity dětí při zacházení s předměty, které si mají zapamatovat. Patří mezi ně například hlasité pojmenovávání věcí, opakování si těchto názvů, kategorizace předmětů, přemýšlení o těchto předmětech nebo o jejich jménech atp. Některé výzkumy ukazují, že děti mají problémy při snaze o zapamatování si účinných strategií organizace učení nebo při snaze o extrapolaci jejich užívání na nové úkoly. Výzkumy ale současně ukazují, že efektivní uchování a aplikace naučených strategií je možno u čtyř až pětiletých dětí výrazně zlepšit pomocí tréninků.

Sociální interakce a paměť:

To, co si dítě v tomto věku zapamatuje, je rovněž velmi závislé na tom, zda a jakým způsobem s ním o věcech, které by si mělo zapamatovat, mluví lidé z jeho okolí. V jednom výzkumu navštívily tříleté děti se svými maminkami přírodopisné museum. Polovina maminek si s dětmi během prohlídky zcela přirozeně povídala o tom, co právě vidí. Druhá polovina maminek sama hovor nezačínala a reagovala pouze na dotazy dětí. Všechny konverzace byly natočeny na magnetofonový pásek. O týden později položili badatelé dětem 30 otázek, týkajících se objektů, které v museu byly k vidění. Výsledky ukazují, že si děti pamatovaly pouze to, o čem si s nimi maminky povídaly. V první skupině, ve které hovor řídily maminky, si děti pamatovaly mnohem více objektů než ve skupině druhé, ve které hovor řídily (iniciovaly) samy děti.

Děti si navíc lépe pamatují i vlivem odlišných vlivů konverzace. „Narativní styl“ maminek („Vzpomínáš si, že jsme to viděli, když jsme byli u bratrance Billa ve Vermontu?“) byl efektivnější než „praktický styl“, charakterizovaný věcností a logičností.

2.4.2 Mladší školní věk

Mladší školní věk je druhou etapou tzv. druhého dětství. Jde o období od 6 do 11 nebo 12 let.

Fyzický a motorický vývoj

Mladší školní věk je označován jako *období první vytáhlosti*. Průměrný chlapec vyroste od 6 do 11 let ze 117 na 145 cm, jedenáctiletá dívka je asi o jeden centimetr vyšší než chlapec. Váhově se chlapec dostane z 22 kg na 37, dívka je sotva o půl kilogramu těžší, ačkoliv má již širší pánev a o něco málo více podkožního tuku než chlapec.

Mozek v této době stále ještě roste, kolem desátého roku se však jeho růst již značně zpomalí. Vcelku je nyní plně vyvinut, ale až asi do jedenácti let se ještě budou zdokonalovat spojení mezi jeho buňkami: některá vlákna se budou rozvětvovat a dokonaleji opouzdřovat. Výkonnost dětského organismu je obdivuhodná, uvážíme-li, jak jsou děti v neustálém pohybu. Dítě ještě špatně hospodaří se svými silami, snadno se vyčerpá, ale dokáže – ve srovnání s dospělým – neobyčejně rychle načerpat nové síly. Děti skáčou přes švihadlo, jezdí na kole, stále prudčeji a dovedněji házejí míčem, kameny či sněhovými koulemi. Házení je typickým prvkem bojových her; zde je typický rozdíl mezi chlapci a dívkami, které v házení většinou nevidí žádný smysl. Nově získané dovednosti a stoupající výkony působí školákům velkou radost, také proto, že si své pokroky dobře uvědomují.

Duševní vývoj

Paměť

V mladším a středním školním věku se značně zvyšuje kapacita **krátkodobé paměti** (STM). Jestliže řekneme například šestiletému dítěti šestimístné číslo (837512) a požádáme ho, aby číslo opakovalo a pak řeklo pozpátku (215738), vybaví si zpravidla pouze poslední dvě číslice. Adolescenti již opakují běžně všech šest čísel.

Malá kapacita STM vysvětluje řadu problémů, se kterými se děti setkávají při řešení nejrozmanitějších úkolů.

Děti v tomto věku začínají spontánně používat některé **strategie** kódování informací do paměti. V souvislosti s STM je to především strategie **opakování**. Například Flavell se spolupracovníky (1966) ukázali dětem z první třídy sérii obrázků a řekli jim, že se jich za chvíli na tyto obrázky a na jejich pořadí zeptají. Děti tiše seděly a čekaly, až se jich experimentátor zeptá. Starší děti ze 2. a 3. tříd oproti tomu pohybovaly rty a něco si mumlaly – zřejmě si v duchu opakovaly podnětový materiál. Není divu, že si tyto starší děti při přezkoušení vybavily více obrázků než děti mladší. Když však experimentátor vyzval děti z první třídy, aby řekly nahlas, co vidí na obrázku (forma opakování), pamatovaly si při přezkoušení jejich obsah lépe. Děti v šesti letech si tedy mohou podnětový materiál zapamatovat lépe, když si opakují, ony si však spontánně zpravidla neopakují.

Kromě zvyšování kapacity STM a používání strategií k uchování informací v STM používají děti v tomto věku i některé strategie, které facilitují lepší kódování, uchování a vybavování informací z **dlouhodobé paměti** (LTM). Patří k ní zejména strategie organizace informací, jejich elaborace a používání vnějších pomůcek.

Děti do deseti či jedenácti let neorganizují zpravidla podnětový materiál spontánně do jednotlivých kategorií. Vidí-li například nahodile uspořádané obrázky nábytku, zvířátek a

oděvů, neuspořádají si v duchu tyto předměty do kategorií. Jsou-li k tomu ale vybídnuty, zapamatují si obrázky lépe. Starší děti a dospělí lidé provádějí tuto organizaci (**kategorizaci**) podnětů v podstatě automaticky.

Menší děti nejsou na rozdíl od dětí větších schopné aplikovat ani některou ze strategií **elaborace** (tj. využívání analogie, používání mnemotechnických pomůcek atp.). Pamatují si však podnětový materiál lépe, jestliže někdo provede elaboraci za ně a seznámí je s ní.

Děti v tomto věku začínají poměrně velmi intenzivně využívat různých „**vnějších pamětí**“ a odkazů. Začínají si psát telefonní čísla a adresy kamarádů, rodičů a (nejraději) svá vlastní, nařizují si hodinky a budíčky, vyzývají nás, abychom ji nezapomněli něco důležitého připomenout atp.

Intelligence

Mezi 5. a 7. rokem vstupují děti do stádia **konkrétních operací**, charakterizovaného především tím, že při ní na mentální reprezentace (symboly) začínají používat logiku, mentální operace. Piaget hovoří o operačním myšlení. Na rozdíl od předchozích etap, kdy dítě řešilo problémy manipulací s předměty (prvních 5 etap senzomotorického stádia) nebo byly při řešení problémů vázány na „názor“ předmětu, tedy na jeho nazírání, jsou nyní děti schopny řešit problémy použitím mentálních operací na mentální objekty (reprezentace objektů, symboly).

Ačkoliv jsou i děti v předchozím stádiu schopny mentálně reprezentovat nepřítomné předměty, je jejich učení a řešení problémů těsně spjato s bezprostřední zkušeností. Děti ve stádiu konkrétních operací řeší mnohem lépe úkoly s čísly, lépe zvládají problémy s časovými a prostorovými údaji, rozlišují jasněji mezi realitou a fantazií, operují lépe s kategoriemi atp.

Protože jsou děti v tomto stádiu mnohem méně egocentrické, jsou schopny tzv. **decentrace** – mohou vzít do úvahy současně více aspektů problému, již se nesoustředí pouze na jeden z nich, jak tomu bylo v předchozím období. Jejich schopnost decentrace jim umožňuje stále lépe chápat názory druhých lidí a lépe s nimi komunikovat. Výrazně ovlivňuje rovněž jejich morální vývoj, neboť jsou schopny přemýšlet o morálních otázkách flexibilněji.

Ačkoliv jsou děti v tomto věku schopny myslet logicky mnohem lépe než děti v předškolním věku, je jejich myšlení na druhou stranu vymezeno tím, co je zde a nyní. Podle Piageta dosáhnou vyšší úrovně – tzv. formálních či abstraktních operací – až teprve s nástupem puberty. Až teprve pak budou schopny myslet zcela abstraktně, testovat formálně odvozené hypotézy, chápat pravděpodobnostní soudy atp.

Princip zachování hmoty, váhy a objemu

Jedním z důležitých milníků vývoje v tomto období je chápání principu zachování hmoty, váhy a objemu. Dvě stejné kvantity látky zůstávají co do hmotnosti, váhy i objemu stejné, ačkoliv jejich tvar může být značně odlišný.

Kategorizace

Také logické třídění, bez něhož není možné přesně myslet, udělá důležitý skok. Dáme-li dítěti obrázek se třemi jablky a pěti hruškami a zeptáme se ho, je-li na něm víc kusů ovoce nebo jablek, občas se dopustí chyby, ale po osmém roce zpravidla již jasně vztahy mezi kategoriemi rozpozná.

Řeč a jazyk

Řeč školního dítěte se zdokonaluje podstatně rychleji, než když se dospělý učí cizímu jazyku. Dítě stále lépe chápe, co mu druzí říkají, a současně se samo učí lépe vyjadřovat svoje

myšlenky. Dítě disponuje aktivně již několika (asi pěti) tisíci slovy a rozumí ještě mnohem většímu množství. Slova jsou dosud blíže předmětům než u nás dospělých, mají „syrovější význam“, proto je myšlení dítěte pořád ještě hodně emoční a poněkud těžkopádné.

Gramatika

Představte si, že se díváte na zasněženou cestu a zeptáte se, jak se dostanete s autem z garáže. Odpověď přitom zní:

„Ken řekl Bobovi, aby cestu odhrabal,“ nebo **„Bob měl od Kena slíbeno, že cestu odhrabe.“**

V závislosti na odpovědi se snadno dozvíte, kdo cestu vlastně odhrabe. Ne tak dítě v mladším školním věku. Velmi často špatně pochopí rozdíly ve struktuře těchto vět a budou si myslet v obou případech, že cestu uklidí Bob.

Většina šestiletých dětí má stále ještě problémy s porozuměním vět, jako jsou například

„Ken slíbil Bobovi, že půjde,“ – kdo půjde, Ken nebo Bob?

„Kena je snadné vidět,“ – kdo tu koho vidí, Ken nebo někdo jiný?

„Ken se ptá Boba, co by měl dělat,“ – kdo: Ken nebo Bob?

„Ken byl požádán Bobem a šel“ – kdo: Ken nebo Bob?

Ačkoliv šestileté děti znají několik tisíc slov a ovládají řadu gramatických pravidel, mají před sebou stále ještě dlouhou cestu k plnému porozumění všech významových odstínů, které lze jazykem vyjádřit. Během mladšího školního věku *zřídka používají a často špatně chápou trpný rod, složitější minulé časy a podmiňovací způsob*. V 9 až 10 letech předešlým větám již zpravidla bez větších problémů rozumí.

Metakomunikace a metakognice

V jednom výzkumu nechali badatelé děti z mateřské školy a ze druhých tříd základní školy stavět podle nahraných instrukcí jakési domečky z kostek. Instrukce byly nahrány na magnetofonu a nebyly doprovázeny žádnými názornými ukázkami. Místy byly instrukce záměrně neúplné a víceznačné. Ukázalo se, že si starší děti lépe uvědomovaly místa, kde instrukce nebyly kompletní – zastavovaly se, vypadaly zaraženě, bezradně. Uvědomovaly si lépe než mladší děti, že instrukcím možná zcela dobře nerozuměly a že výsledek není možná ve shodě s tím, co se od nich požadovalo. Mladší děti si rovněž místy uvědomovaly, že instrukcím zcela nerozumí, ale byly přesvědčeny, že domečky staví správně.

Je zřejmé, že malé děti často nerozumí zcela přesně tomu, co vidí, slyší nebo čtou, ale příliš dobře si tento nedostatek neuvědomují. Nemají rozvinutou **metakognici** – schopnost monitorovat a kontrolovat své vlastní kognitivní procesy. Mohou být tak přivykly tomu, že nerozumí, že jim to nepřipadá divné. Rodiče, učitelé a ostatní dospělí by si proto měli být vědomi, že nelze spoléhat na to, když se dítě tváří, že jim rozumí, že jim také skutečně rozumí. Ono samo neví, že nerozumí.

Osobnost

Sebepojetí

Vnik pojetí sebe sama coby separované, jedinečné, duševně duchovní bytosti postupuje jen pomalu. Začíná **sebeuvědoměním**, tedy postupným uvědoměním si, že jsme bytostmi oddělenými a odlišnými (separovanými) od ostatních bytostí a objektů, které jsou schopné přemýšlet o sobě samých a o svém chování. Sebeuvědomění krystalizuje v okamžiku poznání sebe sama, k němuž dochází kolem 18. měsíce.

Druhý krok bývá obvykle označován jako **definování sebe sama** (self-definition). Spočívá v určení vnějších a vnitřních charakteristik, jež pokládáme za důležité při popisu sebe samých. Asi ve třech letech o sobě děti přemýšlejí především v duchu vnějších charakteristik – jak

vypadají, kde bydlí, co dělají. Až asi v 6. nebo 7. letech o sobě začnou přemýšlet v psychologických termínech, začnou se definovat prostřednictvím vnitřních charakteristik. S postupujícím vývojem definování sebe sama se u dětí vyvíjejí představy o tom, čím skutečně jsou (**reálné já**) a čím by chtěly nebo měly být (**ideální já**). Dosažení tohoto stadia vývoje je spojeno s pozvolným vymaňováním se dítěte z vnější kontroly rodiče a s přechodem k vnitřní kontrole, označované jako **autoregulace**.

Ideální já v sobě obsahuje řadu příkazů (měl/a bych, musím), které si děti osvojily, a napomáhá jim ovládat své impulsy, což je podmínkou toho, aby byly pokládány za „hodné děti“. Určitý rozpor mezi reálným a ideálním já je často pokládán za příznak zralosti a sociální adjustace dítěte. Děti, které si vytyčují vysoké standardy, si uvědomují rozpor mezi tím, kým jsou a kým by chtěly být, a práce ve směru ideálu je jedním ze základních zdrojů jejich růstu a zrání.

Autoregulace

Pojetí sebe sama, představy o tom, kým jsem, se zdají být tou nejosobnější, nejedinečnejší věcí na světě. Řada teoretiků se však domnívá, že je toto sebepojetí svojí podstatou **sociálním** jevem, polem, na němž se setkává jedinec a společnost. Střední dětství se zdá být časem, který byl vyměřen pro toto setkání. Děti sledují pozorně společnost, v níž žijí, a směřují obraz, který si o ní vytvářejí s obrazem, který si vytvářejí o sobě samých.

V tomto věku jsou děti schopny dosahovat lepších výkonů, než tomu bylo v předchozích obdobích. Mají také více povinností, k nimž se řadí různé domácí práce, školní úkoly, kroužky, někdy se musí postarat i o sourozence atp. Začínají regulovat své chování ne pouze ve smyslu toho, co samy chtějí nebo potřebují, ale jsou nuceny vyhovět přáním a potřebám jiných lidí.

Postupným zvnitřňováním (interiorizací) těchto standardů a hodnot, které jim předkládá společnost, se jim daří koordinovat osobní a sociální požadavky. **Dobrovolně** nyní dělají věci, které by ještě nedávno nedělaly nebo dělaly pouze pod vnějším nátlakem.

Ve své snaze stát se normálními členy společnosti musí dítě ve vývoji sebepojetí splnit několik důležitých úkolů. Musí zejména

- **Rozšířit své chápání sebe sama**, tj. musí reflektovat názory, potřeby a očekávání ostatních lidí. Dítě se musí například naučit být kamarádem nebo spoluhráčem.
- **Dozvědět se více o fungování společnosti**. Dítě si musí rozšiřovat své poznatky o složitých strukturách vztahů, rolí a pravidel. Začíná si například uvědomovat, že jeho maminka má také maminku, nebo že se člověk může chovat k někomu hezky a k někomu jinému ošklivě.
- **Vyvinout standardy chování**. Dítě musí vyvinout standardy chování, které vedou k uspokojení osobních potřeb a jsou přitom společensky akceptovatelné, tj. jsou přípustné, dovolené nebo přímo požadované. To je někdy obtížné, neboť děti patří do více skupin současně. Tyto skupiny mohou mít odlišná očekávání a požadavky – zejména skupina dospělých (rodičů a učitelů) a skupina vrstevníků.
- **Kontrolovat a ovládat své chování**. S tím, jak dítě přebírá odpovědnost za sebe a své chování, se musí naučit **věřit**, že je schopno se chovat v souladu s osobními a sociálními standardy. Dále si musí osvojit zvyky a strategie, které mu umožní se tak také skutečně **chovat**.

Morální vývoj – Jean Piaget

Podle Piageta může dítě dospět ke zdravému morálnímu úsudku až teprve v době, v níž je schopno oprostit se od egocentrického vnímání světa a v níž dosáhlo určitého stupně

kognitivní zralosti. Podle tohoto autora se morálka u dětí vyvíjí ve dvou hlavních etapách, které v principu odpovídají preoperačnímu a operačnímu stádiu vývoje myšlení.

První stádium, zpravidla označované jako stádium **heterogenní morálky**, je charakterizováno rigidním, simplifikovaným morálním usuzováním. Dítě vidí všechno černobíle. Protože je egocentrické, nedokáže se na určité morální dilema podívat z více perspektiv. Věří, že pravidla jsou neměnná, že chování je buď dobré, nebo špatné, a že si každý přestupek zaslouží potrestat.

Ve druhém stádiu tzv. **autonomní morálky** dochází k postupnému zmírňování egocentričnosti a dítě se stává ve svém morálním usuzování flexibilnější. Setkává se stále větším počtem různých názorů, které se někdy navzájem vylučují. Dospívá k závěru, že neexistuje žádná „absolutní pravda“, že každou věc je zpravidla možno posoudit z více perspektiv, a že pravidla, která stanoví co je dobré a špatné, jsou relativní. Jsou a mohou být neustále měněna řadou různých lidí – včetně něj samotného.

Hlavní rozdíly mezi těmito dvěma stádii jsou uvedena v této tabulce:

	HETEROGENNÍ MORÁLKA	AUTONOMNÍ MORÁLKA
Hledisko	Dítě chápe chování jako absolutně dobré nebo absolutně špatné a domnívá se, že ostatní ho vidí úplně stejně jako ono. Nedokáže přejmout perspektivu druhého.	Dítě dokáže přejmout perspektivu druhého. Neposuzuje akt absolutně, chápe, že může být nahlížen z různých hledisek.
Intencionalita	Dítě posuzuje akt z hlediska jeho skutečných fyzických důsledků, nikoliv z hlediska motivů.	Dítě posuzuje akt podle úmyslu, nikoliv podle jeho fyzických důsledků.
Pravidla/normy	Dítě poslouchá příkazy proto, neboť jsou svaté a neměnné.	Dítě chápe, že pravidla byla stvořena lidmi a mohou jimi být měněna. Chápe sebe sama stejně oprávněné k jejich pozměňování jako kohokoliv jiného.
Respekt autoritě	Jednostranný respekt vede k pocitu povinnosti být konformní vůči standardům dospělých a poslouchat jejich příkazy.	Respekt k dospělým i k sobě samému umožňuje dítěti vážit si vlastního názoru a schopností a posuzovat ostatní lidi realisticky.
Trest	Dítě preferuje přísné tresty. Má pocit, že míra trestu definuje závažnost přestupku. Akt je obecně špatný, vede-li k trestu. Přestane-li být určitý akt trestán nebo začne-li být dokonce odměňován, stává se dobrým.	Dítě má raději mírné tresty, které umožňují pachateli přestupku uvědomit si, v čem pochybil. Současně poskytují oběti přestupku pocit odškodnění.
Imanentní spravedlnost	Dítě zaměňuje morální zákony s fyzikálními zákony a věří proto mimo jiné tomu, že každé fyzické neštěstí, které následuje po	Dítě nezaměňuje fyzikální a morální principy, nedomnívá se, že je přírodní nebo jiné neštěstí trestem za určitý přečin.

	určitém provinění, je trestem za toto provinění.	
--	--	--

Tabulka 9 Srovnání autonomní a heterogenní morálky podle J. Piageta.

Podle: J. Piaget. (1954). *The Moral Judgment of the Child*. New York: Basic Books.

2.5 Puberta a adolescence

V české literatuře se často rozlišují dvě období – puberta a adolescence, někdy též označovaná jako pubescence a postpubescence. Pubertou se zpravidla rozumí období 11–15 let, adolescencí následující období 15–19/20 let, někdy až do 22 let. V americké literatuře se zpravidla souhrnně hovoří o adolescenci.

2.5.1 Fyzický vývoj v pubertě a adolescenci

V tomto období dochází k řadě fyzických i duševních změn, v jejichž základě leží změny hormonální.

Dochází k *rychlému tělesnému růstu*. V tomto věkovém období jsou u českých dospívajících zjištěny tyto údaje (v centimetrech):

	VĚK		
	11	15	19
hoši (muži)	145	171	178
dívky (ženy)	146	164	165

Objevují se sekundární pohlavní znaky. Mezi nejdůležitější patří

dívky	hoši
prsa	ochlupení
ochlupení	vousy
změna pánve	zvětšuje se šíře ramen
změna hlasu	změna hlasu (mutace)
změny pleti	změny pleti.

Mladý člověk se stává *sexuálně zralým*, je tedy schopen reprodukce. Tento vývoj, ač je v tomto období nejmarkantnější, začal ovšem již v období nitroděložním. Fyziologicky tento jev souvisí u žen s výskytem prvních měsíčků (*menarché*), u hochů s první *ejakulací* (zpravidla mezi 12. a 13. rokem.) – jde o tzv. *primární sexuální znaky*.

2.5.2 Puberta

Tělesné proměny

Kromě vnějších proměn zrají a rostou i vnitřní pohlavní orgány, především vaječníky u dívek a varlata u chlapců. To je jádro tělesné puberty. Na povel z hypofýzy zvýší vaječníky produkci ženského hormonu estrogenu, u chlapců varlata zvýší produkci testosteronu. Pod vlivem těchto hormonů začnou vaječníky produkovat zralá vajíčka a varlata zralé spermie, schopné spojit se a zplodit tak nového jedince. K tomuto dozrání dojde asi kolem patnáctého roku.

Kolem třináctého roku se u většiny chlapců objeví první noční poluce (výron semene). Kupodivu není většina chlapců poučena, co to znamená, někteří se dokonce polekají, že jde o příznak nemoci. Poluce je často spojena se sexuálními sny. Dostavuje se tak víceméně

pravidelně v dospívání i v dospělosti u mladých mužů, kteří sexuálně plně nebo převážně abstinují.

První menstruace je – podobně jako první poluce u chlapců – signálem pohlavního zrání. Objevuje se nejčastěji po dvanáctém roce, jsou zde však značné rozdíly, prozkoumané pochopitelně lépe než u první noční poluce. Některé dívky menstruuji již v devíti letech, ve třinácti letech již asi 50 %, některé až kolem roku patnáctého. Dívka, která není o menstruaci poučena, se jí poleká a vidí v ní následek zranění, projev choroby, snad i následek masturbace. Nepoučených dívek je i dnes značné procento, a další velké procento je poučeno jen „technicky“ – tj. jak si při ní počínat z hlediska hygienického a sociálního. Mnohé se přes poučení menstruace bojí, a to i přesto, že k abecedě sexuální výchovy doma i ve škole patří mluvit o ní jako o přirozeném jevu, který je příznakem zdraví a schopnosti mít děti – tedy vlastně možného důležitého zdroje hrdosti a pýchy. Nicméně – například v jednom výzkumu se ukázalo, že matky projevují pramálo radosti, když se dozví, že dcera poprvé menstruuje.

První poluce je – podobně jako první menstruace – signálem nastupující mužnosti a tedy psychologicky významným jevem.

Duševní vývoj

Intelligence

Podle Piageta dítě vstupuje do období formálních operací. Myslet formálně znamená myslet nezávisle na obsahu.

Jednoduchý příklad na formální myšlení: Můj přítel Matouš je vyšší než můj přítel Pavel. Můj přítel Pavel je vyšší než můj přítel Richard. Kdo je vyšší, Matouš, nebo Richard?

Zeptáme-li se dítěte v tomto věku, zpravidla úkol bez problémů vyřeší. Mladší děti by s ním ale mohly mít problémy, zejména pokud všechny mé přátele neznají a nemohou se proto na ně podívat. Pubescent se obejde bez této konkretizace, protože při formálním myšlení ji nepotřebuje. Podobně v matematice uvažujeme o obecných číslech, která mohou zastupovat jakákoli jiná čísla, třeba také obecná.

Dosažení stadia formálních operací představuje nové možnosti manipulace s informacemi, či nové formy operací, které lze na informace aplikovat. Myšlení již není nyní vázané na konkrétní situace teď a nyní, jak tomu bylo ještě v předešlém stadiu. *Nyní může operovat s abstrakcemi, testovat hypotézy, uvažovat o nekonečných možnostech.*

Sledování kognitivního vývoje: problém kyvadla

Kognitivní vývoj lze sledovat od stadia ke stadiu při řešení klasického piagetovského problému ze studia formálních operací – problému stanovení *faktorů, které ovlivňují rychlost pohybu kyvadla*. Dítě sedí u stolu, nad nímž visí na držáku kyvadlo, tj. závaží přivázané na provázku. Váhu závaží a délku provázku je přítom možno měnit. Experimentátor dítěti ukáže, jak je možno změnit

- délku provázku
- váhu závaží
- výšku, z níž závaží spustí
- sílu, jíž na kyvadlo působí.

Pak je otázan na to, který z těchto faktorů nebo která jejich kombinace určuje rychlost pohybu závaží (kyvadla).

V *předoperačním stadiu* (2-7 let) není dítě schopno vymyslet experimentální plán, který by tento problém umožnil systematicky řešit. Nahodile mění různé faktory: dá malé závaží na krátký provázek, pak větší závaží na dlouhý provázek, pak sundá závaží úplně atp. Variuje

všechny proměnné současně a nakonec dospěje k závěru, že čím rychleji pustí závaží z ruky, tím rychleji se pohybuje. I když tomu tak není, domnívá se, že to je to, co lze přece pozorovat.

Dítě ve stadiu *konkrétních operací* přistupuje k problému systematictěji, snaží se přijít na několik možných řešení, někdy i uhodne správnou odpověď. Ani nyní však ještě nepostupuje striktně logicky. Variuje například současně váhu závaží a délku provázku a dospívá k závěru, že rychlost kyvadla ovlivňují oba faktory současně. Protože však variovalo oba faktory současně, není s to, říci, který z nich je kritický, nebo mají-li oba stejný vliv.

Až teprve ve stadiu *formálních operací* dokáže dítě vymyslet cosi jako experimentální plán, který umožní testovat jednotlivé hypotézy při kontrole ostatních faktorů. Mění tak například pouze váhu závaží a ostatní faktory ponechává konstantní. Postupně tak dospívá k závěru, že rychlost kyvadla ovlivňuje pouze jeden faktor: délka provázku.

Protože se v tomto stadiu umí dítě představit řadu různých příčin a je schopno přemýšlet o tom, co by mohla být pravda, aniž by se při tom řídilo tím, co se mu zdá v jednotlivých situacích jako pravda, je poprvé schopno tzv. **hypoteticko-deduktivního usuzování**. Kdykoliv zformuluje nějakou hypotézu, je schopno vymyslet experimentální plán, který mu ji umožní testovat. Bere přitom do úvahy všechny možnosti, které existují, a snaží se eliminovat jednu nesprávnou hypotézu za druhou. Nakonec tak dospívá k empiricky podloženému správnému závěru. Toto systematické myšlení nyní začíná uplatňovat na nejrozmanitější problémy.

Osobnost: egocentrismus

Z totálně egocentrického tvorečka s několika reflexy, který neměl zájem o nic jiného než prsní bradavku, vyrostl pubescent, který je schopen řešit složité problémy, analyzovat morální problémy a vytvářet si představy o lepší společnosti. V určitém smyslu však jeho myšlení stále ještě zůstává nedozrálé, egocentrické. Má sklony k nadměrnému kriticismu (zejména autorit), ke svárlivosti, k projevům sebestřednosti, nerozhodnosti, určitého pokrytectví atd. David Elkind (1984) popsal několik typických projevů tohoto egocentrismu:

Kritika autorit. V dospívání jsou děti schopny vytvořit si určitou představu o ideálním světě. Začínají si stále lépe uvědomovat, že lidé, které kdysi uctívaly, nedostojí jejich ideálům – a cítí se nuceni to říkat nahlas. Dospělý by se měl uvědomit, že tato kritika není příliš „osobní“, že je spíše příznakem pubescentova zrání, a měl by na ni reagovat věcně a se smyslem pro humor. Měl by vést pubescenta k vědomí, že nikdo – ani pubescentní kritik sám – není dokonalý, přesto si však zaslouží lásku a přijetí.

Svárlivost. Pubescent si potřebuje procvičovat svoji schopnost vidět každý problém z více zorných úhlů. To ho vede k nesouhlasu a s předkládání vlastních nápadů. Dospělý by měl podporovat toto myšlení a měl by s dospívajícím diskutovat a přít se s ním případně o principech. Měl by se však vyhnout pokušení atribuovat tuto svárlivost „osobnosti“ dospívajícího a čekat, až ho to přejde.

Uvědomování si sebe. Když pubescent slyší, že si rodiče něco špitají, ví s jistotou, že se baví o něm. Stejně tak jako když jde děvče v tomto věku kolem party hlučně se smějících kluků, ví s jistotou, že se baví o ní. Podle Elkinda si dítě vytváří v tomto věku představu jakéhosi *imaginárního publika*, diváků, kteří se zaměstnávají jeho vzezřením a myšlenkami stejně intenzivně, jako se jimi zabývá ono samo. Když jde na večírek nebo party, vybírá si velmi pečlivě, co si vezme na sebe a domnívá se, že se na ně všichni dívají a více nebo méně přísně ho posuzují. Jen pozvolna si začíná uvědomovat, že i ostatní se zabývají

především tím, jakým dojmem *oni* působí na druhé, a že si možná jeho vzezření – a občas i samotné přítomnosti – možná ani nevšimli.

Sebestřednost. S tímto jevem souvisí další, který spočívá v přesvědčení, že my jsme zcela zvláštní jedinci, že naše zážitky a zkušenosti jsou zcela jedinečné, a že se zcela vymykáme pravidlům, která platí pro zbytek světa. Toto egocentrické myšlení vysvětluje mimo jiné i někdy autodestruktivní chování pubescentů – požívání alkoholu, drog, cigaret, nevázaného sexu atp. Pubescent se domnívá, že je pod jakousi magickou ochranou, a že jemu se nemůže nic stát.

Nerozhodnost. Pubescent má někdy problémy s rozhodováním, které se může týkat těch nejbanálnějších věcí. Stále si uvědomuje nesmírné množství možností, voleb a důsledků, které souvisejí s každým aspektem jeho života. Jeho „subjektivní váhy“ jednotlivých aspektů pak často nejsou v souladu s vahami, které těmto aspektům připisuje dospělý – a je si toho vědom.

Zdánlivé pokrytectví. Pubescent někdy působí dojmem povrchnosti a pokrytectví. Jakoby nerozlišoval mezi proklamovaným ideálem a skutečnou prací ve směru k jeho dosažení. Bojuje verbálně za ochranu přírody a životního prostředí, ale sám zahazuje plechovky od koly do příkopu, sní o světovém míru, ale bije spolužáky a mladší sourozence. Jeho zrání spočívá i v tom, že si začne lépe uvědomovat, že myšlení není „dělání“. Že o hodnotách nestačí snít a hovořit, ale je třeba se chovat v souladu s nimi, chceme-li skutečně dosáhnout jejich realizace.

2.5.3 Adolescence

Mezi patnácti a dvaceti lety vrcholí mládí. V této době je člověk nejkrásnější, tělesně i duševně nejsvěžejší, nejdychtivější vědění a nejbystřejší. Bere svůj život svobodně a odpovědně do svých rukou. Vstup do adolescence je dán dobou, kdy mladý muž a mladá žena zpravidla dozrávají a zároveň dobou, kdy zvolí učební nebo studijní obor a začínají se připravovat na povolání.

Adolescence jako sociální konstrukt

Ke konci 19. století začal být věk mezi dětstvím a dospělostí pokládán za obzvláště citlivý a nebezpečný. V jedné ze svých nejdůležitějších prací popisuje G. Stanley Hall (1905) adolescenci jako období bouří a napětí, ale rovněž možností a příslibů. Hall hájil názor, že by mělo být dospívajícím umožněno, aby experimentovali a vyzkoušeli si různé role, než se rozhodnou definitivně pro svoji roli dospělou.

Hallový názor byl jistě ovlivněn měnící se strukturou společnosti. Amerika se stala vysoce industrializovanou a urbanizovanou společností. Pracovní příležitosti se pro lidi bez kvalifikace rychle snižovaly, vzdělání přestalo být luxusem a stávalo se nutností. Mladí lidé proto začali být vedeni ke studiu středních škol, případně universit, nikoliv k nástupu do zaměstnání. O něco málo později, v době ekonomické deprese 30. let, k tomuto motivu přistoupila i skutečnost, že udržování mladých lidí ve školách snížila i tak neúnosnou míru konkurenčního boje o pracovní místa.

Adolescence, jak je nám známá dnes, vznikla v USA ve 40. a 50. letech. Rostly počty mladých lidí, studujících střední školy: například z cca 6,3 % v roce 1900 na cca 63 % v roce 1956. To vedlo ke vzniku *adolescent society* a subkultury teenagerů, která se odlišuje od majoritní kultury svými normami, hodnotami, stereotypy, způsobem oblékání, trávení volného

času atd. Sociologové zdůrazňují skutečnost, že vznik této věkové kategorie byl dále umožněn i tím, že se poválečné USA staly *affluent society*, která umožnila dospívajícím poměrně velkou spotřebu a která umožnila vznik řady dosud neexistujících sociálních institucí (vzdělávacích, zábavných aj.) pro adolescenty.

Fyzický vývoj

V adolescenci je růst do výšky u většiny chlapců ještě poměrně výrazný, u dívek již ne tolik. Například průměrný chlapec vyroste ze 171 cm v patnácti letech na 178 v osmnácti letech, děvče v tomto období vyroste o jeden centimetr – ze 164 na 165 cm.

Duševní vývoj

Užívání a zneužívání drog

Po celou historii používali lidé různé látky k odstranění somatických nemocí, k odstranění depresí a špatných nálad a rovněž k dosažení stavů excitace a vytržení. Proč je tedy užívání drog dnes takovým problémem? Hlavní příčinou je raný věk, v němž mladí lidé začínají drogy užívat. Druhou příčinou jsou s drogami nezdědka spojené sociální, ekonomické, mentální a somatické problémy.

Proč dospívající začínají tak často s drogami je stále záhadou. Někteří autoři (R. Jessor a S.L. Jessor, 1977) tvrdí, že v rozporu s tvrzením řady dospělých nezačínají dospívající s drogami pod vlivem tlaků vrstevníků. Větší roli hraje to, že v jejich životě přijde okamžik, kdy se jim začne jevit toto „dospělé“ chování jako žádoucí a pro ně přiměřené. Jestliže v této situaci zjistí, že někteří jejich přátelé kouří, pijí nebo požívají jiné drogy, je velká pravděpodobnost, že začnou také.

Jistěže ne všichni, kteří experimentují s drogami, se stávají na drogách závislí. Závislost a častější užívání drog zřejmě souvisí s některými osobnostními charakteristikami a rodinnou konstelací. Problémy s alkoholem a jinými drogami mají například jedinci, kteří *ve škole nejsou příliš úspěšní a kteří mají sklony k depresím*.

Například Block (2002) zkoumal kognitivní dovednosti, jež měli v dětství chroničtí abuséři drog. Zjistil, že abuséři alkoholu, stimulant (kokainu a amfetaminů) a marihuany měli *ve 4. třídách ZŠ v některých kognitivních dovednostech* signifikantně horší výsledky než ostatní. Tyto rozdíly se týkaly zejména *porozumění čtenému textu, slovního vyjadřování, matematiky, paměti, tvorby pojmů a slovní zásoby*. Jedinci, kteří se později stali chronicky závislí na uvedených drogách, vykazovali v dětském věku horší výkony než ostatní děti; v dospělosti pak dosahovali mnohem horší výsledky než ty, jež by bylo možno očekávat i při kontrole původních rozdílů. Drogy tedy měly negativní vliv na jejich kognitivní vývoj.

Problémy s alkoholem a jinými drogami mají rovněž jedinci, kteří jsou **impulsivní a agresivní**. Tito jedinci často vyrůstají v odtažitých, nezdědka hostilních rodinách. Jejich rodiče jsou někdy příliš permissivní a neangažovaní při jejich výchově, jindy odmítaví a chladní, někteří z nich sami požívají alkohol a jiné drogy. Všechny tyto faktory přispívají k tomu, že dospívající hledá v droze únik.

Důležitou roli hrají i **přátelé**. Adolescenti, kteří mají problémy s alkoholem a ostatními drogami mají mezi svými přáteli velmi často jedince se stejnými problémy. Někteří z nich mají větší a dlouhodobější zkušenosti s drogami. Předpokládá se, že tito povzbuzují experimentování „nováčků“. Užívání drog pak vede k přijetí do skupiny, v níž je toto chování normální, legitimní. V této skupině se ovšem jedinec často setká s mnohem širší paletou drog.

Osobnost: identita

Ústřední otázkou v tomto dramatickém období je: „Kdo jsem?“ Hlavním tématem těchto a následujících let je hledání identity – co z jedince činí jedinečnou osobnost, individualitu odlišnou od všech ostatních lidí.

G. Stanley Hall: Storm & Stress (vlivy hormonů)

G.S. Hall (1904) formuloval první teorii adolescence. Podle ní jsou klíčové psychické změny, k nimž v tomto věku dochází, zapříčiněny tělesnými změnami. Byl přesvědčen, že úsilí o přizpůsobení se těmto změnám vede k období „bouře a napětí“. Hall pokládal adolescenci za období silných a proměnlivých emocí, umožňujícím mladým lidem vyžít v lidi morálně silnější. Říčan (1990) označuje toto období *životem na vrcholu sopky*. Ačkoliv je toto chápání adolescence jako nevyhnutelně bouřlivého období po řadu let široce přijímáno, dnes převažuje názor, že bouře a napětí nejdou v tomto věku nevyhnutelné.

Margaret Meadová: vlivy kultury

Antropoložka Margaret Meadová, která studovala dospívání na ostrově Samoa (1928) a na Nové Guineji (1935), zdůraznila vliv kulturních faktorů při přechodu do dospělosti. Například na ostrově Samoa pozorovala pomalý, nebouřlivý přechod z dětství do dospělosti a bezproblémové přijímání dospělých rolí dospívajícími. Dospěla k závěru, že adolescence je relativně nestresovým obdobím ve společnosti, v níž mohou děti pozorovat sexuální aktivity dospělých, jsou přítomné u porodů, hrají spolu různé sexuální hry, pokládají smrt za přirozený jev, musí vykonávat důležité práce, jsou od malička vedeni k asertivnímu až dominantnímu chování a ví zcela přesně, co se od nich bude v dospělosti očekávat.

Meadová byla kritizována zejména D. Freemanem (1983), který tvrdil, že dospívání na ostrově Samoa je ve skutečnosti bouřlivou etapou plnou stresů. Avšak jiní autoři ji úspěšně hájili (Holmes, 1987). V každém případě však tato kontroverze, která přišla 60 let po výzkumech Meadové, měla jen nepatrný vliv na soudobé názory na dospívání. V USA ani evropských státech již nejsou adolescenci přisuzovány jako klíčové charakteristiky bouřlivost a napětí.

S. Freud – genitální stadium

Podle Freuda dochází v pubertě k řadě fyziologických změn, v jejichž důsledku se znovu probouzí libido, základní zdroj veškeré energie. V důsledku toho dochází ke zvýšení sexuální touhy. Sexuální pohnutky dřívějšího, falického období, který byly na čas potlačeny (latence) se znovu vynořují na povrch. Nyní jsou však objekty těchto tužeb sociálně přijatelní – jsou zaměřeny zpravidla na heterosexuální vztahy s partnery mimo vlastní rodinu.

K tomu aby dosáhli zralou sexualitu, si musí dospívající vyřešit nevyřešené sexuální tužby po matce nebo otci. Prostřednictvím „reaktivního výtvoru“ – jednoho z mechanismů obrany ega – nahrazuje adolescent tužbu po matce za odpor, nenávisť až hostilitu.

Při odpoutávání se od sexuální závislosti na rodiči opačného pohlaví (zejména matce) prochází dospívající zpravidla stadiem homosexuality, které může mít různé podoby. Může jít například o nesmírné obdivování některé dospělé osoby stejného pohlaví nebo o vytvoření velmi intimního přátelství s vrstevníkem stejného pohlaví. Tyto vztahy předcházejí ve vývoji zralý vztah s příslušníkem druhého pohlaví.

Jinou změnou, k níž v tomto období dochází, je změna v zaměření sexuality: od původní touhy po slasti k dospělé touze po reprodukci. V pubertě proto sílí potřeba onanie, která připravuje adolescenta pro eventuální dosažení pohlavní slasti s partnerem opačného pohlaví. Po zahájení plného pohlavního života se potřeba onanie snižuje. Dívka musí podle Freuda projít vývojem od nezralého klitoridního orgasmu ke zralému vaginálnímu orgasmu.

Moderní výzkumy však platnost některých Freudových tvrzení zpochybnily. Například onanie v tomto věku neklesá s věkem a přibývajících zkušenostmi. Naopak je frekvence onanie u adolescentů a dívek, které již ztratily panenství, vyšší než v předchozím období a u panen. Master a Johnson (1966) dále ukazují, že klitoridní orgasmus je zcela běžný u značného procenta normálních zdravých dospělých žen.

Anna Freudová: Obrany ega v adolescenci

Anna Freudová (1946) pokládala adolescenci za významnější období pro utváření než její otec, který kladl důraz především na prvních 5–6 let života. Věřila, že v pubertě znovu se probouzející libido hrozí, že naruší pracně dosaženou rovnováhu mezi id a egem. Z toho vyplývající úzkost je redukována některými obrannými mechanismy, zejména intelektualizací a asketismem.

Intelektualizace spočívá v překladu sexuálních impulsů do abstraktních myšlenek. U adolescentů jsou typickými projevy intelektualizace nekonečné debaty o náboženství, politice, umění, smyslu života atp. Ačkoliv někteří jiní autoři pokládají tyto debaty za klíčové faktory související s tvorbou vlastní identity a s právě objevenou schopností abstraktního myšlení, pokládala je Anna Freudová za obranu. Věřila, že mladí lidé ve skutečnosti nechtějí řešit žádné reálné problémy, pouze si hrají se slovy a idejemi v reakci na instinkty, které mají svůj původ v proměnách tělesných.

Rovněž *asketismus* – tj. popírání sebe sama – pokládala za mechanismus obrany ega. Protože se dospívající obávají, že ztratí kontrolu nad vlastními sexuálními impulsy, může u nich dojít k překompenzování. Zřikají se pak všech, i drobných radostí, jako jsou například dobré jídlo nebo hezký oblek. Postupem let, s tím, jak získají dospívající důvěru, že jsou schopni kontrolovat svá pudová hnutí, mají tendenci být na sebe méně přísní a celkově relaxovanější.

James E. Marcia – stavy identity

James Marcia navázal ve své teorii identity na Eriksona. Tento autor identifikoval **čtyři stavy identity**, které dává do souvislostí s jinými aspekty osobnosti, jakými jsou například sebeúcta, anxiety, morální usuzování a sociální chování. Tyto stavy nechápe jako stadia, neboť netvoří žádnou sekvenci. Nejsou ani permanentní, mohou se tedy měnit.

Podle Marii rozhoduje o klasifikaci jednotlivých stavů přítomnost nebo absence klíčových elementů, jimiž jsou krize a oddanost (commitment). **Krize** je definována jako období vědomého rozhodování, **oddanost** jako osobní angažovanost v určitém povolání nebo systému přesvědčení (ideologii). Krize je tedy obdobím zvažování alternativ, oddanost věrností zvolené alternativě.

Stav identity	Krize	Oddanost
1. Dosažení identity	přítomná (+)	přítomná (+)
2. Foreclosure – předběžné uzavření identity	nepřítomná (–)	přítomná (+)
3. Difúze identity	přítomná nebo nepřítomná (+ nebo –)	nepřítomná (–)
4. Moratorium	v krizi	přítomná (+), ale slabá

Tabulka 10 Stavů identity podle J. Marcii.

Podle: Marcia, J. E. (1980). In J. Adelson (Ed.), *Handbook of adolescent psychology*. New York: Wiley.

K diagnóze těchto stavů vytvořil Marcia polostrukturovaný dotazník, který používá jako osnovu pro interview. Na základě odpovědí klasifikuje respondenty do jednoho z uvedených čtyř stavů identity.

Dosažení identity. Krize zde vedla k rozhodnutí a následné věrnosti či oddanosti zvolené alternativě. Lidé v tomto stavu identity strávili mnoho času promýšlením důležitých otázek svého života, dospěli k učinění důležitých rozhodnutí a nyní jsou těmto volbám oddáni a pracují intenzivně na dosažení zvolených cílů a jsou věrni zvoleným hodnotám. Tito lidé (identity achievers) jsou charakterizováni *flexibilní silou*: mají sklony k přemýšlivosti, ale nejsou kontemplativní v míře, která by jim bránila v aktivitách. Mají smysl pro humor, zdravé sebevědomí (self-esteem), jsou autonomní, umí se vypořádat se stresem, jsou schopni vytvářet intimní vztahy a jsou otevřeni pro nové myšlenky při držení se vlastních zásad a standardů.

Předběžné uzavření identity (foreclosure). Tito lidé dospěli k věrnosti určitým volbám a hodnotám, aniž by samostatně zvážili možné alternativy: přejali alternativy, které pro jejich životy naplánovali jejich rodiče, učitelé nebo někteří jiní lidé. Muž se tak stane lékařem, protože je to rodinná tradice, žena se stane oddanou křesťankou, protože je to v rodině zvykem atp. Tyto lidi Marcia charakterizuje tzv. *rigidní silou*: mají tendenci cítit se šťastní a sebejistí, někdy jsou přímo samolibí a přehnaně spokojení sami se sebou, a mají silný smysl pro rodinná pouta. Věří v zákon a řád, rádi se nechají vést silným lídrem. Jsou-li zpochybňovány jejich názory a hodnoty, jsou silně dogmatictí.

Difúze identity. Lidé v tomto stavu mohli, ale také nemuseli projít etapou zvažování alternativ. Typické je pro ně to, že nedospěli k žádné alternativě, již by byli oddáni. Mohou působit dojmem bezstarostných lidí, lidé bez cíle, kteří se vyhýbají jakýmkoliv rozhodnutím, na nichž by měli setrvat. Tápající a bez orientace mají tendenci k povrchnosti a nespokojenosti; často se cítí osamělí, neboť nevytváří žádné opravdové, intimní vztahy, jimž by byli oddáni.

Moratorium. Lidé v tomto stavu jsou lidmi v krizi, svádějícími vnitřní boj. Přitom zřejmě směřují k volbě, již by mohli být věrní a tedy k dosažení identity. Jsou často velmi aktivní, „živí“, hovorní a také konfliktní. Jsou si blízcí s určitým partnerem opačného pohlaví a jsou úzkostní a soupeřiví. Touží po intimním vztahu a ví, co jim takový vztah přináší; takový vztah však nutně nemají.

PŘÍKLADY OTÁZEK A ODPOVĚDÍ:

Oddanost povolání: „Myslíte, že byste byl/a ochoten/na vzdát se vaší současné školy (povolání), kdyby se vám nabídlo něco lepšího?“

„No, myslím, že ano, ale pochybuji o tom. Neumím si moc dobře představit, co by toto „lepší“ mohlo být.“

„Asi bych nebyl moc ochotný. Dělán, co jsem si vždycky přál dělat. Naši jsou šťastní, že dělám, co dělám, a já také.“

„Jistě. Kdyby se naskytlo něco lepšího, rád bych se toho chopil/a.“

„Myslím, že kdybych věděl/a jistě, že to bude lepší, mohl/a bych odpovědět lépe. Muselo by to být něco z oblasti, muselo by to mít něco společného s“

Oddanost ideologii: „Pochyboval/a jste někdy o své víře?“

„Ano, měla jsem určité pochybnosti, zda Bůh vůbec existuje. Myslím ale, že dnes už vím, jak to je. Zdá se mi, že“

„Ne, nepochyboval. U nás doma se o takových věcech nepochybuje, všichni věříme, že...“

„Ó, já nevím. Asi ano, tak jako každý. Ale moc se tím netrápím. Myslím, že každé vyznání je stejně dobré.“

No ano, myslím, že to je to, co mne právě potkalo. Nemohu uvěřit, že by mohl existovat Bůh, který by připustil, aby ve světě bylo tolik zla. Ale“

2.

2.6 Mladá dospělost a střední věk

2.6.1 Mladá dospělost

Mladá dospělost je obdobím mezi 20. a 40. rokem života. Pro mnoho lidí je mladá dospělost věkem, který lze vyjádřit především slovy: „Nemám čas na nic; ani na to co bych chtěl, ani na to, co bych měl dělat.“ Při studiu náročnější vysoké školy se jedinec snaží dostat všem požadavkům a ještě udržovat partnerské vztahy, vztahy s rodiči a sourozenci, s přáteli atd. Po ukončení školy pracuje mladý člověk nejméně 80 hodin týdně, snaží se sportovat, relaxovat, žít s druhými. Manažer na střední úrovni vedení se cítí neustále ohrožen, neboť mu jeho nadřízený vyčítá, že odchází z práce příliš brzy za rodinou. Mladá osamocená matka žije ve stresu, který přináší její situace; odpomáhá si cigaretami, alkoholem, nízkou konzumací jídla atp.

Lidé si stanovují priority každý den. Důležitá rozhodnutí, která v tomto věku činí, ovlivňují jejich zdraví, kariéru a interpersonální vztahy. Současně – i díky těmto rozhodnutím – se neustále vyvíjejí a zrají. Některé linie vývoje jsou v těchto letech ovlivněny především systémem nových rolí, jež mladý dospělý člověk přejímá: pracující, manžel, rodič. Tyto role ovlivňují jeho způsoby myšlení a chování.

Interakce mezi různými dimenzemi vývoje – fyzickým, psychickým, sociálním – jsou někdy překvapivé. Lze pozorovat, jak některé osobnostní charakteristiky, které zjišťujeme již například v mladším školním věku, souvisejí s chováním, které ovlivňuje zdraví dospělých lidí, například s kouřením, požíváním alkoholu, dietou, cvičením atp. Nebo jak některé temperamentové rysy souvisejí s rizikem infarktu.

Zdraví v mladém věku

V mladém věku podávají lidé největší výkony, o čemž svědčí mimo jiné i to, že většina sportovních hvězd – fotbalistů, hokejistů, tenistů, basketbalistů, atletů – se nachází v tomto věku. Navíc jsou v tomto období lidé nejzdravější a se svým zdravotním stavem také nej spokojenější. Lidé v tomto věku mají méně často kašel, rýmu a jiné dýchací potíže, než měli v dětství. Onemocní-li, zpravidla se zotavují rychleji. Často je v tomto věku přejdou alergie, jimiž trpěli v dětství. Mají rovněž méně úrazů a zranění než děti. Mnoho mladých dospělých není nikdy vážně nemocných, pouze necelé 1 % z nich je omezeno v životě díky nějaké chronické nemoci nebo handicapu.

Dobré zdraví není pouze otázkou štěstí a náhody; odráží rovněž způsob života. I když i zde se od určité míry prosazují geny, jsou lidé ve značné míře tvůrci svých osudů. Odhaduje se, že cca 50 % úmrtí je následkem příčin, nad nimiž mají lidé kontrolu.

Duševní vývoj

Vývoj intelektu

Piaget se domníval, že kognitivní vývoj postupuje od narození až do puberty, v níž dochází – na základě zrání a zkušeností – k dosažení úrovně formálních operací. Stadium formálních operací je v jeho systému stadiem nejvyšším, na něm se vývoj zastaví.

Někteří jiní autoři zdůraznili, že vývoj myšlení nelze zredukovat pouze na vývoj formálně logického usuzování. V dospělém věku hrají v myšlení velkou roli získané zkušenosti. Problém však spočívá v tom, že se dospělí lidé v rozsahu a obsahu svých zkušeností značně liší. Je proto obtížné snažit se zobecňovat vliv určitých zkušeností na celou kategorii dospělých. Nicméně se o to někteří autoři pokusili. Jedním z nich je **K. Warner Schaie**.

Schaie se domnívá, že intelektový vývoj probíhá v souvislosti s tím, *jak se mění naše názory na to, co je v životě smysluplné a důležité*. Jeho model sestává z pěti stádií. Jedinec postupuje podle tohoto modelu od stadia „co potřebuji vědět?“ (tj. období osvojování vědomostí a dovedností v dětství a adolescenci) přes stadium charakterizované otázkou „jak bych měl to, co vím a umím, použít?“ (integrace poznatků do praktického rámce) k otázce „proč bych měl něco vědět?“ (hledání smyslu a cíle, které kulminuje v moudrosti stáří). Podle tohoto autora ovlivňují zkušenosti vývoj v závislosti na odpovědích, které člověk na tyto otázky v jednotlivých stádiích předkládá.

Schaie (1977-78) uvádí těchto pět stádií kognitivního vývoje:

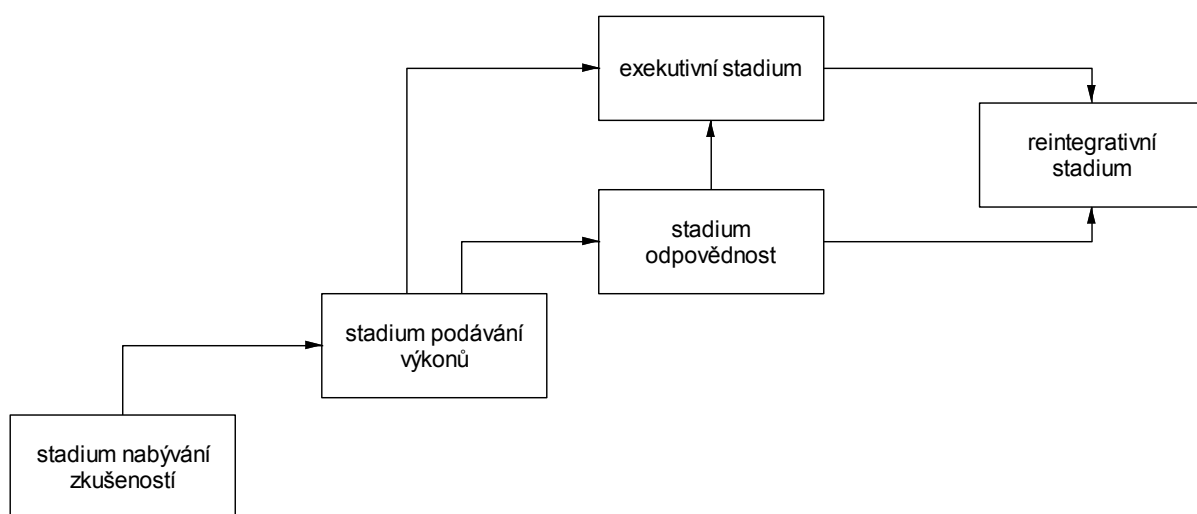
Acquisitive stage (stadium nabývání zkušeností; dětství a adolescence). V tomto stádiu jsou získávány informace a dovednosti jako příprava pro budoucí uplatnění ve společnosti – bez aktuálního vztahu k jejich životnímu kontextu. Děti a dospívající dosahují nejlepších výsledků v testech, které jim umožňují ukázat, co umí, i když dané úkoly nemusí mít vůbec žádný smysluplný vztah k jejich vlastnímu životu.

Achieving stage (stadium podávání výkonů; mladá dospělost). V tomto stádiu již mladí lidé přestávají získávat poznatky pro poznatky a snaží se více využívat to, co již znají a umí k tomu, aby se stali kompetentními a nezávislymi. V tomto stádiu jsou nejúspěšnější v úkolech, které jsou relevantní pro jejich vlastní cíle.

Responsible stage (stadium odpovědnosti; střední věk). Lidé jsou nyní zaneprázdnění především dlouhodobými cíli a praktickými problémy, které jsou spojené s jejich povinnostmi vzhledem k osobně známým druhým lidem – členům rodiny, zaměstnancům atp.

Executive stage (exekutivní stadium; střední věk). Toto stadium, které probíhá časově téměř paralelně se stádiem *odpovědnosti*, je stádiem odpovědnosti ke společenským systémům – tzv. velkým skupinám – nikoliv pouze k rodině. Jedinci mají potřebu integrovat komplexní sociální vztahy na více úrovních.

Reintegrative stage (reintegrativní stadium; stáří). V tomto stádiu si lidé mnohem selektivněji vybírají úkoly, které jim stojí za to, aby se jimi zabývali.



Obrázek 14 Stádia kognitivního vývoje v dospělosti.

Podle: Schaie, K.W. (1977/78). *Toward a stage theory of adult cognitive development*. Journal of Aging and Human Development 8(2), 129-138.

Postformální myšlení

Zralé myšlení je složitější a vyžaduje více, než pouze uplatnění formální logiky. Myšlení je v dospělosti flexibilní, otevřené a adaptivní v nových směrech, které přesahují formální logiku. Někdy proto bývá označováno jako myšlení postformální.

V tomto myšlení dochází k určitému posunu, v jehož důsledku dospělý člověk kombinuje objektivní elementy (racionální, logické elementy) s elementy subjektivními (založenými na osobní zkušenosti a na kontextu). Tento posun umožňuje, aby lidé brali více do úvahy své vlastní pocity a životní zkušenosti. Člověk může nyní dozrávat k moudrosti, neboť mu flexibilnější myšlení umožňuje přijímat inkonsistence, kontradikce, nedokonalost a dospívat ke kompromisům, takže je schopen řešit problémy reálného života.

Zralé myšlení tak spoléhá nejen na logiku, ale rovněž na intuici a subjektivitu. Zralý myslitel personalizuje své myšlení, při řešení víceznačných situací spoléhá na své osobní zkušenosti. V jednom výzkumu se například ukázalo, že se začínající sestřičky na oddělení kojenců snaží velmi striktně držet předpisů, které se naučily ve škole. Zkušenější sestřičky více daly na svoje zkušenosti a intuici při rozhodování, kdy bude lepší, když **se nebudou řídit** platnými předpisy. Jejich zkušenosti jim zřejmě umožnily řešit praktické problémy lépe.

Postformální myšlení je rovněž charakterizováno posunem od polarizace (dobré vs špatné, rozum nebo cit, duše nebo hmota) k integraci. Tento posun je značně facilitován studiem na universitě nebo jiné vysoké škole. Škola se může stát obdobím, v němž dojde k intelektuálním objevům a osobnímu růstu. Pro studenty, kteří se nalézají v období přechodu od adolescence do mladé dospělosti, představuje škola někdy příležitost ke zpochybnění řady důležitých názorů a předpokladů, někdy zastávaných nekriticky odmalička, a tedy vytvoření nové identity. Někdy může toto zpochybnění vyústit až v krizi identity, která se někdy pojí s abúzem alkoholu a drog, s nezdravým stravováním a někdy až s pokusy o sebevraždu. Ve většině případů však tato krize naopak podporuje zdravý růst osobnosti. Studenti se mění z řady důvodů, k nimž patří zejména:

- konfrontace s *ostatními studenty*, kteří zpochybňují jejich názory
- vliv *studentské subkultury*, odlišné od rodinné kultury studenta

- studium *předmětů*, které nabízejí nové poznatky a nová myšlenková paradigmatata (scientismus, humanismus, atd.)
- někteří učitelé studenty inspirují a jsou jim vzorem.

Jedním z důsledků studia může být volba nové, vhodnější školy a životní dráhy. Po dvou letech studia na právech tak například mladý člověk zjistí, že ve snaze vyhovět rodičům studuje školu, která ho vlastně vůbec nebaví a přejde na jinou školu, která odpovídá více jeho zájmům.

Akademické a sociální podněty mají často vliv na intelektuální a morální vývoj studentů. V jedné ze studií, které významně ovlivnily pozdější výzkumy postformálního myšlení, zkoumal William Perry (1970) vývoj myšlení universitních studentů. Dospěl k závěru, že jejich myšlení prochází třemi etapami, které se vyvíjejí od *rigidity* k *flexibilitě* a dále k *oddanosti* svobodně zvoleným názorům a hodnotám. Podle Perryho:

Díky tomu, že se student setkává s řadou různých názorů a teorií, je nucen akceptovat skutečnost, že na stejné věci existuje mnoho odlišných pohledů a musí rovněž akceptovat svoji vlastní vnitřní nejistotu ohledně možnosti vybrat si „správnou“ či „pravdivou“ teorii. Toto období však pokládá za přechodné a věří, že se jednou dozví, která z těchto alternativ je správná či pravdivá (nebo alespoň nejsprávnější nebo nejpravdivější).

Později si uvědomí relativismus veškerého poznání a hodnot. Uvědomí si, že různé společnosti, kultury, ale i různí jedinci zastávají různé názory a hodnoty. V důsledku toho dospívá k závěru, že jeho vlastní názory jsou stejně významné a platné, jako názory kohokoliv jiného, ať jde o spolužáka, učitele nebo uznávanou autoritu.

Nakonec dopívá ke ztvrzení vlastní identity prostřednictvím názorů a hodnot, které si sám zvolil, jimž věří a jimž je – při vědomí jejich relativnosti – věrný.

Morální vývoj

Podle Piageta a Kohlberga závisí morální vývoj především na kognitivním vývoji – na postupném opuštění egocentrického myšlení a na zvyšující se schopnosti přemýšlet abstraktně. Na 5. a 6. úrovni morálního usuzování je morální vývoj v Kohlbergově modelu rovněž závislý na zkušenostech. Této úrovni však lidé dosahují až ve 20. letech, pokud vůbec.

Jak ovlivňují zkušenosti morální vývoj?

Morální vývoj dospělého člověka lze shrnout rčením „žij a uč se!“ Zkušenost vede dospělého k tomu, aby přehodnocoval kritéria, podle nichž posuzuje, co je dobré a co je špatné. Tyto zkušenosti jsou často silně emocionálně zbarvené, neboť se týkají důležitých vlastních rozhodnutí – ať již správných nebo ne – a rovněž hodnocení chování druhých lidí. Tato osobní angažovanost vede k tomu, že jsou morální problémy promyšleny jinak než při abstraktním, neosobním a hypotetickém moralizování v adolescenci.

Například lidé, kteří měli sami karcinom nebo kteří se s ním setkali u svých příbuzných nebo známých, mnohem častěji schvalují ukradení léku v Heinzově dilematu. Své názory zdůvodňují na základě svých vlastních zkušeností s touto nemocí.

Podle Kohlberga ovlivňují morální vývoj především dva typy zkušeností:

- Setkávání se s lidmi, kteří jsou stoupenci hodnot, které se vzájemně vylučují; tak je tomu například na univerzitě.
- Odpovědnost za blaho druhých lidí, jak je tomu především vlivem rodičovství.

Podle Kohlberga se kognitivní vědomí vyšších morálních principů rozvíjí především v adolescenci, avšak většina lidí těmto principům není ve svém chování věrná až do období

mladé dospělosti. V ní jsou osobní krize a změny ve vlastní identitě často ovlivněny řešením reálných morálních dilemat.

Pokud jde tedy o vztah kognitivního a morálního vývoje, nelze z jednoho predikovat spolehlivě druhý. Jistě že dítě, které je mentálně na úrovni konkrétních operací nemůže pravidelně morálně usuzovat na úrovni postkonvenční morálky. Nicméně ani jedinec, který dosáhl stadia formálních operací, nedospěje patrně na úroveň postkonvenční morálky, jestliže nemá nebo reflektuje relevantní zkušenosti.

2.6.2 Střední věk

Při chronologickém členění se středním věkem rozumí období mezi 40. a 65. rokem života. Ale střední věk může být definován i kontextem. Pak je tento věk věkem, kdy

- má člověk zpravidla již velké děti
- začínají mu umírat rodiče
- mladší lidé nemají tendenci mu spontánně tykat a
- na hřbitově přibývá počet lidí, které dobře znal.

Fyzický vývoj a reprodukční a sexuální kapacita

I přes začínající potíže se zdravím pokládá většina lidí střední věk za nejlepší období svého života. Lidé jsou v tomto období zpravidla v dobrém psychickém i fyzickém stavu, jsou zpravidla na vrcholu své profesní kariéry, vydělávají nejvíce peněz a – protože již mají velké děti –, jsou na tom zpravidla sami finančně poměrně dobře.

Ve středním věku postupně ubývá celkové tělesné energie (asi o 10 % oproti vrcholu ve 20. letech), tato změna však zpravidla není vůbec důležitá, neboť jen málokterý člověk ve středním věku vynakládá svoji energii zplna.

Vážným problémem je úbytek pohybu a sedavý způsob života. Ten vysoce koreluje s úmrtím v důsledku srdečního infarktu.

Klimakterium a menopauza

Jako klimakterium je označováno asi 2 až 5 let trvající období, během něhož ženské tělo prodělává řadu fyziologických změn, které ústí v menopausu. Během klimakteria dochází k omezování produkce ženského hormonu *estrogenu*. V důsledku toho mají ženy nepravidelný menstruační cyklus a krvácejí méně, nebo více než v předcházejících obdobích.

Biologicky znamená menopauza ukončení dlouhodobé etapy ovulace, menstruování a s nimi spojené schopnosti mít dítě. Menopauza nastala – podle běžné definice – 1 rok po poslední menstruaci. Zpravidla k ní dochází v období mezi 45. a 55. rokem, v průměru v 51. roce. Některé ženy však začínají pociťovat menstruační změny již ve třiceti, jiné naopak až po šedesáti letech.

Některé ženy navíc prodělávají i další fyziologické změny. Patří k nim například *návaly horka* (náhlé pocity horka, které prochází celým tělem), *zeslabování děložní sliznice*, *dysfunkce močového ústrojí*.

Dvojitý standard stárnutí

Ačkoliv jsou v souvislosti se stárnutím vystaveny obě pohlaví značnému stresu, dotýká se stárnutí v tomto věku zpravidla více žen než mužů. Šedivé vlasy a vráscitá tvář jsou pokládány za atraktivní u mužů, svědčí o zkušenostech a zralosti; avšak u žen jsou pokládány za neklamné příznaky toho, že je žena již za zenitem. V kultuře, v níž se chápe mládí obecně za jakýsi normál a stáří za odchylku, anomálii, je tak nicméně udržován dvojitý standard, dvojitá míra, která měří jinak mužům a jinak ženám. Ideální ženský vzhled je vzhled mladé dívky,

z níž vyzařují něžnost, slabost a zranitelnost. S tím, jak ztrácí žena tyto rysy, ztrácí v očích mužů i svoji hodnotu coby potenciální romantická nebo sexuální partnerka.

U obou pohlaví se s věkem snižuje pravděpodobnost, že si najdou zaměstnání; tato nespravedlnost však opět více postihuje ženy než muže ve středním věku.

Tento dvojitý standard se však uplatňuje i v samotném vztahu lidí v tomto věku. Například výzkumy heterosexuálních párů ve středním věku dospívají k závěru, že tělesné změny, k nimž v tomto věku dochází, ovlivňují více negativně sexuální reakce mužů na jejich ženy než je tomu naopak.

Duševní vývoj

Intelligence

Po mnoho let se psychologové snažili zjistit, zda se intelligence během dospělosti mění. K měření intelligence se přitom standardně používají klasické psychometrické testy.

V těchto studiích se ukazovalo, že při užití transversálního projektu (tj. projektu, kdy jsou současně testováni lidé různých věkových kategorií) dosahují mladí lidé lepších výsledků než lidé ve středním věku a lidé staří. Kritici tohoto přístupu však upozorňují na to, že tyto rozdíly mohou být vysvětlitelné spíše vlivem „historie“ spojené s jednotlivými věkovými skupinami. Průměrná intelligence celých věkových kohort a národů nepravidelně kolísá. Je například známo, že v USA dosahují dnes lidé výkony v průměru o jednu standardní odchylku vyšší, než dosahovali stejně staří lidé před padesáti lety. Jde patrně o vlivy masového školení, TV, médií atd. Při použití stejných testů jsou tedy starší lidé systematicky znevýhodňováni.

Oproti tomu longitudinální studie, v nichž jsou titíž lidé testováni opakovaně během let, ukazují, že se intelligence zvyšuje přinejmenším do 50. let. Nicméně i tyto studie mají svá metodologická úskalí, k nimž patří zejména vliv testování: Při opakovaném testování se lidé cítí v situaci testování jistěji a navíc si mohou pamatovat některé úkoly z předešlých dob, případně se mohou začít věnovat testům IQ ve svém volném čase atp. Výkony pak nemusí vypovídat o schopnostech, ale o motivaci a o výsledcích učení.

Navíc je samotná „intelligence“ složitý konstrukt, o jehož vymezení se stále vedou spory. Z hlediska vývoje je důležité rozlišení, jež zavedl R.B. Cattell (1965). Tento autor rozlišuje dva typy intelligence – *fluidní* a *vykrytalizovanou*.

- *Fluidní intelligence* je schopností aplikovat určité intelektové operace v *nových situacích*. Těmito operacemi jsou zejména postřehování souvislostí, utváření pojmů, usuzování a abstrahování. Tento typ intelligence je patrně závislý především na stupni vývoje a zralosti nervové soustavy a nezávislý na výsledcích předchozího učení, vzdělání a kultury.

- *Vykrytalizovaná intelligence* je naopak schopností vybavit si a aplikovat osvojené informace. Je tedy závislá především na vzdělání a na kulturním zázemí jedince a měří se například testy slovní zásoby, všeobecného rozhledu a zjišťováním reakcí na různé sociální situace a dilemata. Reprezentuje tedy vědomosti a zkušenosti získané v průběhu života.

Fluidní informace vyžaduje schopnost práce s *novými informacemi*; vykrytalizovaná intelligence závisí na využití *uchované informace (LTM)* a na stupni *zautomatizování procesů zpracovávání informací (pozornost)* při složitých úkolech, jakým je například čtení s porozuměním. Výsledky výzkumů vedou ke zjištění, že fluidní intelligence se začíná – podobně jako řada biologicky podmíněných jevů – zhoršovat, avšak vykrytalizovaná intelligence se stále zvyšuje a začíná ubývat až kolem 65. roku života.

Myšlení

Dospělí lidé mají sklon přemýšlet *integrativním způsobem*. Zejména lidi ve středním věku mají tendence integrovat vše, co vidí, slyší a čtou vzhledem k tomu, jaký to má pro ně osobní a psychologický význam. Nepřijímají nekriticky vše, co slyší nebo čtou, ale filtrují to sítmem

vlastních zkušeností a vědomostí. To samozřejmě má řadu důsledků pro jejich interpretaci událostí.

V jednom výzkumu tak byla například skupinám studentů a dospělých jedinců přečtena bajka o vlkovi, kterému uvízla v krku kost. Vlk poprosil o pomoc jeřábka a přislíbil mu za ní odměnu. Jeřábek, aby kost v krku uvolnil, musel vstrčit vlkovi do chřtánu svoji hlavu. Když kost uvolnil a žádal od vlka odměnu, odpověděl mu vlk, že si ji již vybral – jeho odměnou je, že ho nechal naživu.

Obě skupiny pokusných osob si pamatovaly velmi dobře detaily příběhu, avšak jejich shrnutí byla velmi odlišná. Studenti se ve svém shrnutí zpravidla omezili na informace z textu, zatímco starší lidé dovozovali v souladu se svými životními zkušenostmi rozmanité sociální a etické implikace.

V jiné podobné studii, do níž byli rovněž zařazeni dospělí ve středním věku, se ukázalo, že přemýšlejí o příběhu na dvou úrovních současně. Integrovali informace z textu (1. úroveň) s psychologickými a metafyzickými významy, jež měl příběh pro ně osobně (2. úroveň).

Tato schopnost integrativního myšlení umožňuje často lidem až po dosažení středního věku vyrovnat se s rozmanitými nepříznivými životními událostmi, které je tížily v mladším věku a pro něž měli pouze určité úzké interpretace – bez nadhledu a životní moudrosti. Jsou to často právě lidé ve středním věku, kdo vytváří inspirující mýty a legendy a kdo přetváří pravdu o lidském údělu do symbolů, ke kterým se obracejí mladší generaci v hledání odpovědí na vlastní tíživé otázky. Člověk zřejmě musí být schopen integrativního myšlení, než se může stát morálním a spirituálním vůdcem. A je to zřejmě především tato schopnost a rovněž tendence zabývat se reálnými, praktickými problémy, která staví lidi ve středním věku do vedoucích rolí ve společnosti.

Osobnost

Krise středního věku

Ve středním věku často dochází ke změnám osobnosti a životního stylu, často označovaným jako krize středního věku. Tento termín razil v 60. letech psychoanalytik Elliott Jaques. Postupem doby se stal jakýmsi obecným označením pro změny, k nimž v tomto období dochází – od depresí přes milostné aféry až ke změnám povolání.

Podle E. Jaquese (1967) je příčinou této krize vědomí smrtelnosti. První polovina života je ukončena, úkoly dospělosti jsou větším dílem splněny. Většina lidí utvořila rodinu a zplodila děti a nyní přestává mít povinnosti související s jejich výchovou. V zaměstnání si vybudovali určitou pozici a nějak přijali své společenské postavení a svojí ekonomickou situaci. Stali se nezávislí na rodičích, kteří se nyní naopak začínají často obracet s prosbou o radu a pomoc na ně. Jsou na vrcholu a současně si uvědomují, že se jejich čas krátí, již vidí na druhý břeh. Začínají bilancovat, uvědomují si, že nedosáhli ani zdaleka všeho, o čem snili, občas i to, že neobstáli před svými vlastními ideály a standardy, že jim některé splněné sny nepřinesly uspokojení a štěstí, které slibovaly atp.

Toto vědomí však nemusí nutně být traumatizující. Někteří autoři hovoří proto spíše o jakémsi „přechodu“ (transition) či posunu. Člověk se stává jedincem s hlubším uvědomováním si sebe a druhých lidí; s větší silou a odvahou; s větší schopností pro lásku a životní radost; moudřejší.

Čtyři adaptace středního věku

R. Peck (1955) navázal na Eriksona. Podle jeho názoru je pro zdravý emocionální vývoj ve středním věku nutné dosažení čtyř změn, jimiž jsou:

- *Cenění si moudrosti vs cenění si tělesných sil.* Moudrost, již definuje jako schopnost uskutečnění nejlepších voleb, závisí na životních zkušenostech a na příležitostech v širokém

poli vztahů a situací. Někdy mezi koncem 30. a začátkem 40. let dospívá většina emocionálně zralých lidí k závěru, že jejich moudrost více než vykompenzuje ubývající tělesné síly a mladistvý vzhled.

- *Socializace vs sexualizace interpersonálních vztahů.* Lidé redefinují muže a ženy ve svých životech, cení si jich více coby individualit, přátel, spolupracovníků atp., než coby potenciálních sexuálních objektů. Mohou tak lépe ocenit jedinečnost osobnosti druhých a dosáhnout větší hloubky porozumění.

- *Emocionální flexibilita vs emocionální „chudnutí“.* Ve středním věku se zdá být jednou z klíčových schopností schopnost přesunu emocí z jednoho člověka na druhého a z jedné aktivity na druhou. Střední věk je obdobím, kdy začínají umírat rodiče, někdy i manželé a přátelé, a kdy děti dospívají a stávají se nezávislé. V důsledku fyzických omezení může rovněž vyvstat nutnost změnit své oblíbené aktivity.

- *Mentální flexibilita vs mentální rigidita.* Ve středním věku si již člověk vypracoval řadu odpovědí na životní otázky. Flexibilní lidé využívají své zkušenosti a své odpovědi chápou stále jako provizorní pomůcky k řešení nových problémů. Rigidní lidé své odpovědi chápou jako definitivní, nehledají a neptají se.

2.7 Stáří

2.7.1 Definice stáří

Existuje více způsobů vymezování stáří. Zmiňme alespoň dva.

- První z nich je **kvalitativní**. Zde se začátek stáří umísťuje do 65. roku a uvnitř této věkové kategorie se rozlišují dvě etapy:

a) mladší stáří: lidé, kteří jsou – nezávisle na kalendářním věku – silní, vitální a aktivní

b) starší stáří: lidé nad 65 let, kteří jsou charakterizováni chatrným zdravím a slabostí.

- Druhý způsob vymezení stáří je **kvantitativní**. Ten klade začátek stáří do 60. roku a uvnitř této věkové rozlišuje tři etapy:

a) rané stáří: 60–74

b) pokročilý věk: 75–89

c) vysoký věk: 90 a více let.

2.7.2 Obory věnující se stáří a stárnutí

Kromě **vývojové psychologie** se problematice stáří věnují i dva další obory: **gerontologie**, což je věda o stáří (□□□□□□- gerón je řecky stařec), a **geriatrie**, což je lékařský obor zaměřený na nemoci stáří.

2.7.3 Tělesné zdraví ve stáří

Subjektivní zdraví

Přes rozmanité tělesné změny, k nimž ve stáří dochází, si staří lidé převážně na své zdraví nestěžují. V jedné národně reprezentativní anketě v USA uvedlo více než 70 % respondentů nad 65 let, že je jejich zdraví dobré, velmi dobré nebo dokonce vynikající. Plných 60 % z těchto lidí nemá natolik závažné zdravotní problémy, aby kvůli nim museli omezovat své hlavní fyzické aktivity. Až po osmdesátém roku života si stěžuje na zdraví asi 50 % jedinců. Podle jedné studie je asi 85 % lidí ve věku 65–74 a 75 % lidí ve věku 75–84 let schopno se samostatně postarat o své základní potřeby (jíst, obléci se, vykoupat se, vykonat toaletu) a

domácí práce (vaření, úklid, nákupy). (Šlo ovšem o jedince, kteří nebyli institucionalizováni.) Zdá se tedy, že stereotyp starých lidí coby lidí bezmocných, nemocných a odkázaných na druhé je značně zkreslený.

Nemoci stáří

Ačkoliv se řada starých lidí těší poměrně dobrému zdraví, objevují se ve stáří stále častěji různé chronické potíže. Většina starých lidí má alespoň jeden chronický neduh z nichž k nejčastějším patří:

- artritida
- hypertenze
- kardiovaskulární problémy
- sluchové problémy
- bolestivé onemocnění nohou, zad nebo páteře
- oční zákal.

Na druhou stranu však mívají lidé nad 65 let méně často teploty, chřipky a akutní trávicí problémy než lidé mladší. Nebezpečí u starých lidí ovšem spočívá v tom, že i méně závažné onemocnění může mít závažné důsledky. Staří lidé se navíc z nemocí zpravidla déle zotavují než lidé mladší.

Celkově potřebují staří lidé více zdravotní péče než lidé mladší. Navštěvují častěji lékaře, jsou častěji hospitalizováni, jsou v nemocnici déle a spotřebují více peněz na lékařskou péči.

2.7.4 Smysly

Ve stáří dochází k řadě somatických změn, které mají za následek úbytek funkčnosti některých psychických procesů a funkcí.

Zrak

Staří lidé mají zrakové deficity zejména v těchto oblastech:

- ve vidění na blízko
- v citlivosti na intenzitu světla
- v dynamickém vidění (tj. například ve schopnosti číst pohybuující se znaky)
- ve vizuálním vyhledávání znaků
- v rychlosti zpracovávání informací o tom, co vidí.

V praktickém životě jim tyto deficity mimo jiné značně ztěžují nebo někdy zcela znemožňují řízení motorových vozidel.

Dalekozrakost se obvykle stabilizuje kolem 60. roku života a proto při používání kontaktních čoček nebo brýlí vidí staří lidé poměrně dobře. Po 65. roce života však dochází často k řadě poruch. Lidé začínají mít problémy s percepcí *barev* a *hloubky*. U části (až 20 %) starých lidí dochází ke snížení propustnosti světla čočkou (*šedý zákal*, *katarakt*). Tento jev je dnes možné poměrně snadno a zpravidla bez následků odoperovat. U některých lidí dochází ke zvýšení tlaku kapaliny v oční kouli, jehož důsledkem je *poškození sítnice* (*glaukom*, *zelený oční zákal*).

Sluch

Ve stáří dochází rovněž velmi často ke zhoršování sluchu. Staří lidé stále hůře slyší vysoké tóny. Často proto přestávají mít zájem o společnost druhých lidí a o komunikaci s nimi, neboť

je špatně slyší a nerozumí jim. Ztrácí rovněž zájem o koncerty (neslyší vysoké tóny, např. u houslí), televizi si pouští velmi nahlas atp.

Chuť a čich

Staří lidé si často stěžují, že je jim podáváno jídlo bez chuti. Je tomu tak proto, že se u nich stále snižuje počet chuťových pohárků a současně dochází ke zhoršování kvality čichu. Oba tyto smysly se podílejí na percepci kvality jídla.

Asi 80 % starých lidí nad 80 let má značné poruchy čichu, více než 50 % těchto lidí zcela ztratilo čich. V tomto věku proto lidé vyžadují mnohem silnější intenzity slaných, kyselých a hořkých podnětů než dříve. Citlivost na intenzitu sladkých podnětů se však kupodivu nezměnila – staří lidé proto někdy rádi „mlsají“. Zřejmě i proto, že jim ostatní jídlo většinou nechutná, což někdy může vést až k hrozbě podvýživy. Naopak tendence k přesolování jídla může mít za následek problémy s vyšším tlakem.

2.7.5 Kognitivní vývoj

Paměť

Staří lidé podávají v paměťových testech zpravidla horší výkony než lidé mladší.

Tato skutečnost je tak známá, že se stala součástí **stereotypu** stáří. Můžeme si však položit otázku: Do jaké míry je tato deteriorace zapříčiněna biologickými faktory a v jaké míře jde o **sebesplňujícího prorockví**? V jednom výzkumu jeho autorky (B. Levy a E. Langer, 1994) testovaly paměťové výkony starých lidí a lidí ve středním věku. Vybraly si tři skupiny: běžnou populaci Američanů, příslušníky Americké asociace hluchých lidí a běžnou populaci Číňanů. V subkultuře amerických hluchých lidí není tento stereotyp rozšířen. Rovněž tak v Čínské společnosti není zakořeněný stereotyp úbytku duševních schopností v souvislosti se stárnutím.

Výsledky tohoto výzkumu ukazují, že

- (1) Existují signifikantní korelace mezi mírou negativní stereotypizace stáří v určité kultuře a výkony starých lidí v této kultuře: čím negativnější stereotyp, tím horší výkony.
- (2) Staří hluší Američané a staří Číňané dosáhli v paměťových testech signifikantně lepší výsledky než kontrolní skupina zdravých starých Američanů.
- (3) Čínští staří lidé se v paměťových testech, tradičně pokládaných za testy citlivé na deterioraci paměti, neodlišovali výrazně od výkonů Číňanů ve středním věku.

Tento výzkum poukazuje na vlivy, jež na psychické procesy jedinců může mít kultura.

Inteligence

Dochází ve stáří ke zhoršování inteligence? Někteří psychologové se domnívají, že je celkový úbytek intelektu ve stáří větším dílem mýtem (například Baltes a Schaie), jiní ho pokládají za vědecký fakt (například Horn a Donaldson). Stojí za to se seznámit s hlavními argumenty.

Je důležitější fluidní nebo vykrystalizovaná inteligence?

Jedno z klíčových témat souvisí rozlišováním mezi fluidní a vykrystalizovanou inteligencí. Horn a jeho spolupracovníci pokládají **fluidní inteligenci (g_f)** – tj. schopnost řešit nové problémy – za jádro inteligence. Ve svých výzkumech ukazují, že v této dimenzi inteligence dochází k úbytkům již ve středním věku; ve stáří jsou úbytky ještě markantnější. Úbytek výkonů v g_f v tomto věku proto pokládají za jasný důkaz úbytku inteligence.

Schaie a Baltes oproti tomu zdůrazňují, že se věkem výkony v testech **vykrystalizované inteligence** (g_c) nemění, nebo dokonce zvyšují. Navíc v tomto věku vznikají některé *nové schopnosti*, jako například moudrost. Tito autoři dále ukazují, že se výkony v testech fluidní inteligence mohou zlepšit vlivem tréninku. Dospívají proto k závěru, že předpoklad celkového intelektového úpadku neodpovídá skutečnosti.

Dlouhodobé sledování vývoje inteligence

V dnes již klasické práci zadal K. Schaie v roce 1956 náhodně vybraným dobrovolníkům ze Seattlu baterii testů. Schaie sestavil věkové skupiny (kohorty) po pěti letech od 20 do 70 let; v každé z nich bylo zahrnuto 50 jedinců (25 mužů a 25 žen). Původní soubor tedy tvořilo celkem 500 jedinců. Tento vzorek byl testován pravidelně *každých sedm let*. Současně do něj byli zahrnováni stále noví respondenti, takže k roku 1984 již bylo testováno více než 2000 jedinců. Mezi hlavní zjištění tohoto výzkumu, ve kterém jsou kombinovány prvky transverzálního a longitudinálního přístupu, patří tato tři:

- **Variabilita.** U některých lidí se začínají intelektové výkony pozvolna zhoršovat již ve 30 letech, u některých jiných k tomuto zhoršování nedochází až do 70 let. Celá jedna třetina lidí nad 70 let dosahuje lepších výsledků než průměrný mladý dospělý. U mužů dochází dříve k úbytkům vykrystalizované než fluidní inteligence, u žen je tomu naopak. Intelekt je ovlivněn faktory, jako jsou vzdělání, zdraví a práce. Většina zdravých lidí nedozná žádné významné ztráty až do 60 let. Ani potom nedoznávají zpravidla úbytek ve všech schopnostech. Například k 81. roku se zhoršily konzistentně během posledních sedmi let (tj. od posledního testování) výkony pouze u necelé poloviny respondentů.

- **Mnohoseměrnost změn.** Fluidní inteligence začíná ubývat v mladém dospělosti, avšak vykrystalizovaná inteligence je stabilní, případně se zvyšuje až do 70 let. Pak začíná ubývat i vykrystalizovaná inteligence; je však možné, že nižší výkony souvisejí spíše s pomalejšími reakčními časy starých lidí než s úbytky intelektové kapacity.

- **Vlivy kultury a prostředí.** Odlišné kohorty vykazují odlišné vzorce intelektu v dospělosti v důsledku odlišných životních zkušeností. Například mladší lidé absolvovali více formálního vzdělávání než lidé starší; získávají více informací z televize; prošli mnohem větším počtem testů a prošli jimi před kratším časem než lidé starší; jsou zdravější; mají častěji intelektuální než manuální práci atd. Všechny tyto faktory přispívají k rozdílům mezi kohortami.

Faktory ovlivňující výsledky v testech IQ

Nevíme přesně, co staří lidé **mohou** vše zvládnout; víme pouze to, co za daných podmínek zvládají. Některé studie ukazují, že pokles výkonů v testech nemusí zrcadlit pokles intelektových schopností. Ve hře může být celá řada psychologických a somatických faktorů, které snižují výkon v aktuální testové situaci, a které vedou k nevalidnímu měření a podceňování inteligence starých lidí. Patří k nim například tyto:

- Protože staří lidé často špatně vidí a slyší, mohou špatně porozumět instrukcím a jejich výkony jsou rovněž ovlivněny horší koordinací a pozorností. Ve hře jsou ale i jiné faktory ovlivňující aktuální rozpoložení. Například se ukazuje, že v tomto věku lidé, kteří jsou aktuálně tělesně zdraví, nejsou unavení a mají normální krevní tlak, podávají lepší výkony než lidé, které trápí některý z těchto problémů.

- Kromě toho může být do údajů o této věkové skupině zahrnuta disproporcionálně často skupina lidí, kteří jsou před smrtí. Ukazuje se však, že nezávisle na věku podávají lidé, kteří jsou před smrtí, výrazně nižší výkony (například v testech slovní zásoby).

- Kromě toho zde mohou hrát významnou roli i postoje starých lidí k vlastnímu testování. Staří lidé mohou být v této situaci ve větším stresu než lidé mladší, zejména tehdy, když podobné

testy již po léta neřešili. Mohou také být dopředu přesvědčeni o tom, že problémy nevyřeší. Anebo pro ně tyto testy nejsou důležité a oni se nesnaží o jejich zvládnutí.

- Zejména časový limit, který je zpravidla spojen s testy IQ, je vůči starým lidem nespravedlivý. Jim trvá vše o něco déle než kdysi. Protože se věkem zpomalují jak fyzické tak psychické procesy, nepřekvapuje, že tito lidé podávají lepší výkony v testech, které nejsou časově limitovány.

- Kromě toho je většina testů inteligence původně vytvořena pro dospívající a mladé dospělé; pro staré lidi postrádají testové úkoly smysl, nemají žádný vztah k jejich životním problémům a nepostihují proto adekvátně jejich myšlení.

2.7.6 Osobnost

Stáří je vývojovým obdobím, v němž si lidé především ujasňují, co si v průběhu let osvojili, a to se snaží uplatnit. I v tomto věku se však mohou vyvíjet a adaptovat. Zmíňme některé hlavní teorie změn osobnosti, k nimž ve stáří dochází.

Erikson: integrita vs zoufalství

V poslední z osmi životních krizí vidí Erikson potřebu starých lidí přijmout své životy tak, aby se mohli smířit s blížící se smrtí. Starý člověk se snaží dosáhnout pocitu soudržnosti, integrity a smysluplnosti celého svého života – anebo propadá pocitům zbytečnosti a určitého zoufalství z toho, že již život nemůže napravit či ho prožít znovu, jinak, lépe.

Lidé, kteří dosáhnou v tomto závěrečném úkolu integrity, staví zpravidla na úspěšném zvládnutí předcházejících krizí. Tito lidé mají pocit, že jejich život měl smysl v rámci společnosti, v níž žili, a že ho stále ještě má a bude mít i v budoucnu. „Ctností“ či kvalitou ega, jež se v tomto období dosahuje, je „moudrost“, což je „poučený a nepředpojatý zájem o život samotný tváří v tvář smrti.“

Moudrost v sobě zahrnuje přijetí vlastního života bez přílišné lítosti nad tím, co člověk neudělal nebo co mohl udělat jinak. Moudrost znamená i přijetí svých rodičů jako lidí, kteří pro nás udělali, co mohli, a zaslouží si naši lásku, i když nebyli dokonalí. Moudrost v sobě zahrnuje i přijetí vlastní smrti coby nutného a nevyhnutelného konce života, který člověk prožil tak, jak sám nejlépe uměl. Moudrost tedy mimo jiné znamená i smíření se s vlastní nedokonalostí, s nedokonalostí svých rodičů i s nedokonalostí života samotného.

Lidé, kteří nedosáhnou této integrace, postihne v tomto věkovém období zoufalství, uvědomí-li si, že je příliš pozdě na to, aby dosáhli integrity a usmíření nějakým jiným způsobem. Nicméně ačkoliv v tomto období musí zvítězit integrita nad zoufalstvím, má-li člověk dožrát a zmoudřet, je určitá dávka zoufalství v tomto stádiu nevyhnutelná. Člověk musí zoufat a být smutný nejen kvůli své konečnosti a promarněných šancí, ale i kvůli křehkosti a pomíjivosti všeho bytí.

Avšak Erikson rovněž věřil, že pozdní věk je časem pro hru, že v něm může člověk znovu oživit kvality, které jsou klíčové pro dětskou tvořivost.

Sociální změny a adaptace ve stáří

Stáří je spojeno s odchodem do důchodu a s vyřazením z pracovního procesu. V souvislosti s tím se někdy rozlišují různé adaptace na penzionování a stárnutí.

- Kladné přizpůsobení:

a) *Dozralé osoby*: integrovaní jedinci, kteří se bez emocionálních potíží přizpůsobí změněným podmínkám, jsou realističtí, aktivní a uchovávají si kladné interpersonální vztahy s rodinou, vnoučaty, přáteli atp.

b) *Aktivní lidé*: jsou i ve stáří orientováni na podávání vysokých výkonů, jsou velmi aktivní, snaží se nemyslet na stáří, kladou si stále nové cíle.

c) *„Houpací židle“*: pasivní, závislé osoby, které se smíří se stárnutím a s odchodem do důchodu, jsou však pasivní, spoléhají se hlavně na pomoc druhých, zejména dětí.

3.

- Záporné přizpůsobení:

a) *„Zlostní lidé“*: neumí se smířit se stárnutím, jsou zahořklí a zlostní, neboť se jim v životě nepodařilo dosáhnout toho, o čem usilovali, a obviňují z toho druhé.

b) *„Sebenávistníci“*: lidé, kteří za svůj životní nezdar obviňují sebe samé, propadají depresím, pokládají se za neužitečné a bezcenné.

Tři adjustace pozdního věku

Robert Peck rozšířil Eriksonovo pojetí vývoje v pozdním věku. Podle jeho názoru musí člověk v tomto věku – má-li dožít – dospět k těmto třem adjustacím či změnám:

- ***Širší definice sebe sama (identita) vs přílišné lpění na pracovních rolích***. Otázkou je zde míra, v níž lidé sebe samé definují prostřednictvím své práce a svých pracovních rolí. Každý z nás se musí v tomto věku ptát: „Jsem plnohodnotný člověk pouze v té míře, v níž mohu pracovat na plný úvazek, nebo jsem cenný i jinak, v jiných rolích, anebo i jenom proto, že jsem člověkem, kterým jsem?“ Zejména důchodci musí redefinovat svoji hodnotu coby lidských bytostí. Lidé v tomto věku musí znovu zkoumat sebe samé a hledat nové zájmy, které by nahradily jejich práci a které by daly jejich životům smysl a nový směr a strukturu. Člověk musí v tomto období dospět mimo jiné k závěru, že je jeho ego mnohem bohatší a rozmanitější než je suma jeho pracovních úkolů a rolí.

- ***Transcendence těla vs zaobírání se svým tělem***. Tělesné chátrání dává vzniknout potřebě druhé adaptace: překonání starostí o tělesný stav a nalezení jiných zdrojů uspokojení. Lidé, kteří dříve zdůrazňovali tělesné uspokojení jako základ dobrého života, mohou v důsledku zhoršujících se tělesných schopností a někdy i různých tělesných problémů a neduhů stáří upadnout do zoufalství. Ti, kteří se soustředí na vztahy a aktivity, které nevyžadují dokonalé zdraví, se na stárnutí adaptují výrazně lépe. Orientace zájmů od vlastního těla ke vztahům a k něčemu, co člověka přesahuje, by se měla vyvíjet již od mladé dospělosti; až ve stáří však projde kritickým testem. Mentální a sociální kompetence se totiž mohou na rozdíl od kompetencí fyzických stále zdokonalovat a dozrávat – i ve stáří.

- ***Transcendence ega vs zaobírání se sebou samým***. Patrně nejobtížnější, ale současně i nejdůležitější změna, k níž v tomto věku dochází, je schopnost jít za starosti o sebe a svůj přítomný život a přijmout jistotu smrti. Může člověk zaujmout kladný postoj ke své vlastní smrti? Podle Pecka si může člověk uvědomit, že může dosáhnout trvanlivého významu prostřednictvím toho, co dokázal – práce, již vykonal pro společnost; dětí, které zplodil a vychoval; interpersonálních vztahů, které rozvíjel a utvářel. Transcenduje tedy své vlastní ego tím, že přispívá k vývoji a hodnotám života ostatních lidí.

Emocionální zdraví ve stáří

Georges Vaillant si položil otázku, zda některé vlastnosti, které lidé vykazují v mladším věku, a životní události, které je v dětství a mládí potkají, mají vliv na jejich vývoj a zejména na jejich emocionální zdraví ve stáří.

Tento autor vedl dlouhodobý longitudinální výzkum, v němž byl sledován vývoj skupiny mužů od mladé dospělosti až do stáří. Výsledky jsou opřeny o data od 173 mužů ve věku 65 let. Emocionální zdraví v tomto věku definoval dvěma znaky:

- jedinec vykazoval zřejmou schopností hrát si, pracovat a milovat a
- jedinec byl v uplynulém desetiletí šťastný.

Který osobnostní rys souvisí nejlépe s kladnou s adjustací ve stáří? V tomto výzkumu se ukázalo, že jím je schopnost zvládat životní problémy bez obviňování druhých, bez zatrpklosti, bez pasivní poddajnosti. Autor hovoří o zdravých obranných mechanismech. V pětadesáti letech tedy byli emocionálně nejzdravější ti, kteří si za svůj život nenastřádali pocity křivd, ublížení, kteří nezatrpkli. Tito muži byli často během dřívějších let pokládáni za spolehlivé, stabilní, dobře organizované; nikoliv nutně za tvořivé, bystré, analytické nebo vzdělané.

Naopak některé charakteristiky, které souvisely s dobrou adjustací v mládí – například spontaneita a schopnost získávat si druhé – ve stáří s adjustací nesouvisely.

Překvapivě s emocionálním zdravím ve stáří nesouvisela řada relativně důležitých životních událostí, které jedince potkaly v mládí a ve středním věku. Mezi ně patřily například šťastné manželství, úspěšná kariéra, šťastné dětství (oproštěné od chudoby, zneužívání, úmrtí nebo rozvodu rodičů atp.). Větší význam pro emocionální zdraví ve stáří měla emocionální blízkost sourozenců v adolescenci a v mladé dospělosti. Výrazný vliv na emocionální zdraví ve stáří však měly závažné negativní životní události v dětství – například zneužívání nebo týrání.

Špatné emocionální zdraví ve stáří souviselo se špatným tělesným zdravím, depresemi, s alkoholismem a s častým užíváním trankvilizérů.

3 Psychologie osobnosti

V této části se seznámíme s pracemi některých hlavních teoretiků osobnosti. Začneme od teorií, které kladou důraz na nevědomé síly, přejdeme k teoriím, které kladou důraz na tendenci jedince rozvíjet své potenciality a stávat se sebou samým, přejdeme k teoriím, které se věnují stabilním rysům osobnosti, a nakonec se seznámíme s některými teoriemi, které kladou důraz na procesy učení. Samostatná kapitola pak bude věnována poruchám osobnosti.

3.1 Psychoanalýza

3.1.1 Sigmund Freud – psychoanalýza

Stručný životopis

Sigmund Freud se narodil v roce 1856 v Příboře na Moravě v početné židovské rodině. Rodina se poměrně záhy po jeho narození přestěhovala do Vídně, v níž Sigmund strávil téměř celý život. Po ukončení studia medicíny se specializoval se na nervové poruchy a na základě jejich léčby a pod vlivem myšlenek některých jiných psychiatrů vypracoval svoji terapeutickou metodu a s ní spojenou teorii lidské psychiky.

Freud je jedním z nejvlivnějších a nejoriginálnějších myslitelů naší doby. Jím vytvořená psychoanalýza ovlivnila zásadním způsobem pojetí člověka v západní kultuře. Zemřel v Londýně v roce 1939, rok poté, co do tohoto města emigroval před nacismem.

Doporučená četba

S. Freud.: *O člověku a kultuře*. Praha: Odeon 1990.

S. Freud.: *Výklad snů*. Pelhřimov: Nová tiskárna 1994.

Definice psychoanalýzy

Freud označuje termínem „psychoanalýza“ tři spolu související jevy. Psychoanalýza je:

- léčebná metoda duševních, zvláště neurotických poruch
- metoda zkoumání nevědomých duševních obsahů (analýza snů, chybných úkonů atd.)
- samostatná teorie psychiky člověka (modely struktury, dynamiky a vývoje osobnosti).

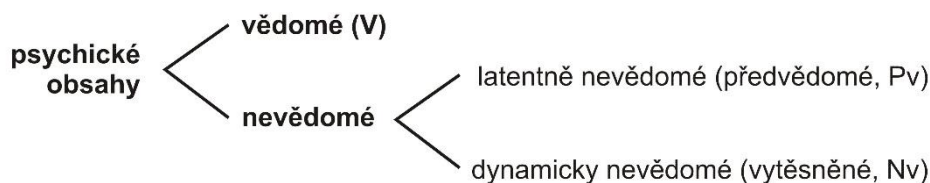
Modely osobnosti

Podle Freuda jsou základní síly, které motivují naše chování, nevědomé. Freud rozpracoval v průběhu života celkem tři modely, ve kterých se – vždy zčásti odlišným způsobem – snažil objasnit, jak chápat tyto nevědomé jevy a jak tyto jevy ovlivňují naše chování. Tyto modely jsou označovány jako topografický, strukturní a vývojový (genetický).

V této části učebního textu se budeme věnovat podrobněji prvním dvěma modelům. V části věnované vývojové psychologii se věnujeme modelu třetímu.

Topografický model psychiky

Freud na základě analýzy neurotických příznaků, snů, chybných úkonů a některých dalších jevů, dospěl k závěru, že máme vědomý přístup pouze k určité části z celku našich prožitků. Uvědomujeme si například to, na co se právě díváme, na co právě myslíme, vůni růže ve váze, to, že nás tlačí bota, rozmanité emoce (lásku, hněv, radost), jež právě prožíváme. Tyto obsahy označil jako *vědomé obsahy*. Kromě toho ale existuje obrovské množství psychických obsahů, které si v danou chvíli neuvědomujeme. Patří mezi ně například číslo našeho telefonu nebo podoba našich rodičů; jsou to obsahy, které právě teď nejsou vědomé, mohou se ale poměrně snadno vědomými stát. Freud tyto obsahy nazývá *předvědomé* nebo také *latentně nevědomé*. Kromě toho existují psychické obsahy, které si nejsme schopni uvědomit, ani když chceme. Ty se projevují zastřeně například v podobě somatických symptomů, ve snech nebo v některých chybných úkonech. Tyto obsahy nazval Freud *dynamicky nevědomé* nebo také *vytěsněné*. Jejich odhalení patří mezi hlavní úkoly psychoanalýzy.



Obrázek 15 Freudův topografický model psychiky.

Podle: Freud, S. (1994). *Výklad snů*. Pelhřimov: Nová tiskárna.

Vliv těchto nevědomých obsahů si můžeme ilustrovat na příkladu **chybných úkonů**, mezi něž se řadí například přeréknutí, přepsání, přeslechnutí, mylné čtení, zapomenutí jména a ztracení nějaké věci. U těchto úkonů (stejně tak i při vzniku neurotických poruch, při tvorbě snu atd.) jde o *konflikt dvou protikladných sil*, z nichž jedna je vědomá a druhá nevědomá.

Například jistý předseda sněmovny zahájil zasedání slovy: „Uzavírám tímto dnešní zasedání.“ Jde o zjevný konflikt vědomého úmyslu (zahájit jednání) a předvědomého přání (mít zasedání již za sebou). Výsledkem je přeréknutí. Kdosi jiný vypráví o událostech, které odsuzuje, a pokračuje: „Potom, ale vysvitly různé věci...“ Po dotazu přizná, že nechtěl věci, které vysvitli, označit jako svinstva, i když ho to napadlo.

Freud píše „Vím o ženách, které na svatební cestě ztratily snubní prstýnek, a vím také, že průběh manželství této náhodě propůjčil smysl.“ Žádná z těchto novomanželek by v danou chvíli ale asi nepřijala myšlenku, že má tento „chybný úkon“ hlubší smysl, že je přáním zrušit právě uzavřený manželský svazek. Toto přání je tedy zcela nevědomé, nepřístupné uvědomění.

Strukturní model osobnosti

Později Freud předložil tzv. strukturní model osobnosti. V tomto modelu rozlišil tři složky, jež označil termíny ID (ono), EGO (já) a SUPEREGO (nadjá). Id je temnou, vědomí zcela nepřístupnou složkou osobnosti, jíž jde pouze o dosahování slasti. Ego je později se utvářející složkou osobnosti, která slouží především k zabezpečení přání id; musí přitom přihlížet k vnější realitě. Superego je ontogeneticky nejmladší složkou osobnosti, která vzniká na základě zvnitřnění příkazů autorit, především rodičů, a která přejímá postupně jejich roli. Jak je patrné z následujícího obrázku, zahrnují ego i superego jak obsahy a procesy, které jsou vědomé, tak i obsahy a procesy nevědomé.



Obrázek 16 Freudův strukturní model osobnosti.

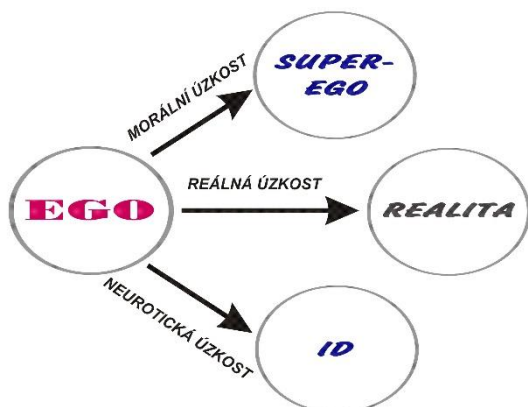
Podle: Freud, S. (1990). *O člověku a kultuře*. Praha: Odeon.

Úzkost a mechanismy obrany proti ní

Podobně jako u topografického modelu rozpracoval Freud i v souvislosti se strukturním modelem osobnosti některé teorie týkající se motivace. K nejvýznamnějším patří teorie úzkosti a teorie různých strategií, které ego používá, aby jí předešlo nebo aby ji učinilo nevědomou.

Úzkost je emocionálním stavem, který je podobný strachu. Zatímco však má strach vždy svůj předmět (bojíme se například pavouků), je úzkost strachem bez tohoto předmětu; prožíváme emoci, která je podobná strachu, ale neuvědomujeme si, čeho se bojíme.

Úzkost je vždy stavem, který zakouší ego. To přitom může zakoušet úzkost trojího druhu – z reálných hrozeb (tzv. reálná úzkost), z toho, že nedostojí nárokům, které na ně klade superego (morální úzkost), nebo z toho, že nedokáže ovládnout své vlastní pudové pohnutky (neurotická úzkost).



Obrázek 17 Tři druhy úzkosti podle S. Freuda.

Podle: Freud, S. (1991). *Vybrané spisy I*. Praha: Avicenum.

Mezi hlavní operace, které ego používá v těchto situacích, patří:

- *vytěsnění* (příčina úzkosti je zcela zapomenuta, stává se zcela nevědomou)
- *potlačení* (vědomá snaha o zapomenutí události, která vzbuzuje úzkost, například na sebevraždu manžela)
- *popření* (nevěnování pozornosti hrozbám; mladá žena si odmítá připustit, že by mohla mít karcinom prsu a bagatelizuje význam vyšetření)
- *racionalizace* (přijatelné zdůvodňování sociálně nepřijatelných motivů; holčička odmítne dát mamince bonbón s vysvětlením, že není lakomá, že by jí ale nezbylo pro panenku)
- *somatizace* (úzkost se může někdy projevit somatickými symptomy, například ochrnutím nebo slepotou)
- *projekce* (jedinec nachází sklony, které u sebe neumí přijmout, ve druhých lidech; mladá žena, odmítající svoji sexualitu jako něco „nízkého“, hluboce pohrdá děvčetem, které „vypadá na to“, že je sexuálně nevázané)
- *sublimace* (nalezení náhradního cíle pro nepřijatelné motivy; jedinec se sadistickými skony se například stane patologem)
- *fixace* (ustrnutí na formách života, které jsou bezpečné; šestiletý chlapec se bojí chodit ven bez doprovodu rodičů)
- *regrese* (používání forem obrany, které jsou typické pro ontogeneticky ranější stádium vývoje; mladá žena se po rozvodu vrátí k rodičům a chce, aby se o ni opět starali a brali ji se všemi jejími infantilními rozmary).

3.1.2 Carl Gustav Jung – analytická psychologie

Stručný životopis

Carl Gustav Jung se narodil v roce 1875 v Kesswilu v severošvýcarském kantonu Thurgau. Vystudoval medicínu se specializací na psychiatrii. Po přečtení Freudova *Výkladu snů* začal udržovat s Freudem pravidelnou korespondenci, která později přešla v intenzivní přátelský vztah. V roce 1910 byl Jung zvolen prvním presidentem Mezinárodní psychoanalytické asociace. V roce 1913 však skončil jejich vztah krizí. Jung následně odstoupil ze svého místa presidenta Mezinárodní psychoanalytické asociace a současně ukončil své členství v této asociaci. Svoje vlastní pojetí v tomto roce označil jako **analytickou psychologii**. Freud se s Jungem poté již nikdy v životě nesetkali.

Jung po rozchodu prošel hlubokou osobní krizí, kdy po čtyři roky byl na pokraji normality a abnormality, posedlý zkoumáním vlastních snů a fantasií. Později těmto čtyřem létům připisoval zásadní význam pro své pochopení nevědomých procesů. Zemřel v roce 1961 ve věku 86 let.

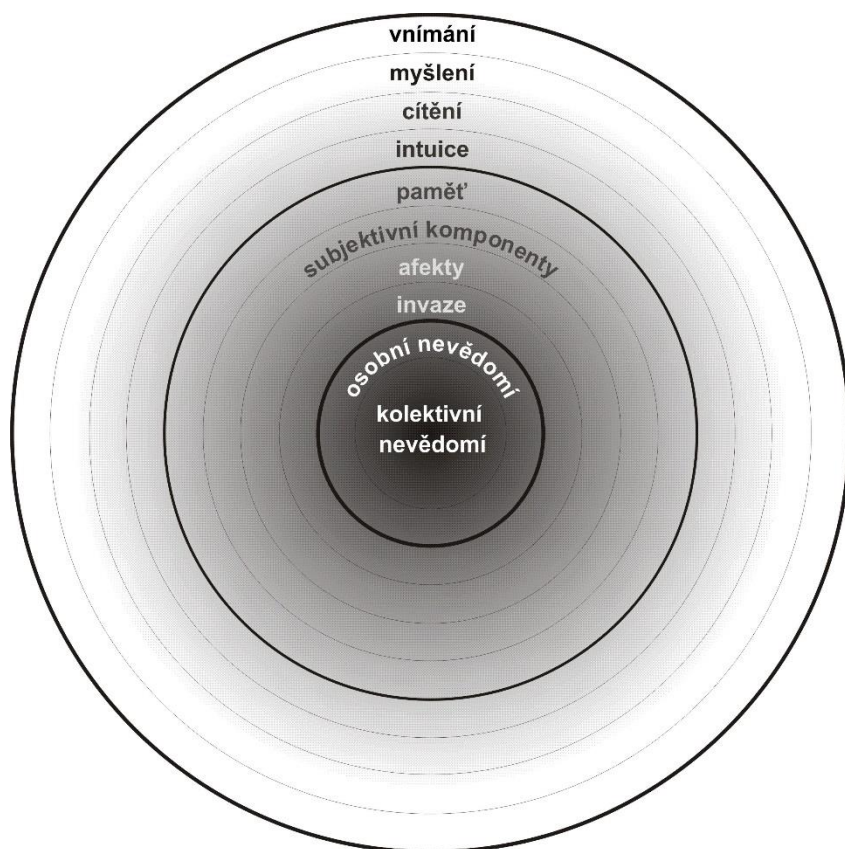
Doporučená četba

C. G. Jung: *Analytická psychologie. Její teorie a praxe*. Praha: Academia 1993.

Pojetí psychiky

Psychologie je podle Junga v první řadě vědou o **vědomí**. Na druhém místě je vědou o produktech toho, co nazýváme nevědomá psýché, **nevědomí**. Nevědomá psýché, která je zcela neznámé povahy, je však vždy poznávána vědomím a je vyjadřována v termínech vědomí. Z produktů, které nevědomí vytváří, si o něm můžeme učinit určité představy. Musíme přitom ale být velmi opatrní, neboť skutečnost se může značně lišit od představ, které si o něm utváří naše vědomí. Utváření si představ o našem nitru je podobné utváření si představ o vnějším světě; ani zde (jak jsme viděli v kapitole o vnímání) produkty našeho vědomí nezobrazují věrně realitu (barvy, vůně, teplota jsou produkty našeho vědomí, nikoli vlastnostmi objektů).

Jung připodobňuje psychiku osvětlené kouli. Zvnějšku je tato koule světlá, sama vyzařuje či odráží světelné paprsky, uvnitř je však tmavá, nepřístupná. Prvních osm vrstev v tomto modelu je vědomých, poslední dvě jsou nevědomé.



Obrázek 18 Pojetí psychiky u C. Junga.

Podle: Jung, C. G. (1993). *Analytická psychologie. Její teorie a praxe*. Praha: Academia.

Vědomí a ego

Podle Junga nemůže být nic vědomé bez *já*, k němuž se to vztahuje. Jestliže není něco ve vztahu k našemu *já*, pak to není vědomé. Proto definuje Jung vědomí jako vztah psychických faktů k *já*. **Ego** je ohniskem vědomého života. Sestává ze všech komponent, jako jsou například vjemy, myšlenky, vzpomínky a emoce, které dávají pocit kontinuity a identity v čase.

Funkce vědomí

Jung rozlišuje celkem osm funkcí vědomí. První čtyři, které jsou nejbližší vnějšímu světu, označuje jako *ektopsychické*. Další čtyři, které jsou umístěny dovnitř, označuje jako *endopsychické*. Do těch vstupují stále více prvky z nevědomí.

Ektopsychické funkce vědomí zajišťují kontakt s vnějším světem. Jsou proto veskrze *kognitivní povahy*.

- *Vnímání* nám říká, že něco *je*; neříká však „co to je, co je“.
- *Myšlení* je funkce, která dává věci jméno, říká *co věc je*. Připojuje pojem a úsudek.
- *Cítění* nás informuje pomocí svých citových odstínů o *hodnotách věcí*, o tom, *jaká věc je*.
- *Intuice* je jakousi nevědomou formou vnímání, která nám říká, *co bylo* nebo *co bude*.

Já, ke kterému se váží ektopsychické funkce, je pouze kouskem vědomí, který pluje na oceánu temných, nevědomých procesů. Čím více postupujeme dovnitř, tím méně jsou tyto procesy pod volní kontrolou *já* a tím více současně vyvěrají z nevědomých oblastí jedince. Jung hovoří o **endopsychických** funkcích vědomí. Rozlišuje opět čtyři.

- První funkcí na této endopsychické straně vědomí je *paměť*, tj. schopnost reprodukovat předvědomé obsahy.
- Druhou vrstvu představují tzv. *subjektivní komponenty vědomých funkcí*. Jsou to reakce, které jsou zpravidla prožívány jako trapné nebo nepřipustné. Jestliže nás například při setkání s někým samovolně napadne „Bože, ten ale vypadá!“
- Ještě hlouběji je oblast silných *emocí a afektů*. Dívoch v afektu neřekne, že se rozzuřil; řekne, že do něho vjel duch. Něco podobného se stává i nám: nejsme již plně sami sebou, i když jsem si stále sebe samých vědomi.
- Čtvrtou komponentu označil Jung jako *invazi*. Člověk zde jakoby ztratil rozum. Invaze může mít podobu úplného zatmění vědomí, kdy jsou lidé vzteky bez sebe.

Orientace ega

Jung rozlišuje dvě orientace ega, introvertovanou a extravertovanou. Tyto orientace jsou vždy přítomny současně, jedna z nich je však většinou dominantní a umožňuje proto předpovídat chování člověka.

O *extravertovaném zaměření* hovoří Jung tehdy, převažuje-li orientace na objektivní realitu, takže nejčastější a nejdůležitější rozhodnutí a jednání jsou podmíněna objektivními poměry. Je-li toto zaměření trvanlivou charakteristikou osoby, mluví o *extravertovaném typu*. Jestliže někdo myslí, cítí a jedná tak, jak to *bezprostředně* odpovídá objektivním poměrům, a to jak v dobrém tak ve špatném smyslu, je extravertovaný.

Introvertovaně zaměřené ego sice vnímá a uvědomuje si vnější podmínky, jako rozhodující však volí *subjektivní* prožitek. Zatímco extravertovaný typ se stále odvolává na to, co k němu přichází od vnější reality, introvert se opírá převážně o to, čemu dává vnější realita vzniknout uvnitř něj. Subjektivní prožitek získává výhradní postavení při určování charakteru vnímání a myšlení.

Psychologické typy

Tyto dvě orientace ega (tj. introvertované versus extravertované ego) vytvářejí v kombinaci se čtyřmi uvedenými ektopsychickými funkcemi (tj. s vnímáním, myšlením, cítěním a intuicí) **osm psychologických typů**.

	EXTRAVERZE	INTROVERZE
VNÍMÁNÍ	Tito lidé jsou realističtí a praktičtí a mají sklon přijímat svět takový, jaký je, aniž by se nad ním nějak zvláště zamýšleli. Mohou být „smyslní“, tj. vychutnávat rozkoše a vyhledávat vzrušení. Patří mezi ně například podnikatelé .	Introvertovaně vnímající lidé mají sklon být ponořeni do svých vlastních psychických zážitků a okolní svět pokládají ve srovnání s nimi za nezajímavý. Mohou se pokusit vyjádřit například pomocí plastického umění .
MYŠLENÍ	Primárně extravertovaně myslícími lidmi jsou především vědci a výzkumníci . Řídícím principem těchto lidí je objektivní realita; sami se pevně přidržují své konstrukce reality a totéž očekávají i od ostatních.	Mohou jimi být například filozofové . Tito lidé mají sklon hodnotit abstraktní myšlenky výše než konkrétní lidi. Chtějí sledovat vlastní myšlenky a příliš se nezabývají tím, zda je druzí přijímají.
CÍTĚNÍ	U extravertovaně cítících lidí se jejich city často mění se změnou situace. Jsou to například herci . Mají sklon k tomu být emocionální a náladoví, ale jsou rovněž velmi společenští; někdy se rádi předvádějí.	Introvertovaně cítící lidé zažívají silné emoce, ale udržují je ve skrytu duše. Jsou jimi například ti spisovatelé a umělci , kteří prožívají intenzitu svých citů pouze ve svých dílech.
INTUICE	Vynálezci a objevitelé jsou často extravertovaně intuitivními typy. Tito lidé působí dojmem, že se stále snaží objevit nějaký nový svět.	Proroci, vizionáři a různí „pomatenci“ jsou často introvertovaně intuitivními typy. Jsou izolováni ve světě praobrazů, jejichž smyslu ne vždy sami rozumějí; mohou mít problémy s komunikací s druhými.

Tabulka 11 Psychologické typy podle C. Junga.

Podle: Jung, C.G. (1993). *Analytická psychologie. Její teorie a praxe*. Praha: Academia.

Nevědomí

Jung rozlišuje dvě formy nevědomí. První z nich, která je získaná v průběhu života jedince, nazývá *osobním nevědomím*. Druhou formu nevědomí, která je zděděná po předcích, označuje jako *kolektivní nevědomí*.

Osobní nevědomí

Osobní nevědomí zahrnuje především všechny obsahy, které byly kdysi vědomé, avšak byly vytěsňeny nebo zapomenuty. Osobní nevědomí obsahuje ale i vjemy, které působí podprahovou intenzitou. V osobním nevědomí jsou dále obsaženy *komplexy* emocionálně nabitých myšlenek a vzpomínek. Tyto komplexy jsou uspořádány kolem určitých dominantních témat a mohou ovládat chování jedince. Tak například člověk s *komplexem moci* bude vynakládat značnou část své energie a času na aktivity, které přímo nebo symbolicky souvisejí s uplatňováním moci. Jung osobní nevědomí označuje rovněž termínem

podvědomí či *podvědomá psyché*. Obsahy, které jsou nevědomé na této úrovni, se mohou stát vědomými.

Kolektivní nevědomí

Kolektivní nevědomí je skladištěm paměťových stop společných všem lidem. Některé z nich spojují lidi dokonce s jejich fylogenetickými předky. Obsahem kolektivního nevědomí jsou **instinkty** a **archetypy**. Tyto obsahy se nikdy nemohou stát vědomými.

Instinkty Jung chápe jako vrozené predisposice, které předurčují lidi k tomu, aby vnímali svět, prožívali ho a reagovali na něj určitými předem danými způsoby.

Pojetí *archetypu* je založeno na pozorování, že například mýty, pohádky a legendy obsahují určité společné *motivy*, které jsou zpracovávány stále všude a vždy znovu. Podle Junga pramení tyto motivy z jakési nenázorné a nevědomé předformy, která patří ke zděděné struktuře psyché. Tuto nevědomou předformu označuje jako archetyp. Archetypy jsou určeny pouze formou, nikoliv obsahem. Je-li nějaký vnímatelný objekt v souladu s určitým archetypem, je člověk tímto objektem fascinován. Tak například jestliže určitá konkrétní žena odpovídá mužově archetypu ženy (pro kterou Jung zvolil termín *anima*).

Mezi nejvýznamnější patří tyto archetypy:

Archetyp	definice	symboly
<i>Anima</i>	ženská kvalita přítomná u všech mužů	Žena, Panna Marie, Mona Lisa
<i>Animus</i>	mužská kvalita přítomná u všech žen	Muž, Kristus, Don Juan
<i>Persona</i>	sociální role hraná na veřejnosti	Maska
<i>Stín</i>	potlačované animální pudy, které bychom u sebe raději neviděli	Satan, Hitler, Hussein
<i>Bytostné já</i>	ztělesnění jednoty, harmonie a celku v osobnosti	Mandala, magický kruh
<i>Moudrý stařec</i>	personifikace životní zralosti a moudrosti	Věštec, Mudrc
<i>Bůh</i>	konečné uvědomění psychické reality projektované do vnějšího světa	Oko slunce, sluneční kolo

Tabulka 12 Jungovy archetypy.

Podle: Jung, C.G. (1993). *Analytická psychologie. Její teorie a praxe*. Praha: Academia.

3.1.3 Alfred Adler – individuální psychologie

Stručný životopis

Alfred Adler se narodil jako druhé z šesti dětí v roce 1870 ve Vídni. V roce 1895 zakončil studium medicíny se specializací na nemoci oční. O něco později se začal věnovat psychiatrii. V letech 1902 až 1911 byl aktivním členem užší skupiny přívrženců psychoanalýzy, která se utvořila kolem S. Freuda. V roce 1910 se stal presidentem Vídeňské psychoanalytické společnosti. Postupem času se ale jeho názory od názorů S. Freuda čím dál tím více odlišovaly. To jej vedlo tomu, že se v roce 1911 vzdal svého místa presidenta Vídeňské psychoanalytické společnosti a rozešel se s Freudem a s klasickou psychoanalýzou. Ve stejném roce založil Spolek pro svobodná psychoanalytická bádání, který o něco později přejmenoval na Spolek pro individuální psychologii. Od roku 1925 přednášel často v USA, kde se od roku 1935 usadil natrvalo. Zemřel v roce 1937 ve věku 67 let.

Doporučená literatura

A. Adler. Smysl života. Praha: Práh, 1995.

Individuum coby jednotná a integrovaná entita:

Východiskem Adlerova teoretického systému je hypotéza, že každá lidská bytost je jednotným a integrovaným celkem. Tento předpoklad ho vedl k tomu, že označil svůj přístup jako *individuální* psychologie. Individuální totiž znamená *nedělitelný* (latinsky *in-dividuus*, řecky *a-tomos*). Adler zastával názor, že žádný životní projev nelze chápat izolovaně, ale vždy pouze ve vztahu k celku osobnosti. Člověk je nedělitelnou entitou jak ve smyslu vztahu těla a duše, tak ve smyslu rozmanitých aktivit a funkcí duše – myšlení, cítění, snah, jednání, vědomých a nevědomých procesů. Ty všechny jsou integrovány a strukturovány v tom, co Adler označuje jako *životní styl*. Životní styl tedy vyjadřuje celek lidské bytosti a strukturu její osobnosti. Pramení z jedinečných prožitků nedokonalosti v dětství a ze způsobů překonávání těchto nepříjemných prožitků.

Sociální kontext a pocit pospolitosti

Adler dále požadoval, aby jedinec nikdy nebyl zkoumán izolovaně od ostatních. Každé chování se realizuje v rámci určitého *sociálního kontextu*, který ho spoluutváří. Podstatu osobnosti nelze pochopit bez porozumění jejím sociálním vztahům. Ve vlastní práci se zaměřil v tomto ohledu především na výchovné styly a na sourozenecké konstelace. Pro utváření osobnosti je podle jeho soudu důležité, je-li člověk jedináček, nebo narodil-li si jako první nebo poslední v sourozenecké konstelaci atp.

Navíc má podle Adlera každý jedinec vrozenou potřebu zúčastňovat se recipročních sociálních vztahů. Adler tuto vrozenou potřebu označuje jako *pocit pospolitosti* či *sounáležitosti* (*Gemeinschaftsgefühl*).

Životní styly

Podle Adlera se ustaluje kolem pátého roku života určitá specifická forma kompensování pocitů méněcennosti. Tu označil jako životní styl. Životní styl představuje jedinečnou strukturu rysů, zvyků a způsobů chování jedince.

Adler rozlišuje čtyři hlavní životní styly:

- *Agresivní životní styl*. Lidé, kteří jsou agresivní, asertivní a aktivní při velmi nízkém nebo zcela chybějícím stupni pocitu pospolitosti. Tito lidé jsou aktivní, avšak neusilují o zlepšení života druhých. K řešení hlavních životních úkolů přistupují agresivním, hostilním způsobem.

- *Receptivní životní styl*. Lidé s tímto postojem k životu jsou naopak pasivní. I jim chybí pocit pospolitosti. Přizívají se a parazitují na druhých. Jejich hlavním zájmem je získat od druhých co nejvíce pro sebe; jsou na druhých v uspokojování svých potřeb silně závislí. Díky své pasivitě však zpravidla nejsou nebezpeční.

- *Vyhýbavý životní styl*. Tito lidé postrádají jak zájem o druhé, tak aktivitu. S milostným životem nejsou příliš spokojeni, v práci jim o nic nejde, mají málo přátel a kontakty s nimi jsou pro ně často zraňující. Jsou typičtí tím, že je u nich strach z neúspěchu silnější než přitažlivost úspěchu. Proto utíkají od životních úkolů; vyhýbáním se životním úkolům se vyhýbají možnosti selhání při jejich řešení.

- Jako čtvrtý, poslední životní styl označuje Adler *styl sociálně užitečný*. Tito lidé vykazují vysokou míru aktivity i zájmu o druhé. Zájem o druhé je podle Adlera barometrem psychického zdraví a zralosti osobnosti. Život se tomuto člověku jeví jako tvořivý akt, jako úkol, který nabízí řadu příjemných a vzrušujících zážitků. Tento typ člověka má odvahu k řešení životních úkolů, věří v sebe a ve svoji schopnost být druhým užitečný.

Pořadí narození a životní styl

V souladu s významem, který přikládá Adler sociálním faktorům a počátečním obdobím života pro utváření životního stylu, dospívá k závěru o vlivu pořadí narození na utváření životního stylu a osobnosti. Zde jsou některé jeho myšlenky:

- *Nejstarší dítě.* První dítě se často dlouhou dobu těší značné péči svých rodičů. Ti se snaží být vzornými rodiči a vše dělat tak, jak by se mělo. Prvorozené dítě tedy pocituje své místo v rodině jako bezpečné a neohrožené – dokud se mu nenarodí mladší sourozenec. S narozením mladšího sourozence je náš „monarcha svržen s trůnu“, což pro něj může být značně traumatickou zkušeností. Snaží se zpravidla ze všech sil vydobýt si zpět své privilegované místo a stát se středem pozornosti rodičů. Zjistí však často, že je jeho úsilí marné, že jsou naopak jeho pokusy o regresi na úroveň mladšího sourozence kárány nebo přímo trestány. Takové dítě si pak často osvojí strategii života, ve které se stane nezávislé na pozornostech a lásce druhých. Podle Adlera jsou později tyto prvorozené děti často poměrně konzervativní, orientované na moc a na vedoucí role. Jsou strážci rodinných tradic, postojů a morálních standardů.

- *Jedináček.* Jedináček má tu výhodu, že nemusí o přízeň rodičů nikdy s nikým soupeřit. Jeho jedinečné postavení je často umocňováno tendencí jejich matek k rozmazlování a k nadměrnému opečovávání a ochraně. Jeho výhradní postavení u matky však ohrožuje otec; proto jsou jedináčci často v rivalitním vztahu s otci. Tyto děti jako by nikdy nebyly odstřiženy od pupeční šňůry a neustále očekávají, že se o ně někdo bude starat a chránit je. K ústředním rysům jejich životního stylu patří závislost a zaměřenost na sebe samé. Proto mají často později problémy s interakcemi s vrstevníky a sociálními vztahy.

- *Druhorozené/prostřední dítě.* Druhorozené dítě má od narození před očima standard v podobě svého staršího sourozence. Tohoto sourozence se snaží co nejdříve dohnat a vyrovnat se mu. To podněcuje vývoj druhorozených/prostředních dětí. Druhorozené děti proto často začínají chodit, mluvit a celkově se vyvíjet dříve, než jejich starší (prvorozený) sourozenec. V důsledku své situace při narození jsou tyto děti velmi soutěživé a ambiciózní. Hlavním motem jejich životního stylu je podání důkazu, že jsou lepší než jejich starší sourozenec. Jsou orientováni výkonově, snaží se však někdy předčít sourozence i v záporném slova smyslu. Někdy si rovněž kladou nerealisticky vysoké cíle, které nevyhnutelně vedou k neúspěchu a k prohloubení pocitů méněcennosti.

- *Nejmladší dítě.* Nejmladší dítě nemá onu traumatickou zkušenost svržení s trůnu. Naopak je často rozmazlováno, a to nejen rodiči, ale v početnějších rodinách i staršími sourozenci. Je mazlíčkem, mazánkem atp. Současně však má často velmi intenzivní pocity méněcennosti, neboť všichni v rodině jsou zdatnější, šikovnější a silnější. Navíc, zejména v sociálně slabších rodinách a v rodinách početnějších, má máloco svého; vše dědí po starších sourozencích, vše si od nich musí půjčovat. Tyto děti mají podle Adlera často celoživotně mimořádně silnou motivaci k překonání svých sourozenců. V důsledku toho se stávají například nejlepšími hudebníky, umělci, sportovci a nejambicióznějšími studenty v celé rodině. Jejich bojovnost z nich také činí potenciální revolucionáře.

3.2 Neopsychoanalýza

3.2.1 Erich Fromm – analytická sociální psychologie

Stručný životopis

Erich Fromm se narodil 23. 3. 1900 ve Frankfurtu nad Mohanem jako jediné dítě ortodoxního židovského obchodníka s vínem. Původně chtěl studovat talmud v Litvě, ale otec mu tato

studia nedovolil. Studoval sociologii, psychologii a filosofii v Heidelbergu. Mezi jeho učitele patřili například A. Weber, K. Jaspers a H. Riecken. Současně studoval soukromě talmud. V následujících letech prošel psychoanalýzou (u F. Reichmannové, K. Landauera a H. Sachse). Diplom berlínského Ústavu psychoanalýzy obdržel v roce 1931. V letech 1929 až 1932 spolupracoval s frankfurtským Ústavem pro sociální výzkum. Po nástupu Hitlera k moci emigroval do USA. Zde obnovil v letech 1934 až 1939 spolupráci s přesídleným frankfurtským ústavem. Později přednášel na Kolumbijské universitě a na Yaleské universitě. Vedle přednáškové a publikační činnosti provozoval i psychoanalytickou praxi. Od roku 1949 se stal spolupracovníkem a později vedoucím oddělení psychoanalýzy na lékařské fakultě Národní university v Mexiku. V Mexiku prožil takřka dvacet let. Svoji činnost v ní ukončil v roce 1967. Poslední léta života strávil ve Švýcarsku, kde také 18. 3. 1980 zemřel.

Doporučená četba

Fromm, E. *Strach ze svobody*. Praha: Naše vojsko, 1993.
Fromm, E. *Člověk a psychoanalýza*. Praha: Aurora, 1997.
Fromm, E. *Umění milovat*. Praha: Orbis, 1967.

Individualizace, osvobozování – a nové závislosti

Dílo E. Fromma je prodchnuto myšlenkou, že klíčový konflikt moderního člověka spočívá v tom, že z jedné strany usiluje o osvobozování se od pout minulosti a od nejrozmanitějších biologických, společenských a jiných závislostí, z druhé strany však má tendenci k tomu, upadat do nových závislostí, neboť svoboda s sebou nese odpovědnost, izolovanost a samotu. Moderní člověk tedy současně usiluje o dosažení svobody – a zároveň dělá často vše proto, aby se jí zbavil.

Podle Fromma specificky **lidská existence** začíná tehdy, když přizpůsobování se přírodě ztrácí svůj nátlakový charakter a přestává být řízeno instinkty. Lidská existence a svoboda jsou proto od počátku neodlučitelné. Slovo svoboda zde znamená „osvobozování se od“, zejména osvobozování od pudové determinace činnosti.

Tento proces vyčleňování jedince z jeho původních vazeb, proces, který Fromm nazývá **individualizací**, pokračuje v lidských dějinách. Vrcholu dosáhl ve stoletích mezi reformací a současností. Zásadní obrat pak přinesl kapitalismus. Ten nejen osvobodil člověka od tradičních pout, ale také nesmírně přispěl k rozšíření jeho **pozitivní svobody**, k **růstu aktivního, kritického, zodpovědného JÁ**. Pro jedince přestalo existovat pevné místo v ekonomickém řádu, které mohlo být považováno za dané od přírody. Vše je nyní závislé na jeho vlastním úsilí. To je však pouze jeden účinek, který má kapitalismus na proces vzrůstající svobody. Druhým je to, že významně přispívá k pocitům osamělosti a izolovanosti jedince a naplňuje ho pocitem bezvýznamnosti, úzkosti a bezmocnosti.

Podle Fromma tedy ačkoliv svoboda přinesla člověku nezávislost a racionalitu, učinila ho současně izolovaným a tím úzkostlivým a bezmocným. Tato izolace je pro něj nesnesitelná. Je proto postaven před alternativu: buď břemenu svobody uniknout do nových závislostí a podřízeností, nebo uspíšit plnou realizaci pozitivní svobody, jež spočívá v jedinečnosti a individualitě člověka. Je to alternativa **svobody**, spojené s odpovědností a izolovaností, versus **bezpečí**, které zbavuje pocitu izolovanosti a úzkosti, které je však vždy spojeno s novými závislostmi.

Orientace charakteru

Fromm rozpracoval tuto myšlenku i v souvislosti s rozlišením lidských charakterů. Rozlišuje dva základní vztahy člověka ke světu, jimiž jsou

1. asimilace a

2. socializace.

Člověk podle něj realizuje vztah ke světu dvěma zčásti odlišnými způsoby: (a) přivlastňováním a přizpůsobováním si věcí (asimilace), (b) tím, že navazuje vztah k druhým lidem i k sobě samému (socializace). Charakter pak definuje jako relativně neměnnou formu, do níž je v procesu asimilace a socializace sváděna lidská energie. Ve svých pracích rozpracoval Fromm postupně typologii, kterou znázorňuje tabulka.

typy charakteru				
orientace charakteru	asimilace	socializace		patologická asimilace
neproduktivní	receptivní charakter (přijímání)	symbiotický vztah	masochismus (věrnost)	incestuální symbiosa
	vykořisťující charakter (brání)		sadismus (autorita)	autoritářský charakter
	hromadící charakter (uchování)	odstup a stažení se do sebe	odklon/ destrukce (zajištění)	
	tržní charakter (směna)		indiferentní odklon (pocitivost)	automat konformity
	nekrofilní charakter	umrtvení, destrukce	narcismus, nekrofilie	syndrom rozpadu
produktivní	práce	milující vztah	láska, rozum, kreativita	

Tabulka 13 Typy charakteru podle E. Fromma.

Volně podle: Fromm, E. (1997). *Člověk a psychoanalýza*. Praha: Aurora. a Fromm, E. (1997). *Anatomie lidské destruktivity*. Praha: NLN.

Z tabulky je patrné, že Fromm rozlišuje v zásadě dvě orientace charakteru, jež označuje jako *neproduktivní* a *produktivní*.

Neproduktivní orientace

Všechny neproduktivní charaktery jsou reakcí na základní konflikt soudobé historické etapy, jímž je *volba mezi svobodou a bezpečím*. Fromm rozlišil celkem pět charakterů, které označil jako **neproduktivní**. Kromě toho rozpracoval ještě některé další neproduktivní typy, které mohou ve společnosti nabývat patologických forem (například autoritářský charakter a automat konformity).

Receptivní charakter:

Tento charakter věří, že vše, co je pro život dobré a potřebné, leží mimo jeho dosah, mimo jeho schopnosti. Je závislý a pasivní, neschopný učinit cokoli bez cizí pomoci. Žije s pocitem, že jeho hlavním úkolem je dosáhnout toho, aby byl milován. To mu umožní získávat od druhých to, co potřebuje. Je submisivní, naivní a sentimentální.

Vykořisťující charakter:

Tento charakter dosáhne vše, co chce nebo potřebuje, silou nebo podvodem. Je rovněž neschopný vlastní produkce a tak získává lásku, majetek, myšlenky a city druhých tím, že si je přisvojuje. Jeho postoj je směsicí otevřeného nepřátelství a rafinovaného zjištěného chování. Negativní rysy tohoto charakterového typu zahrnují zejména agresivitu, aroganci a závistivost, pozitivní sebedůvěru, hrdost a impulsivnost.

Hromadící (křečkovský) charakter:

Tento charakterový typ se snaží akumulovat majetek, moc a lásku. Bojí se cokoli sdílet s druhými. Má sklon žít v minulosti a odmítá nové. K jeho negativním rysům patří to, že je rigidní, podezřívavý a zatvrzelý. Na druhou stranu je obezřetný, loajální a má specifický smysl pro spravedlnost: „Moje je moje a tvoje je tvoje!“

Tržní charakter:

Tento charakter vychází z toho, že hodnota každého objektu spočívá v jeho tržní ceně. Vše je pro něj zbožím, určeným ke směně. Záleží mu na působení dobrým dojmem a na vlivných známostech. Je schopen vykazovat nejpestřejší plejádu osobnostních vlastností, pokud tyto zvýší pravděpodobnost, že „půjdou na odbyt“. Podstata tržní orientace spočívá v neustálé schopnosti měnit postoje. Rozvíjejí se ty vlastnosti, které se aktuálně dají dobře prodat.

Nekrofilní charakter:

Nekrofilní charakter je přitahován a fascinován vším, co už není naživu, co je *mrtvé*. Nekrofilní jsou lidé, kteří rádi mluví o nemocech, o pohřbech, o smrti. „Když mluví o smrti, doslova ožijou.“ Nekrofilní osoba proto také miluje vše, co je *mechanické*. Je hnána touhou přeměnit organické na anorganické, dívá se na život z mechanického hlediska, jako by lidé byli věci. Spřízněna s tím je její dychtivost *jistoty, zákona a pořádku*. Jsou to chladní, odměření, oddaní stoupenci zákona a pořádku.

Autoritářský charakter:

Spojením receptivního a vykořisťujícího charakteru vzniká nový typ, pro nějž Fromm používá termín „autoritářský charakter“. Jde o období sadomasochistického charakteru, zejména tehdy, nejde-li o člověka neurotického, ale normálního. Tohoto člověka charakterizuje jeho vztah k autoritě. Miluje autoritu a má sklon se jí podřít. Současně však chce být autoritou sám a podřít si druhé. Tento charakter je podle Fromma lidským tmelem fašismu.

Automat konformity:

V demokratických společnostech hrozí především výskyt jakési „nutkavé konformity“. Jedinec přestane být sám sebou, vnitřně si osvojí model osobnosti, který mu nabízejí kulturní vzory, a stane se přesně takový, jako jsou ostatní a jak to od něho očekávají. Rozpor mezi jeho JÁ a světem zmizí a s ním i vědomý strach z osamělosti a bezmocnosti.

Produktivní orientace

Fromm rozpracoval rovněž některé myšlenky, které se týkají **produktivní orientace**. Produktivita je schopnost člověka používat své síly a realizovat možnosti (potenciality), které jsou v něm uloženy. Podmínkou toho je svoboda. Součástí produktivní orientace je **biofilie**, láska k životu. Ta se projevuje v *tvůrčivé orientaci*. Osobu, která plně miluje život, přitahuje sám proces života a sám růst ve všech možných oblastech. Dává přednost tvoření před zachováváním starého. Spíše než bezpečí miluje dobrodružnost života.

Produktivní charakter směřuje k dosažení **pozitivní svobody**, tj. k růstu *aktivního, kritického, zodpovědného JÁ*. Plnou realizaci pozitivní svobody spatřuje Fromm v rozvíjení spontaneity a individuality. Stručně řečeno: „*Pozitivní svoboda spočívá ve spontánní aktivitě celé integrované osobnosti*. Pozitivní svoboda obsahuje také zásadu, že neexistuje žádná vyšší moc než toto jedinečné individuální JÁ, že člověk je středem a cílem svého života; že růst a realizace lidské individuality je konečným cílem, který nemůže být nikdy podřízen cílům hodnotnějším.“

3.2.2 Karen Horneyová – sociokulturní teorie osobnosti

Stručný životopis

Karen Horneyová se narodila poblíž Hamburku v roce 1885. Její otec byl nábožensky založený námořní kapitán. Její matka byla atraktivní a svobodomyšlná Holanďanka. Byla o téměř 18 let mladší než její muž. Během studií na lékařské fakultě Freiburgské university se seznámila se studentem politologie Oskarem Horneyem, za kterého se v r. 1910 provdala a s nímž měla tři dcery. Doktorát medicíny obdržela na Berlínské universitě v r. 1915. Následujících pět let podstoupila psychoanalýzu a psychoanalytický výcvik v Berlínském psychoanalytickém ústavu. V roce 1932 se vystěhovala do USA. Nastoupila v Chicagském psychoanalytickém ústavu a po dvou letech přesídlila do New Yorku, kde vyučovala v Newyorském psychoanalytickém ústavu. V roce 1941 však byla – kvůli svým neortodoxním názorům na některé aspekty psychoanalýzy – zbavena v tomto ústavu práva výuky a výcviku. Záhy nato odešla a založila Americký psychoanalytický ústav, v jehož čele – ve funkci děkanky – stála až do roku 1952, kdy zemřela na rakovinu.

Doporučená četba

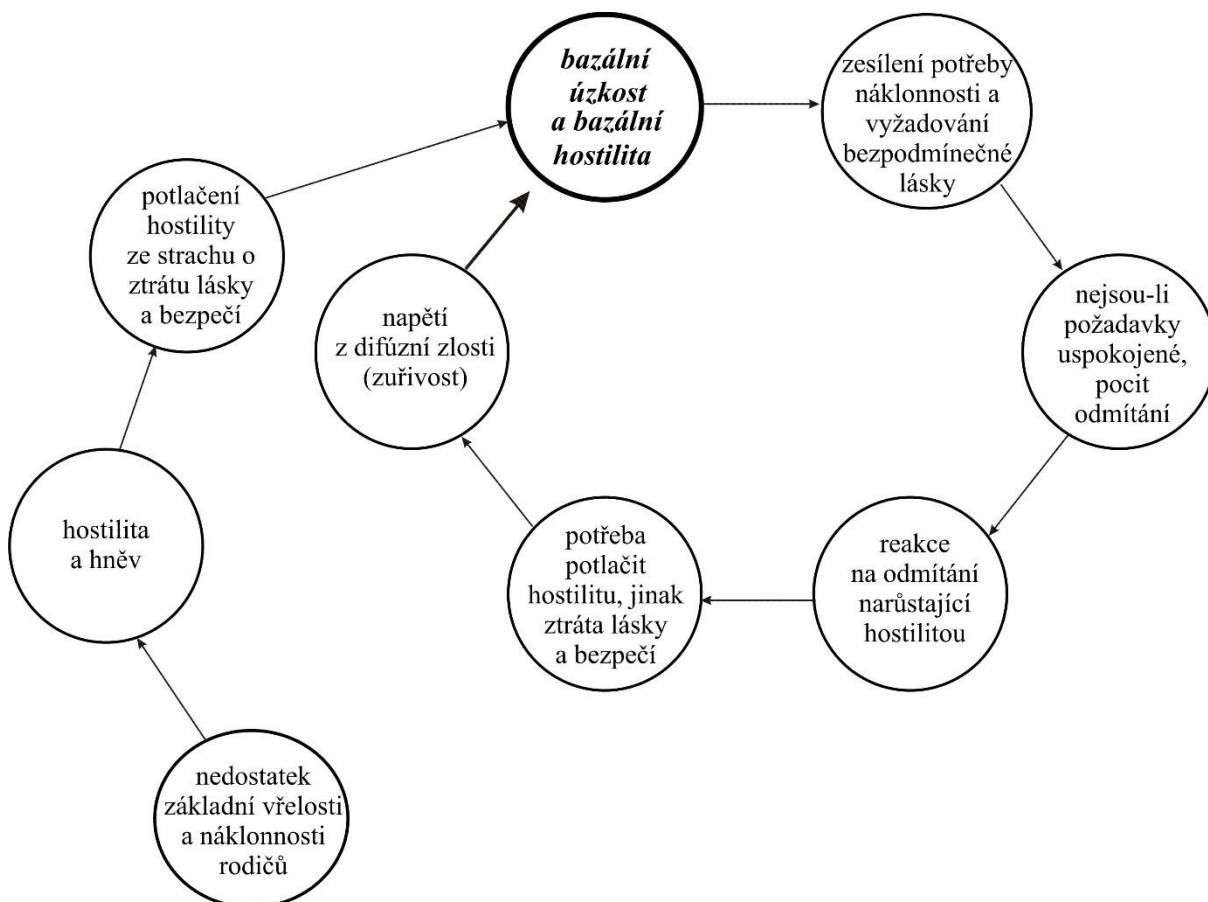
K. Horneyová. *Neuróza a lidský růst. Zápas o seberealizaci*. Praha: Triton, 2000.

Vývoj osobnosti

Horneyová souhlasí s Freudem v názorech týkajících se důležitosti zážitků v dětství na utváření a fungování dospělé osobnosti. Odmítá však Freudovu hypotézu universálních psychosexuálních etap vývoje. Podle jejího názoru mají klíčové místo v tomto období vztahy rodičů a dítěte. Dětství je podle ní charakterizováno řadou potřeb, mezi něž patří například jídlo, pití, spánek. Uspokojování těchto potřeb ale nehraje v utváření dětské osobnosti vážnější roli. Klíčovou roli zde má uspokojování dětské *potřeby bezpečí*. Dítě potřebuje cítit, že je milováno, že ho rodiče chtějí a že je chráněno před nebezpečným nebo dokonce přímo hostilním světem. V uspokojování této potřeby je přitom dítě zcela závislé na rodičích. Jestliže rodiče vykazují o dítě opravdový zájem a vřelost, uspokojují jeho potřebu bezpečí a ono se bude pravděpodobně vyvíjet zdravě. Není-li však tato potřeba saturována, bude vývoj pravděpodobně nezdravý, především neurotický. Horneyová zmiňuje některé formy chování rodičů, které frustrují potřebu bezpečí. Patří k nim například lhostejnost, nespravedlivé tresty, nepředvídatelné chování, zesměšňování dítěte, neplnění slibů a zjevné preferování některého sourozence. Na základě těchto forem chování se u dítěte vyvíjí postoj *bazální hostility*. Dítě prochází konfliktem mezi závislostí a láskou k rodičům na jedné straně a nenávistí k nim na straně druhé. Pod vlivem lásky, bezmocnosti, pocitů strachu a provinění dochází k potlačení a vytěsnění těchto nenávistných, hostilních postojů k rodičům. Tyto vytěsněné pocity se však projevují ve všech vztazích, které dítě zaujme k jiným lidem. V této situaci prožívá dítě tzv. **bazální úzkost**. Jako bazální úzkost označuje Horneyová pocit dítěte, že žije osamělé a bezmocné v nepředvídatelném a potenciálně nepřátelském světě. Je jí tedy pronikavý a intenzivní pocit nejistoty a strachu.

Etiologie neuróz

Horneyová nesdílela s Freudem názor, že je neuróza nevyhnutelnou součástí lidského života. Podle jejího názoru pramení neuróza z úzkosti a nejistoty v interpersonálních vztazích, zejména pak z bazální úzkosti dítěte. Z dítěte s nadměrnou bazální úzkostí tedy vyrůstá neurotický dospělý. Podle ní vyvolává bazální úzkost u dítěte zesílení potřeby být přijímáno a milováno. Je-li i tato zesílená potřeba frustrována, dochází k zesílení bazální hostility a následně i bazální úzkosti. Jde o jakýsi „začarovaný kruh“.



Obrázek 19 Vznik bazální úzkosti a bazální hostility podle K. Horneyové.

Podle: Horney, K. (2000). *Neuróza a lidský růst: Zápas o seberealizaci*. Praha: Triton.

Tři strategie redukce bazální úzkosti

Aby se jedinec vyrovnal s pocity nejistoty, bezmocnosti a hostility, které doprovázejí bazální úzkost a bazální hostilitu, užívá některé strategie. Horneyová utřídila tyto strategie redukce úzkosti do tří obecnějších kategorií. Každá z nich postihuje jednu interpersonální strategii umožňující jedinci, aby se cítil ve světě bezpečněji.

Pohyb směrem ke druhým – poddajný, konformní typ

Jde o styl interakcí s druhými, který je charakterizován závislostí, bezmocností a neprosazováním se. Osoba s tímto stylem je vedena iracionálním přesvědčením: „Vzdám-li se předem, nebude mi ubližováno.“ Tento typ potřebuje být milován, žádán, chráněn a veden

druhými. Do vztahů vstupuje proto, aby se necítil osamělý, bezmocný nebo nežádaný. Lze u něj proto mluvit o *neurotické potřebě lásky*, neboť jeho zvýšená potřeba lásky pramení z jeho potřeby bezpečí a jistoty.

Jeho poddajnost může nicméně maskovat jeho zadržovanou agresivitu. A tak, ačkoliv se může zdát, že zůstává skromně v pozadí, v něm může vřít hněv, zlost a hostilita.

Pohyb proti druhým – hostilní typ, expanze

Jde o kategorii, kterou nejlépe charakterizují dominance, hostilita a zneužívání druhých. Iracionální přesvědčení u těchto lidí zní: „Mám-li moc, nemůže mi nikdo ublížit.“ Tito lidé jsou přesvědčeni o tom, že druzí jsou agresivní a že život je boj všech proti všem. Každý vztah je proto vnímán především z perspektivy vlastního zisku.

Tento typ je schopen chovat se zdvořile a přátelsky, nicméně je cílem jeho chování vždy dosažení moci a nadvlády nad druhými. Jde mu vždy o zvýšení vlastní prestiže, pozice, o osobní ambice.

Horneyová rozlišuje tři typy expanze

Narcistický typ. Projevuje se vysokou sebedůvěrou a nemá žádné vědomé pochybnosti o sobě, o svém talentu a svých schopnostech.

Perfekcionistický typ. Projevuje pocity superiority založené na vysokých intelektuálních a morálních standardech. Druhé neustále pokládá za hloupé, nedokonalé, nemorální.

Arogantně pomstychtivý typ. Má zpravidla takové mimořádně špatné zkušenosti s lidmi, jakými jsou ponižování, odmítání či brutální zacházení. Je proto přesvědčen o tom, že druzí jsou nečestní a zlomyslní.

Pohyb směrem od druhých – odtahitý typ, rezignace

Tato globální strategie je adaptačním mechanismem lidí s iracionálním přesvědčením, že „Stáhnu-li se a uzavřu-li se do sebe, stanu se nezranitelným.“ Navenek se proto tento typ chová tak, jako by mu vůbec na ničem nezáleželo a o nic nešlo.

Tento typ se rozhodl, že se s nikým emocionálně nesblíží – v lásce, práci ani v zábavě. V důsledku toho postrádá skutečný zájem o druhé lidi, spokojuje se s povrchní zábavou a lehce proplová životem. Požaduje v životě soukromí, nezávislost a soběstačnost.

3.2.3 Harry Stack Sullivan – interpersonální teorie osobnosti

Stručný životopis

Harry S. Sullivan se narodil v roce 1892 v Norwich ve státě New York. Jeho rodiči byli irští katolíci, kteří se přistěhovali do USA z Irska. Z více dětí, které tito rodiče měli, přežil pouze Harry. Po ukončení studia medicíny nastoupil do nemocnice sv. Alžběty ve Washingtonu, kde se začal specializovat na psychiatrii. V této nemocnici se seznámil se některými psychiatry, kteří studovali u Freuda. V roce 1931 se přestěhoval do New Yorku, kde si otevřel soukromou praxi. Zde se seznámil s Karen Horneyovou, Erichem Frommem a dalšími členy institutu, který vedla Horneyová. Teoreticky se hlásil k vlivu sociálních antropologů a zpočátku rovněž k Freudově psychoanalýze. Tu později takřka úplně opustil. Dnes je H.S. Sullivan pokládán za prvního amerického psychiatra, který založil vlastní školu. Zemřel v roce 1949.

Doporučená četba

Sullivan, H.S. *The Interpersonal Theory of Psychiatry*. New York: Norton, 1953.

Pojetí osobnosti

Sullivan vytvořil školu, která je známá jako *interpersonální teorie psychiatrie*. Osobnost pokládá za „relativně stabilní vzorec opakujících se sociálních situací, které charakterizují lidský život“. Je výsledkem interpersonálních vztahů, které mají svůj počátek v dětství a trvají po celý život.

Způsoby prožívání

V procesu ontogeneze jedince dochází podle Sullivana k prožívání skutečnosti třemi zčásti odlišnými způsoby, které označuje jako prototaktické, parataktické a syntaktické. Tyto tři termíny mají společný kořen, jímž je řecké *tasso* (τάσσω) = řadit, pořádat. Jde tedy o tři odlišné formy pořádání zkušeností. V ontogenezi pak dochází k tomu, že v pokročilejších formách pořádání zkušenosti dochází k začlenění reziduí předchozích etap, takže například syntaktické (logické, pojmové) pořádání zkušeností má své kořeny v raných prototaktických (nelogických, nediferencovaných, předpojmových) zkušenostech dítěte.

Při narození začíná tzv. **prototaktické (prototaxické)** či nediferencované **prožívání**. Dítě prožívá pouze aktuální stav, neuvědomuje si žádné „předtím“ ani „potom“. Neuvědomuje si navíc ani sebe samé coby entitu, která je separovaná od ostatního světa. Jeho prožívání je tedy jakoby nekonečně spojené, není rozčleněno do logické sekvence. Zkušenost probíhá v sérii momentálních stavů, není postihována souvislost mezi minulostí a přítomností, přítomností a budoucností. Okolí je ztotožněno s různými pocity dítěte. Například matčin prs je vnímán různým způsobem. Dává-li mléko snadno a v přiměřeném množství, čímž redukuje biologickou potřebu hladu, je *celá situace* vnímána jako dobrá a uspokojující. Ve vztahu k poruchám má význam „zlý prs“, který je podáván *osobou, která je ve stavu úzkosti*. Dítě, které dosud nedovede diferencovat sebe od druhých a své pocity od jejich zdroje, prožívá úzkost společně s matkou.

Kolem druhého roku, kdy dítě již začíná rozlišovat události a poznávat jejich společné elementy, začíná období **parataktického (parataxického)** či asociačního **prožívání**. V tomto období začíná dítě spojovat události, které jsou si podobné nebo které se vyskytují – byť náhodně – spolu. Parataktické prožívání hraje důležitou roli i v životě dospělého člověka. Parataktický způsob myšlení má důležité místo v psychopatologii. Jedinec generalizuje své negativní zkušenosti v interpersonálních vztazích, zejména z raného dětství, do vztahů k lidem ze současného prostředí. Například iracionální negativní vztah k dospělým autoritám může být reminiscencí vztahu k panovačnému otci.

Třetí a nejvyšší úroveň prožívání je **prožívání syntaktické (syntaxické)**. Při něm dominuje logické a realistické myšlení. Podle Sullivana je předzvěstí této úrovně prožívání počátek řečového vývoje. Užívá-li dítě v roce či o něco později první slova, která mají obecný význam, začíná myslet syntakticky. Syntaktické myšlení umožňuje dosažení konsenzuální platnosti, při níž musí být používána logika a pojmové usuzování. Tato úroveň prožívání začíná dominovat někdy mezi čtvrtým a osmým rokem života.

Struktura osobnosti

Sullivan zavedl tři relativně trvanlivé aspekty osobnosti, jež označil jako *dynamismy, personifikace a self-systém*.

Dynamismus

Dynamismus je opakujícím se vzorcem chování, který je typický pro určitou osobu, a který slouží k uspokojení jejích potřeb nebo k redukci úzkosti. Lze ho chápat jako základní stavební element v interpersonální struktuře osobnosti, jako stereotypní způsob uspokojování potřeb nebo redukce úzkosti a tenzí. Jedním z nejranějších dynamismů je například tzv. somnolentní odloučení – jestliže je matka v tenzi a přenáší ji na dítě, nemá ono jinou obranu

než „obranu spánkem“ – dítě usíná. Patří sem i konformita, již jsme se – z jiného úhlu pohledu – věnovali v předminulé kapitole. Dítě je dopředu konformní s požadavky rodičů, aby předešlo úzkosti. Patří sem i nejrozmanitější formy obrany ega, s nimiž jsme se seznámili v části věnované S. Freudovi.

Personifikace

Personifikace je obrazem sebe nebo nějaké jiné osoby (zejména matky), který si vytvoříme na základě zážitku uspokojení nějaké důležité potřeby nebo navození úzkosti. Interpersonální vztahy, které mají za následek uspokojení potřeb, mají tendence dát vzniknout pozitivním obrazům/personifikacím; ty, které mají za následek úzkost, dávají naopak vzniknout negativním obrazům.

Prvními personifikacemi, které si dítě utváří, je **dobrá matka**, tedy matka, která uspokojuje dítě tím, že je krmí a poskytuje mu bezpečí, něhu a péči, a **zlá matka**, což je personifikace vzniklá na základě zkušenosti s matčinou úzkostí a hněvem. Protože si dítě vytváří tyto dvě personifikace v etapě prototaktického prožívání, nespojuje je v jednu. Rané personifikace mají podle Sullivana tendenci přetrvávat a působit po celý život a ovlivňovat naše postoje k jiným lidem.

Když dítě přechází do etapy parataktické, začíná rozlišovat sebe a druhé a vzniká u něj představa o něm samém. Personifikace **dobré Já** se vytváří na základě uspokojování potřeb a zážitků odměňování; ty vznikají již například při chválení dítěte za to, že dobře „papá“. Personifikace **zlé Já** vzniká na základě úzkosti vyvolané úzkostí matky, při jejím nesouhlasu s chováním dítěte, v důsledku trestů atp. Podobně jako personifikace matky se i personifikace dobrého a zlého Já postupně spojí do jednoho celku, představy Já (Self).

Kromě toho vzniká i personifikace, kterou Sullivan označil jako personifikaci **ne-Já**. Ta se vyvíjí na základě zážitků, které zanechávají velmi silnou úzkost, jako je například fyzické nebo duševní zneužívání. Protože tyto zážitky jsou hrozbou pro Já, jsou od něj disociovány a drží se mimo možnosti uvědomění. Je to oddělený systém, se kterým se u normálních lidí setkáváme jen při občasných „nočních můrách“. U lidí, kteří trpí vážnými duševními poruchami, je toto ne-Já naopak klíčovou realitou.

Self–systém

Některé dynamismy a personifikace se postupně sloučí do jednoho systému, který Sullivan označil jako self-sytém. Tento systém má dvě hlavní komponenty

3. *sebeobranný aspekt*, který je zapojen do obranných operací a vyvíjí se jako první (dynamismy)

4. *personifikaci Self (sebe)*, která se objevuje krátce poté, co se vytvořily rudimentární představy dobrého a zlého Já.

Protože úzkost vzniká velmi záhy v kontaktech mezi dítětem a matkou, vzniká u dítěte rychle potřeba vytvoření způsobů, jak se s ní vyrovnat. Obrana spánkem (somnolentní odloučení), o níž již byla řeč, má pouze omezenou platnost, a tak si dítě musí rychle vytvořit alternativní způsoby obrany. Jedním ze způsobů je přizpůsobení svého chování požadavkům matky (konformita). Jiným je například vyhnutí se percepce problémové situace *selektivní nepozorností*. Self–systém takto kontroluje ve značném rozsahu obsah uvědomění, tedy toho, o čem víme, na co myslíme, o čem mluvíme.

Ačkoliv tedy tento systém slouží z jedné strany užitečné funkci obrany proti úzkosti, případně její redukce, z druhé strany může působit rušivě. Čím více úzkostí jedinec prožívá, tím více je jeho self–systém zaplavený obranami a izolovaný od zbytku osobnosti. Může pak být například příčinou markantních rozdílů mezi personifikovaným Já (představou jedince o sobě vzniklou na základě efektivních způsobů obrany proti úzkosti) a mezi tím, jak ho vnímají druzí.

3.3 Humanistická a existenciální psychologie

Termín „*humanistická psychologie*“ razili v šedesátých letech teoretici osobnosti, kteří se za vedení Maslowa snažili prosadit alternativu ke dvěma hlavním proudům tehdejší americké psychologie, behaviorismu a psychoanalýze. Maslow sám hovořil o *third force psychology*. Stoupenci tohoto hnutí zastávali různá teoretická východiska; humanistická psychologie nikdy nebyla a není jednotnou teorií nebo systémem. Nicméně se její stoupenci hlásí k několika základním koncepcím člověka, které mají kořeny v evropském myšlení. Hlavním zdroje je *existenciální filosofie*.

Humanismus zdůrazňuje důstojnost a hodnotu lidské bytosti a její kapacitu k seberealizaci. Humanističtí autoři stojí v opozici jak k psychoanalytickému pesimismu (člověk je od přírody sobecký a agresivní), tak k behavioristickému pojetí člověka coby manipulovatelné bytosti (člověk je tím, co z něj udělají druzí). Neztotožňují se však ani s existencialistickým pojetím bezvýchodnosti života. Humanističtí teoretici věří, že v sobě máme potence k tvořivému a zdravému růstu. Jsme-li ochotni akceptovat odpovědnost za své vlastní životy a uplatníme-li tento potenciál, překonáme i negativní vlivy výchovy, vzdělání a dalších sociálních tlaků. Humanismus se zaměřuje na témata, se kterými se v jiných teoriích a systémech nesetkáme. Patří k nim například láska, tvořivost, růst, sebeaktualizace, vyšší hodnoty, stávání se sebou samým, spontaneita, hra, humor, náklonnost, přirozenost, vřelost, autonomie, odpovědnost, vrcholný zážitek, odvaha.

3.3.1 Abraham H. Maslow – humanistická teorie osobnosti

Stručný životopis

Abraham Harold Maslow byl nejstarším ze sedmi dětí nevzdělaných ruských židovských přistěhovalců do USA. Narodil se v roce 1908 v newyorské čtvrti Brooklyn. Zajímavou okolností jeho života je jeho vztah k rodičům. Maslow velmi intenzivně nenáviděl svoji matku. Popisoval ji jako hrubou, nevzdělanou, zlou osobu, která nikdy neměla pro své děti ani trochu citu. Jeho nenávisť byla tak silná, že jí dokonce odmítl jít i na pohřeb. K otci měl po celé dětství rovněž značně negativní vztah. V pozdějším věku se s ním však usmířil a mluvil o něm s láskou.

Maslow vystudoval psychologii na University of Wisconsin. Jeho doktorská práce se týkala sexuálního a dominantního chování v kolonii opic. Po ukončení studia přešel Maslow na krátký čas na Columbia University a poté na Brooklyn College, na které setrval dalších 14 let. V New Yorku se v té době setkával s prominentními evropskými intelektuály, kteří imigrovali do USA (Fromm, Adler, Horneyová, Wertheimer). V této době podstoupil rovněž psychoanalýzu.

V roce 1951 byl povolán na Brandeis University coby vedoucí katedry psychologie. V roce 1961 se vzdal vedení katedry, ale působil na ní nadále coby profesor psychologie až do roku 1969. V tomto roce mu bylo uděleno prestižní neakademické místo nezávislého badatele v W. P. Laughlin Charitable Foundation v Melo Park v Kalifornii. Zde se chtěl věnovat problematice demokratické politiky, ekonomie a etiky. Své plány však nestačil realizovat. V roce 1970 zemřel na srdeční infarkt.

Maslow byl za svého života pokládán za čelního představitele americké psychologie. Založil dva časopisy, věnující se problematice humanistické a transpersonální psychologie: *Journal of Humanistic Psychology* a *Journal of Transpersonal Psychology*.

Doporučená četba

Maslow, A.H. *Motivation and Personality*. New York: Harper & Row, 1954. (3rd ed. 1987)
Maslow, A.H. *Toward a Psychology of Being*. 2nd ed. New York: Van Nostrand, 1968.

Holisticko-dynamický přístup k osobnosti

Maslow se pokusil o formulaci *pozitivní* teorie lidské motivace, která by umožnila systematizovat a vysvětlit klinická i výzkumná data. Tuto teorii charakterizuje jako teorii integrující *funkcionalistickou tradici* (James, Dewey), *holismus* (Wertheimer, Goldsteina, Gestalt Psychologie) a *dynamické učení* Freuda a dalších (Adlera, Junga, Fromma, Horneyové). Svoji syntézu označuje jako *holisticko–dynamickou teorii*.

Zkoumáme-li pozorně běžné tužby, tak jak se nám jeví v našem vědomí, zjistíme zpravidla, že jde vlastně o *prostředky k cílům*, nikoli o cíle samy. Chceme například peníze, abychom si koupili automobil. Při bližším zkoumání však zjistíme, že chceme automobil proto, že náš soused ho má a my se nechceme cítit méněcenní – chceme si tedy udržet úctu ve vlastních očích i v očích druhých.

Co je zřejmé při této hlubší analýze je, že se vždy dostaneme k určitým cílům či potřebám, za které již nelze dál postoupit. Ty se zdají být cíli samými o sobě, cíli, které nepotřebují další ospravedlňování. Tyto cíle však zpravidla nelze odhalit přímo analýzou obsahů vědomí, jsou vyvozené z těchto vědomých tužeb. Dobrá teorie motivace se proto podle Maslowa zřejmě neobejde bez zkoumání *nevědomého* života.

Vědomá touha nebo motivované chování mohou být navíc vyjádřením *jiných neuvědomovaných cílů*. Příkladem může být sex. Na vědomé úrovni si mohou různí jedinci myslet, že jim jde pouze o sexuální uspokojení. Ve skutečnosti však může jít u různých jedinců o odlišné nevědomé cíle. U jednoho může jít o potřebu stvrzení svého mužství, u jiného učinit dojem, u dalšího o potřebu přiblížit se partnerce, o potřebu bezpečí, lásky, přátelství nebo o jakoukoliv jejich kombinaci.

Je tedy obvyklé, že vědomá tužba má více než jednu nevědomou motivaci.

Hierarchie potřeb

Člověk je přitom tvorem, který *neustále* po něčem touží, je neustále motivován. Jakmile je jedna potřeba uspokojena, probouzí se jiná. V tomto smyslu touha po něčem může znamenat, že máme uspokojeny touhy, které tuto touhu předcházely. Potřeby tedy mají určitou posloupnost či – slovy Maslowa – *hierarchickou strukturu*. Maslow přitom rozlišil pět základních druhů potřeb – od fyziologických až po specificky lidské. Jejich hierarchické uspořádání představuje obrázek.



Obrázek 20 Hierarchie potřeb podle A. Maslowa.

Podle: Maslow, A. (1954). *Motivation and Personality*. New York: Harper & Row.

Nejvyšší místo v této hierarchii zaujímají potřeby sebeaktualizace. Podle Maslowa lze ukázat, že i když jsou všechny předchozí potřeby uspokojeny, probudí se nová nespokojenost a nový neklid, *nedělá-li* člověk to, k čemu je *on*, individuálně, uzpůsoben. Muzikant musí dělat hudbu, malíř musí malovat, básník psát básně. Člověk musí nakonec vždy zůstat věrný své přirozenosti.

Potřebu sebeaktualizace je tedy možno chápat jako potřebu aktualizovat to, čím člověk potenciálně je. Jde o vnitřní potřebu člověka stávat se sebou samým, stávat se stále více tím, čím je od přírody, tím, čím je schopen se stát. Specifická forma těchto potřeb je značně variabilní. Někdo může toužit po tom být ideální matkou, jiný po tom, být skvělým sportovcem, malířem, badatelem, vynálezcem. Právě na této úrovni existují mezi lidmi největší rozdíly.

Osm způsobů sebeaktualizace

Maslow studoval některé lidi, které pokládal za plně aktualizované. Patřili mezi ně například A. Lincoln, T. Jefferson, A. Einstein, W. James, A. Schweitzer, A. Huxley, B. Spinoza, W. Goethe, B. Franklin, T. Moore a další. Na základě těchto studií předložil mimo jiné i několik rad, jak dosáhnout tohoto stavu, jak být sám sebou. Zde jsou některé z nich:

- Prožívejte věci naplno, živě, nesobecky; vrhněte se do zážitku, plně se na něj soustředte, nechte se jím zcela pohltnout.
- Život je neustálý proces voleb mezi bezpečím a rizikem; v zájmu růstu volte alespoň tucetkrát denně riziko.
- Nechte, ať se projeví vaše self. Zkuste se vyhnout vnějším informacím o tom, co byste si měli myslet, cítit, říkat atp. a umožněte vašemu prožitku, aby vám řekl, co vlastně skutečně cítíte.
- Pochybujete-li, buďte čestní. Nazřete-li do svého nitra a jste-li čestní, převeďte za sebe odpovědnost — a převzetí odpovědnosti je sebeaktualizační.

- Poslouchejte svůj vlastní vkus (buďte ale současně připraveni na to, že budete nepopulární).
- Využívejte vlastní inteligenci. Pracujte tak, abyste věci, které chcete dělat, dělali dobře, ať jde o cokoliv.
- Napomáhejte vzniku vrcholných zážitků.
- Zbavte se iluzí o sobě. Zjistěte, v čem nejste dobří, jaké potenciály nemáte.
- Zjistěte, co se vám líbí a co ne, co je pro vás dobré a co špatné, kam směřujete a jaké jsou vaše limity. Otevřete-li se takto sami sobě, podaří se vám identifikovat své obrany – a pak najdete i odvahu se jich vzdát.

3.3.2 Carl Rogers – nedirektivní terapie

Stručný životopis

Carl Ransom Rogers se narodil v roce 1902 v chicagské předměstské čtvrti Oak Park jako čtvrté z šesti dětí, z nichž pět bylo kluků. Jeho otec byl poměrně úspěšný inženýr, takže celé dětství byla rodina velmi dobře situována. Když bylo Carlovi dvanáct let, přestěhovala se rodina na farmu západně od Chicaga. Carl se po skončení střední školy rozhodl studovat zemědělství. Po roce však změnil zemědělství za teologii a z teologie přešel na historii (B.A. získal z historie). Druhý cyklus zaměřil na pedagogickou a klinickou psychologii.

V roce 1939 byl na základě své práce *The Clinical Treatment of the Problem Child* (Boston: Houghton Mifflin, 1939) jmenován profesorem na katedře psychologie Ohio State University. Poté pracoval postupně na více akademických i neakademických místech. Zemřel na srdeční atak v roce 1987.

Během svého života se mu dostalo mnoha poct a uznání. Mezi psychology je znám nejen coby autor specifické teorie osobnosti, ale i svojí *metodou terapie*, již označil jako „nedirektivní“ či „na klienta zaměřenou“. Tato forma terapie má užší vztah k psychologii než k medicíně. Zřejmě i proto dosáhla mezi psychology a poradci (školními, profesními, sociálními) značné obliby a rozšíření. Navíc nevyžaduje dlouhá léta výcviku, lze se ji poměrně snadno naučit a výsledky její aplikace se dostávají zpravidla již po několika sezeních.

Rogers byl rovněž jedním z prvních terapeutů, kteří se snažili nepředpojatě zjistit, zda je jejich terapie opravdu efektivní. Proto poskytoval nahrávky svých sezení výzkumníkům – a to údajně s odvahou, která neměla v té době (šlo o 40. léta) obdoby. Tyto výzkumy nejen prokázaly efektivitu nedirektivní terapie, ale rovněž přispěly k porozumění procesu psychoterapie.

Doporučená četba

Rogers, C.R. *Ako byt' sám sebou*. Bratislava: IRIS, 1996.

Rogers, C.R. *Způsob bytí*. Praha: Portál, 1998.

Struktura a dynamika osobnosti

Rogers nevěnuje příliš pozornosti trvanlivým složkám osobnosti. V centru jeho pozornosti je změna a růst osobnosti. Mezi hlavní dynamické pojmy patří v jeho teorii *tendence k aktualizaci* a *tendence k sebeaktualizaci*. Dále operuje s několika pojmy, které mají strukturální charakter. Jsou jimi *organismus*, *fenomenální pole* a *self*.



Obrázek 21 Vztahy mezi základními procesy u C. Rogerse.

Podle: Rogers, C.R. (1998). *Způsob bytí*. Praha: Portál.

Organismus je uspořádaným celkem, který plní dvě základní funkce: **usiluje o aktualizaci a přijímá prožitky**. Organismus je centrem *tendence k aktualizaci*. K aktualizaci dochází v procesu uspokojování potřeb. Organismus je rovněž psychofyzickým *základem všeho prožívání*.

Podle Rogerse je veškeré chování usměřňováno a energetizováno jedním jediným motivem, který označuje jako *tendenci k aktualizaci*. Tuto tendenci definuje jako „vrozenou tendenci organismu k rozvíjení všech potencialit způsobu, které slouží integraci a růstu osoby.“ Všechny další motivy jsou podřízené této základní tendenci.

Na úrovni psychické osobnosti (self) hovoří Rogers o *sebeaktualizační tendenci*, tedy o celoživotní tendenci směřující k dosažení úplného rozvoje vlastního Já, o tendenci stát se sebou samým. Sebeaktualizaci přitom nechápe jako nějaký konečný stav, ale jako proces neustálého, nikdy nekončícího úsilí o rozvoj těch potencialit, které slouží k integraci a růstu self. Mezi ně patří především autonomie, tvořivost, odpovědnost a láska.

Vědomé hodnocení a nepodmíněné kladné sebepřijetí

Organismus reaguje na jevy, které vedou k jeho aktualizaci, tedy k integraci a růstu, pozitivně, a naopak na ty jevy, které směřují proti této tendenci, negativně. Rogers hovoří o organismickém hodnocení jevů.

Hodnocení na úrovni vědomého self má složitější podobu. Rogers postuluje v této souvislosti existenci potřeby kladného přijímání, která má dvě základní formy:

- potřeby kladného přijetí druhými
- potřebu kladného přijetí sebou samým (sebeapřijetí)

Každý člověk má potřebu zažívat přijetí, respekt, vřelost a lásku od lidí, kteří jsou pro něj důležití (včetně sebe sama). Ve většině případů zažíváme pozitivní reakce druhých jako odměny za naše chování. Rogers zdůrazňuje, že osvojení si norem a hodnot společnosti a řízení se jimi je pro rozvoj jedince za normálních okolností prospěšné. Jedinci však současně vždy hrozí, že se stane zvnějšku řízeným „objektem“, který nerozvíjí vlastní autonomii opřenou o principy vnitřního, organismického hodnocení událostí.

Proto je pro Rogerse důležité tzv. *nepodmíněné přijetí*, tedy láska a kladné city, které jedinec dostává nezávisle na svém chování. Na základě nepodmíněného kladného přijetí celé jeho osobnosti druhým člověkem dochází u jedince k rozvoji *kladného sebepřijetí*.

Fenomenální pole, self a autentické uvědomování prožitků

Z organismu se vyděluje sféra prožívání, kterou Rogers označuje jako fenomenální pole. Fenomenální pole tedy tvoří úhrn všech prožitků, vědomých i nevědomých, uvědomovaných i neuvědomovaných. Tato „psychologická realita“ je *jedinou realitou*, která pro jedince existuje. Tento svět zkušenosti zná pouze daný jedinec.

Na základě diferenciací určité oblasti fenomenálního pole vzniká Self, jehož důležitou součástí je sebeapojetí. Sebeapojetí zahrnuje jednak informace o tom, jaký jedinec je (*reálné Já*), jednak o tom, jaký by chtěl nebo měl být (*ideální Já*).

Self registruje prožitky, které probíhají v organismu, a převádí je k uvědomění v procesech *symbolizace*. Symbolizace prožitků však může být v nepřesná.

Rogers hovoří celkem o třech formách symbolizace:

- prožitky jsou symbolizovány přesně a přijaty jako součást Já
- prožitky jsou symbolizovány zkresleně
- prožitky jsou popřeny, protože svoji povahou skladbě Já neodpovídají

Je-li symbolizace přesná, hovoří Rogers o **kongruenci**. Kongruencí v širším slova smyslu Rogers rozumí

- uvědomování si pocitů
- schopnost jejich prožití
- schopnost jejich vyjádření (je-li to vhodné).

Je-li shoda neúplná, nepřesná, nebo je-li dokonce symbolizace značně odlišná od prožitků organismu, hovoří o **inkongruenci**. Příčinou inkongruence je *úzkost*, která podle Rogerse vzniká v důsledku rozporu mezi sebepojetím a prožitkem. Úzkost je reakcí na hrozbu ztráty pozitivního sebepřijetí a sebeúcty. Jedinec reaguje na úzkost *zkreslenou symbolizací* nebo *popřením*, tj. nevpuštěním hrozící události do vědomí.

Osobní růst a interpersonální vztahy

Vysoká míra kongruence je známkou duševního zdraví jedince, nízká míra svědčí naopak o patologii. Rogers proto v terapii, ale i v interpersonálních vztazích, ve vztazích učitelů a studentů atp., zdůrazňuje některé principy, které napomáhají zdravému růstu osobností interagujících jedinců. Patří mezi ně zejména tyto:

- 1) **Kongruence**: Jedinec by měl usilovat o to, aby symbolizovat (tj. uvědomovat si) své prožitky přesně, a tyto prožitky následovně i autenticky vyjádřit. Když cítí strach, měl by si to přiznat a neměl by se tvářit, že se nebojí; když něco neví, neměl by před sebou a druhými předstírat opak.
- 2) **Empatie**. Jedinec by se měl snažit porozumět intuitivně prožívání druhého a napomoci mu – je-li to třeba – k přesnějšímu uvědomování si jeho vlastních prožitků.
- 3) **Bezpodmínečné pozitivní přijetí**. Jedinec by měl přijímat druhého nezávisle na jeho chování a názorech, prostě proto, že je lidskou bytostí. Neměl by své přijetí podmiňovat tím, že se druhý bude chovat v souladu s jeho názory, požadavky atp.
- 4) **Důvěra ve svůj organismus**. Jedinec by měl uvěřit svému organismickému hodnocení událostí, své intuici, i tomu, že je od přírody dobrý a že se nemusí neustále hlídat a kontrolovat ze strachu, aby se neukázalo, jaký „opravdu“ je.
- 5) **Bezpodmínečné kladné sebepřijetí**. Díky těmto zkušenostem začne jedinec přijímat sebe sama a získá odvahu být sebou samým.
- 6) **Vnitřní centrum hodnocení**. Jedním z důsledků je, že přestane být závislý na hodnocení ostatních. („Je jen jeden člověk, který ví, že to, co dělám, je čestné, opravdové, upřímné a poctivé, nebo falešné, neupřímné, nepoctivé – a tím člověkem jsem já sám.“)
- 7) **Existence**. Lidé, kteří se stávají sebou samými, jsou spokojenější, jsou-li spíše *procesem* než *produktem*. Když vstupuje klient do vztahu, touží zpravidla po dosažení nějakého kladného stavu. Chce například vyřešit své studijní problémy, být úspěšný v práci nebo mít dobré manželství. Postupně od těchto cílů upouští a uvědomuje si, že není fixní entitou, ale procesem stávání se, že nic nemá konec, že □□□□□□□□□□

3.3.3 Viktor E. Frankl – existenciální analýza a logoterapie

Stručný životopis

V.E. Frankl se narodil 26.3. 1905 ve Vídni jako druhé ze tří dětí. Jeho otec pocházel z jižní Moravy, maminka pocházela z pražského patricijského rodu. Frankl vystudoval lékařství a



specializoval se na psychiatrii. Krátce byl v kontaktu s S. Freudem, později se však stal členem Adlerova Spolku pro individuální psychologii. Adler jej však ze svého spolku pro názorové rozdíly v roce 1927 vyloučil.

Frankl vypracoval vlastní směr, ve kterém rozlišuje existenciální analýzu a logoterapii. *Existenciální analýza* je jím definována jako antropologický výzkumný směr. Teoretické principy tohoto výzkumného směru nesou – kromě vlivu Freuda a Adlera – silné známky fenomenologického myšlení Maxe Schelera a existencialismu Gabriela Marcela. Spojuje ho s nimi i silný *theismus*. *Logoterapii* definuje Frankl jako psychoterapeutickou metodu. Franklova logoterapie je pokládána za „třetí vídeňskou školu psychoterapie“. Frankl postavil vedle Freudova principu slasti a Adlerova principu vůle k moci „*vůli ke smyslu*“.

Během druhé světové války byl V.E. Frankl internován v různých koncentračních táborech, zejména v Terezíně a Osvětimi. V těchto táborech mu zemřeli oba rodiče, bratr a manželka. Frankl své zážitky z koncentračního tábora sepsal ještě v roce 1945 v knize „A přesto říci životu ano“. Po ukončení války se stal na 25 let přednostou Vídeňské neurologické kliniky. Současně působil jako profesor pro neurologii a psychiatrii na Vídeňské universitě a jako profesor logoterapie na United States International University v Kalifornii. Obdržel celkem asi 30 čestných doktorátů (Dr.h.c.), mimo jiné i Karlovy university (v roce 1996). Zemřel v roce 1996.

Doporučená četba

Frankl, V.E. *Vůle ke smyslu*. Brno: Cesta, 1994.

Frankl, V.E. *...A přesto říci životu ano*. (Psycholog prožívá koncentrační tábor.) Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 1996.

Frankl, V.E.: *Lékařská péče o duši*. (Základy logoterapie a existenciální analýzy.) Brno: Cesta, 1996.

Existenciální analýza

Člověka bychom mohli podle Frankla definovat jako takovou bytost, která se osvobozuje od toho, čím je určena. Člověk je přitom určen ve třech hlavních dimenzích, jimiž jsou

- fyzická, biologická, somatická
- psychologická, duševní
- sociální, sociologická.

To jsou dimenze *osudu*. Vedle těchto tří dimenzí staví Frankl čtvrtou, již označuje jako duchovní, noologickou či noickou. Je to dimenze *svobody*, modus existence.

První dimenze (zejména první dvě) má člověk společné se zvířaty. Ať již jakkoliv převyšuje a zatlačuje jeho lidská podstata (čtvrtá dimenze) jeho podstatu zvířecí, nepřestává být člověk nikdy také zvířetem. Je to tato čtvrtá dimenze, dimenze svobody, co z něj činí člověka. Svoboda přitom není svobodou *od* podmínek, ať již biologických, psychologických nebo sociálních, ale svobodou *k zaujetí stanoviska* vůči všem podmínkám. Člověk se tak stává v tomto pojetí člověkem pouze tehdy, podaří-li se mu povznést do dimenze svobody.

Svoboda, smysl a odpovědnost:

Existenciální analýza se snaží přivést člověka především k *vědomí odpovědnosti*. Vědomí odpovědnosti je základem lidské existence. Odpovědnost znamená vždy *odpovědnost vůči smyslu*. Odpovědnost charakterizují dva atributy: je současně *hrozná* i *nádherná*.

Hrozná je vědět, že v každém okamžiku nesu odpovědnost za okamžik následující; že každé rozhodnutí je rozhodnutím „na celou věčnost“, to malé stejně jako to velké; že v každém okamžiku uskutečňuji nebo ztrácím nějakou možnost, možnost právě toho jediného

okamžiku. Všechny ostatní možnosti jsem tím ale také už současně zavrhl, odsoudil k nebytí, a to také „na celou věčnost“.

Nádherné je vědět, že má vlastní budoucnost i budoucnost ostatních lidí a věcí kolem mne závisí – i když třeba pouze v malé míře – na mém aktuálním rozhodnutí. Co tímto rozhodnutím skutečným, co jím „stvořím do světa“, to zachraňuji do skutečnosti a zachraňuji před pomíjivostí.

Klíčovou odpovědností je pak *odpovědnost vůči smyslu vlastního života*. Frankl se tuto myšlenku snaží přiblížit tímto příkladem: Představme si mladého člověka, který vystudoval medicínu a stal se lékařem a později přijal nabídku finančně velmi lukrativního postavení. Předpokládejme ale také, že tento muž má talent pro nějaký speciální obor, k němuž mu toto postavení neumožňuje žádný přístup. Jakkoli zámožný, jakkoli zdánlivě šťastný, uprostřed domova zařízeného podle libosti, ve vlastním domě, s drahým, luxusním vozem a s nákladným způsobem života musel by tento muž podle Frankla pokládat svůj život za nějak pochybený a musel by si jednou přiznat, že „Ten, kým jsem, zdraví smuten toho, kým jsem mohl být.“ Tento muž nenašel *smysl svého života, nenaplnil sama sebe*.

Existenciální frustrace a logoterapie

Nenaplnění této potřeby smyslu vede k tzv. *existenciální frustraci*. Tato frustrace vzniká tehdy, pochybuje-li člověk o smyslu své existence, stane-li se smysl jeho života sporný, nebo přestává-li dosavadní smysl platit a člověk najednou neví, co dál.

Určitou terapii proti existenciální frustraci se snaží nabídnout *logoterapie*. *Logos* (λογος) zde neznamena *slovo*, ale *smysl*. Logoterapie se nesnaží frustrovanému jedinci vnutit nějaký vyšší smysl, ale snaží se mu pomoci nalézt a realizovat smysl jeho vlastní existence.

Realizace smyslu vlastního života, vždy jedinečného, spočívá v realizaci *hodnot*. Proti zaměření na vlastní uspokojení a štěstí staví Frankl zaměření na dosahování vyšších cílů a těch hodnot, které jedince přesahují. Frankl zdůrazňuje, že se štěstí dostavuje snad vždy spíše jako vedlejší důsledek plnění nějakého nadindividuálního úkolu než jako důsledek úsilí o dosažení štěstí. Objevení potřebnosti a užitečnosti vlastního života pro jiné lidi a pro nadosobní cíle vytváří kromě toho i předpoklady pro snášení *utrpení*.

Hledání smyslu v životě je hlavní odpovědností člověka. Smysl však nelze do života uměle vložit. Je přítomen v každé situaci, s níž se člověk setkává. Životní smysl není abstraktní, ale tak konkrétní, jako situace sama. Člověk musí být otevřen situacím, s nimiž se setkává, a odkrývat ten smysl, který každé jednotlivé situaci odpovídá. Podle Frankla smysl své existence tedy nevymýšlíme, nevynalézáme, ale *objevujeme*. Frankl mluví o *noodynamice*. Člověk nepotřebuje pouze redukovat své tenze, ale především *duchovní dynamiku* v polarizovaném poli napětí, kde jedním pólem je smysl, čekající na naplnění, a druhým pólem člověk, který jej musí naplnit.

3.4 Psychologie typů

3.4.1 Eysenckova teorie osobnosti

Stručný životopis

Hans J. Eysenck se narodil v Německu v roce 1916. Jeho rodiče byli umělci – matka byla filmovou herečkou, otec divadelním a kabaretním hercem. Vídal je velmi skrovně, jeho výchovu zajišťovala babička.

Po nástupu Hitlera k moci odmítl Eysenck nastoupit do armády a vystěhoval se nejprve do Francie, kde studoval francouzský jazyk a literaturu na universitě v Dijon, pak do Anglie, kde nejprve studoval anglický jazyk a literaturu na universitě v Exeter, později přestoupil do

Londýna, kde začal studovat na radu svého známého psychologii. V Londýně studoval u Cyrila Burta, jednoho z nejvýznamnějších psychologů té doby.

Po získání PhD v roce 1940 nastoupil v roce 1942 jako výzkumník do Mill Hill Emergency Hospital. Výzkum, který zde konal s vojáky, kteří bojovali ve II. světové válce, tvoří základ jeho knihy *Dimensions of Personality*. Na konci války nastoupil jako psycholog do Maudsley Hospital (v Londýně), kde realizoval další výzkum, který tvoří základ jeho další významné práce (*The Scientific Study of Personality*). V roce 1950 se stal vedoucím katedry psychologie na Psychiatrickém institutu londýnské university, kde v roce 1955 získal profesuru. V tomto období napsal svoji další významnou práci *The Structure of Human Personality*.

Eysenck byl velmi plodným autorem, sepsal více než 40 knih a cca 600 článků a kapitol. Zemřel v roce 1997.

Doporučená četba

Eysenck, H.J. *The Scientific Study of Personality*. London: Routledge and Kegan Paul, 1952.

Typy, rysy, učení

Eysenck je v určitém slova smyslu zvláštním autorem. Na jednu stranu hlásá názor, že základní osobnostní charakteristiky a inteligence jsou z podstatné části zděděné, na druhou stranu hlásá, že je veškeré chování osvojené, naučené v průběhu individuální historie.

Eysenck stojí současně zčásti v táboře teoretiků konstitučních typů osobnosti, kteří zkoumají biologické základy osobnosti (Kretschmer, Sheldon), zčásti v táboře těch, kteří zkoumají osobnostní rysy metodou faktorové analýzy (Cattell, Goldberg), zčásti v táboře teoretiků učení (Pavlov, Skinner, Wolpe).

Definice osobnosti

U Eysencka je osobnost něco objektivně materiálně existujícího. Podle jeho definice „Osobnost je víceméně stabilní a trvalá organizace charakteru, temperamentu, intelektu a těla osoby, určující její jedinečné přizpůsobení okolí“ (1960).

Intelekt (inteligenci) chápe Eysenck jako vrozenou mentální schopnost, ve které se sjednocují tři aspekty:

- schopnost abstraktního myšlení
- schopnost učit se
- schopnost přizpůsobit prostředky cílům.

Charakterem rozumí systém zaměřených akčních tendencí. Je úzce spojen s pojmem vůle. Lze ho pokládat za relativně trvalou psychofyzickou dispozici k inhibování instinktivních impulsů v souladu s regulačními principy.

Temperament se týká emocionality jedince, zejména jeho citlivosti k emocionálním podnětům, obvyklé síle a rychlosti reakcí, převládajícího druhu nálad a zvláštností týkajících se fluktuace a intenzity emocí.

Pokud jde o *tělo* osoby, nevěnoval se Eysenck výzkumně somatotypům, i když s nimi často pracoval (například se Sheldonovými somatotypy); zaměřil se především na výzkum některých oblastí mozku, které podle něj determinují vlastnosti intelektu, charakteru a temperamentu.

V souvislosti s výzkumy osobnosti se zaměřil především na temperament.

Temperament

U *temperamentu* Eysenck rozlišuje tři základní typy, z nichž první dva jsou bipolární:

1. Podle zaměřenosti se rozlišuje:
Extravert: nasměřovaný vně, do společenského života; je společenský, hovorný, aktivní, bezstarostný, impulsivní.
Introvert: nasměřovaný do vlastního nitra; je nespolečenský, tichý, pasivní, obezřetný, rozvážný.

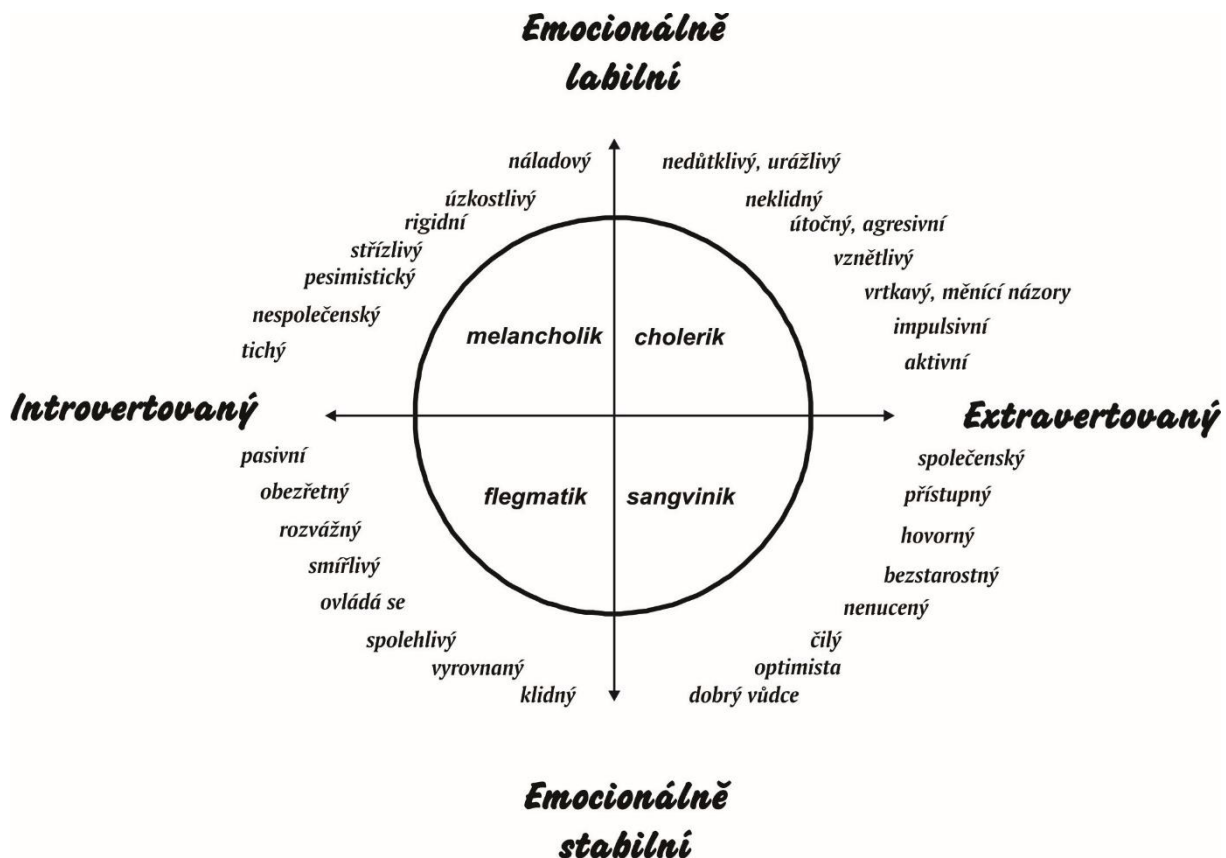
2. Podle průběhu (proměnlivosti) a trvanlivosti emocí se rozlišují:
Emocionální labilita: citová nestálost, neklid, náladovost, úzkostnost, dělání si zbytečných starostí a vykazování neurotických příznaků.
Emocionální stabilita: citová vyrovnanost, stálost, klidnost.

3. **Psychotismus:** jde o unipolární škálu, většina lidí v ní dosahuje nízkých hodnot. Jedinec s vysokým skórem *psychoticismu* je charakterizován například těmito vlastnostmi:

- je samotářský, nezajímá se o druhé lidi
- je problémový, nezapadající
- odmítá akceptovat společenské zvyklosti
- v interakcích je neosobní; preferuje „neosobní“ sex.
- je senzacechtivý
- má zálibu v divných, neobvyklých věcech
- nedbá nebezpečí, zbytečně riskuje
- rád dráždí druhé a dělá si z nich „blázny“
- je hostilní, agresivní
- je krutý, nehumánní, necitlivý.

Dimenze a typy

Eysenck dospěl na základě kombinace dvou základních dimenzí temperamentu k definici čtyř klasických typů osobnosti, jimiž jsou melancholik, choleric, flegmatik a sangvinik.



Obrázek 22 Eysenckovy dimenze osobnosti.

Upraveno podle: Říčan, P. (1975). *Psychologie osobnosti*. Praha: Panorama.

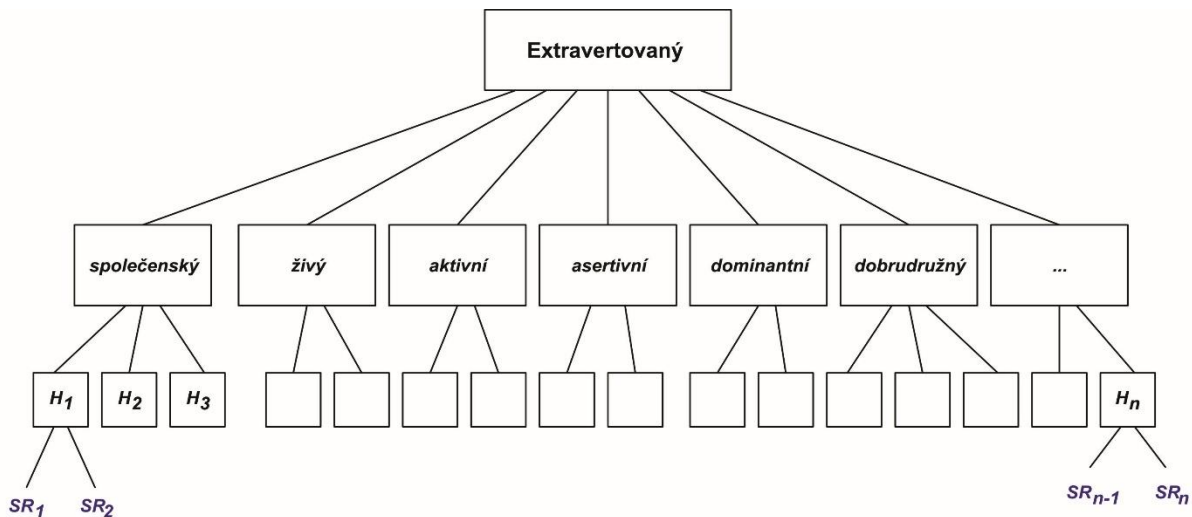
Například emocionálně labilní extrovert vykazuje charakteristiky, které jsou připisovány cholericovi: je to nedůtklivý, urážlivý, vznětlivý, impulsivní člověk.

Geny a učení

Eysenck se současně pokusil integrovat přístupy zdůrazňující vlivy genů s přístupy zdůrazňujícími vlivy učení. Podle jeho teorie jsou základní dimenze (neuroticismus, extravertovanost) do značné míry dané geny. Například introverti se liší od extrovertů v tom, že mají mnohem intenzivněji aktivovanou mozkovou kůru zevnitř (působením ARASu), a proto se podnětům z vnějšku spíše vyhýbají (aby se vyhnuli příliš silné aktivaci). Extraverti vyhledávají podněty ve vnějším prostředí proto, aby si navodili optimální úroveň aktivace mozkové kůry.

Avšak konkrétní způsoby, jak si navodit optimální úroveň aktivace, nebo jak se vyhnout příliš silným dávkám aktivace, jsou závislé na konkrétních podmínkách a tedy i na výsledcích minulých zkušeností a minulého učení.

Eysenck se pokusil tuto hypotézu objasnit pomocí tohoto obrázku



Obrázek 23 Hierarchie rysů podle H. Eysenck.

Podle: Eysenck, H.J. (1970). *The structure of human personality*. London: Methuen.

Na vrcholu této hierarchie je rys, který je do značné míry vrozený (extravertovanost). Ten se projevuje v řadě rysů nižší úrovně (extravertovaný jedinec je společenský, živý, dominantní atd.). Konkrétní projevy těchto rysů jsou ale do značné míry naučené (H = habit, návyk) na základě opakovaného spojování určitých konkrétních podnětových situací (S) s určitými konkrétními reakcemi (R). Ty mohou být u různých lidí velmi odlišné.

3.4.2 Ernst Kretschmer – psychofyzická typologie

Stručný životopis

Ernst Kretschmer se narodil v roce 1888 ve Wüstenrotu. Studoval teologii, filozofii a medicínu. Zaměřil se na medicínu a na tzv. nervové (duševní) choroby. V letech 1926-1946 pracoval na psychiatrické klinice v Marburku, poté přešel na univerzitu v Tübingen. V letech 1915 až 1921 rozpracoval Kretschmer diferenciální diagnostiku týkající se schizofrenií a maniodepresivní psychózy. Jedním z výsledků tohoto bádání byla i kniha *Körperbau und Charakter* (1921), v níž rozvinul svojí typologii, v níž dává psychotické poruchy do vztahu s tělesnou stavbou.

Stinnou stránkou Kretschmerova života bylo jeho sympatizování s fašismem a s rasovou politikou. Zemřel v roce 1964 v Tübingen.

Doporučená četba

Kretschmer, E. *Körperbau und Charakter*. Berlin: Springer, 1921.

Tělesné typy

Kretschmer rozlišil tři hlavní tělesné typy a ukázal, že výskyt duševních chorob není mezi tyto typy rozdělen rovnoměrně.

Leptosomové (zejména mužského pohlaví) se vyznačují vysokým vzrůstem, protáhlým, úzkým, plochým hrudním košem a úzkými rameny. Ruce, nohy a krk jsou rovněž poněkud dlouhé. Svalstvo je chabé, žebra jsou viditelná, břicho je ploché. Hlava je malá, buď podlouhlá, nebo kulatá. Dlouhý ostrý nos kontrastuje s málo vyvinutou bradou. Frontální obrys obličeje se blíží podobou v jasně vyznačených případech protáhlému vejci. Barva kůže

je často bledá, vlasy husté, drsné a dlouho se udržující, stejně tak i obočí, které je často srostlé, ochlupení rukou a nohou je spíše slabé. U žen nebývá vysoký vzrůst tak častým znakem jako u mužů, mohou být malé a drobné. Ostrý profil s vyčnívajícím nosem je u nich vzácnější než u mužů.

Atletický typ se liší od leptosomního zvláště silně vyvinutým svalstvem a silně vyvinutou kostrou. Muži mají široká, mohutná ramena, pevný hrudní koš, silné, vystupující svaly a málo tuku. Kostí jsou silné, což bývá zvláště nápadné na velkých rukou a nohou. Hlava bývá podlouhlá, obličej svalnatý, frontální obrys podobný podlouhlému vejci, kůže pevná a silná, nos silně vyvinutý a stejně tak i spodní čelist. Trup se k pasu zužuje a nohy jsou poměrně štíhlé, takže se dolní polovina těla jeví v kontrastu k silně vyvinuté horní polovině poměrně slabá. Ženy jsou rovněž kostnaté, někdy u nich bývá vyvinuta tuková vrstva, avšak nikdy ne přespříliš, často se u nich jeví mužatství.

U třetího typu, **pykniků**, bývají charakteristické znaky zřetelně vyvinuty až v dospělém věku. Pyknikové bývají zavalití lidé prostřední postavy, s měkkým širokým obličejem, s krátkým a masivním krkem, s vyklenutým hrudním košem a s vyvinutým bříškem. Ruce a nohy jsou slaběji vyvinuty, ramena úzká, svalstvo měkké. Hlava bývá velká, pěkně zakulacená, barva obličeje svěží, zlehka zarudlá, kůže těla obvykle sněhobílá a těstovitá. Vlasy jsou hebké a mají sklon k předčasnému vypadávání, takže pyknikové mívají pravidelně ve čtyřiceti letech vyvinutou pleš. Sklon k ukládání tuku se může vyvinout až v pokročilém věku a není tak nejjistějším znakem tohoto typu. Pyknické ženy jsou snadno rozeznatelné objemem a velikostí prsou a kyčlí.

Vedle těchto tří základních typů rozlišil Kretschmer ještě **dysplastické** formy, tj. anomálie tělesné stavby, vznikající na základě poruch endokrinních žláz. Nejdůležitější dysplastické konstituční formy jsou eunuchoidní vysoký vzrůst a eunuchoidní tučnost. Časté bývají u dysplastických forem ženské rysy u mužů a mužské rysy u žen. Kromě toho rozlišuje Kretschmer dále **smíšené typy**, například astenicko-atletický typ atp.

Temperamentové typy

Kretschmer používal pro označení maniodepresivní psychózy termín *cyklofrenie*. V souladu s tím pro temperament, který vykazuje určitou příbuznost s touto chorobou, používá označení *cyklothymie*. V souladu s tím dále pro temperament, který je v některých ohledech podobný schizofrenii, používá termín *schizothymie*. Pro temperament, který je v některých ohledech podobný epilepsii (pokládanou za psychotickou chorobu), používal termín *ixothymie* (nebo viskózní temperament).

Cyklothymní: Stejně jako je možné rozlišit lidi s maniodepresivní psychózou na maniaky, maniakálně depresivní a melancholiky, tak můžeme i normální cyklothymiky třídit podle základní nálady. U některých z nich převládá radostná nálada, u jiných nálada kolísá, u jiných převažuje nálada smutná. Maniakální cyklothymové jsou zpravidla spokojení, příjemní, dobrosrdeční, milují humor, jsou družní a otevření, nerozčílí se snadno, jsou bohatí myšlenkami, mnohomluvní a podnikaví. Těší se ze života, rádi holdují požitkům a tato vlastnost se může jevit v odstupňování, od hrubé požívačnosti až k vypěstěnému labužnictví a pozérského estétství. Pro svou družnost a obyčejně i vtipnost jsou tyto lidé oblíbení. Někdy mají i tyto veselé povahy svoje chvíle sklíčenosti. Když zažijí nějaké zklamání, neúspěch, mluví snadno o sebevraždě, ale jejich pokleslá nálada obyčejně rychle přejde a oni rychle zapomínají na všechny nepříjemnosti. Ve stáří se z nich stávají klidní humoristé nebo pohodlní požívači.

Méně pohybliví a čilí jsou cyklothymové, kteří mají ve své povaze nejen radostný, nýbrž i melancholický prvek, mezi nimiž kolísají. I oni bývají družní a veselí, ale stávají se snadno sentimentální a trpí někdy přemírou citu. Do rozjařené nálady se u nich někdy mísí melancholický prvek, takže budí dojem lidí, kteří se sice těší ze života, ale kteří současně neshledávají života takovým, jakým by se jej přáli. Proto bývají někdy podráždění a ti, u nichž prvek mánie a deprese je přibližně stejně zastoupen, podléhají lehce výbuchům zlosti. Depresivní cyklothymové jsou tiší, citově založení lidé, které snadno všechno rozesmutní a kteří trpí nedostatkem radosti. Zároveň však cítí potřebu sdělovat jiným své myšlenky, rádi si naříkají na přítomnost a vzpomínají na minulé lepší časy.

Schizothymní: Na rozdíl od cyklothymiků jsou schizothymikové lidé nespolečenštlí, hloubaví, do sebe uzavření. Dělí se rovněž na tři kategorie. První kategorie zahrnuje temperamenty hyperestetické, kam náležejí lidé citliví, jemní, s bohatým vnitřním duševním životem, dráždiví, nervózní, idealisté. Druhá kategorie zaujímá jakési střední postavení, jsou to lidé chladní, energičtí, systematictí, důslední, klidní, aristokraticky povýšení. Do třetí kategorie patří lidé chladní, podivíni a ochromeného afektu.

Po morální stránce jsou schizothymové zásadoví, důslední a neznají kompromisy. V politice, ve vědě, v etice, v náboženství si utvoří systém pevných zásad, podle nichž mohou jasně rozlišit, co je dobré a co špatné, co je správné a co nesprávné. V jednání znají jen ano nebo ne, buď vše, nebo nic. Patří k nim idealisté, revolucionáři, reformátoři a systematictí organizátoři. Jinak to bývají často lidé svéhlaví, nedůvěřiví, někdy brutální, až antisociální. To jsou ovšem již extrémy hraničící se stavem patologickým, jímž jsou lidé schizoidní.

Viskózní (ixothymní) typ: Jsou to jednak lidé flegmatictí, jednak povahy vyrovnané, klidné a přitom energické. Jejich povaha se projevuje v klidných, odměřených pohybech, v málomluvnosti, v omezené fantazii, v setrvačnosti, v houževnaté pozornosti, v malé afektivnosti, v neschopnosti náhlých obrátů mysli, ve věrnosti a ve spolehlivosti. V některých případech u nich lze pozorovat ale i jistou výbušnost.

Na základě svých výzkumů pak dospěl Kretschmer k závěru, že mezi tělesnými typy a temperamentem existuje tento nenáhodný vztah:

		STAVBA TĚLA		
		leptosomní	pyknická	atletická
TEMPERAMENT	schizothymní	X		
	cyklothymní		X	
	ixothymní			X

Tabulka 14 Vztahy mezi tělesnými a temperamentovými typy.

Podle: Kretschmer, E. (1921). *Körperbau und Charakter*. Berlin: Springer.

Leptosomové (astenici) bývají schizothymní, pyknici bývají cyklothymní a atleti ixothymní.

3.4.3 William H. Sheldon – konstituční psychologie

Stručný životopis

William Herbert Sheldon se narodil v roce 1898. Vystudoval psychologii a stal se universitním učitelem psychologie na University of Chicago, později na Northwestern University a na Wisconsin University. Později vystudoval ještě medicínu a nastoupil do dětské nemocnice v Chicagu. Universita mu umožnila dvouleté studium psychiatrie v Evropě. Většinu času v

Evropě strávil rozhovory s C. Jungem. Stýkal se však rovněž s S. Freudem a s E. Kretschmerem.

Roku 1936 se vrátil do USA a začal působit jako profesor psychologie, nejdříve v Chicagu, o dva roky později pak přešel na Harvardovu universitu. Zde začala jeho dlouholetá spolupráce s vynikajícím psychofyzikem S.S. Stevensem. Na Harvardově universitě působili v té době dále například G.W. Allport, H. Murray a R.B. Cattell.

Po službě v armádě v době II. světové války se stal ředitelem *Constitution Laboratory of Columbia University College of Physicians and Surgeons*. Na tomto místě byl velkou část svého profesionálního života. Zemřel v roce 1977.

Doporučená četba

Sheldon, W.H., Stevens, S.S. *The Varieties of Temperament: A Psychology of Constitutional Differences*. New York: Harper & Row, 1942.

Statika osobnosti – somatotypy

V návaznosti na práci Kretschmera se pokusil Sheldon o nalezení souvislostí mezi tělesnou konstitucí a duševními jevy a chováním u *normální populace*. Sheldon prozkoumal asi 4000 fotografií tělesné stavby a rozlišil rovněž *tři hlavní typy tělesné stavby, tzv. somatotypy*:

- *endomorfní* – zakulacený, měkký, nejvíce vyvinuté útrobní orgány
- *mesomorfní* – svalnatý, kostnatý, hranatý, silný
- *ektomorfní* – útlý, tenký, s citlivou nervovou soustavou.

Na rozdíl od Kretschmera však u Sheldona nejde o zcela se vylučující typy, ale o tři dimenze, ve kterých lze posoudit každého jedince. W. Sheldon posuzoval každého jedince ve všech třech dimenzích na sedmistupňové škále. Prototypicky endomorfní člověk má tedy hodnoty 7-1-1, prototypicky mesomorfní člověk 1-7-1, člověk průměrný (v hodnotách na stupnici, nikoliv ve stavbě těla nebo ve frekvenci zastoupení v populaci) hodnoty 4-4-4.

Dynamika osobnosti – temperamentové typy

Sheldon vyšel z předpokladu, že ohromnou vnější variabilitu a komplexnost lidského chování ovlivňuje pouze několik málo základních faktorů. Z literatury o osobnosti vybral 650 vlastností, které se týkaly osobnostních rysů. Z nich vyčlenil 50 osobnostních rysů, které měly podle jeho názoru pravděpodobně biologický základ. Ty měřil pomocí sedmibodových škál. Tyto škály byla podkladem pro jednorocní pozorování a řadu interview, které byly vykonány se vzorkem 33 mužů. Na konci roku podrobil všechna měření korelační analýze s cílem odhalit shluky rysů, o nichž by mohl předpokládat, že představují faktory, které leží v pozadí pozorovatelné variability chování. Aby byl rys zahrnut do shluku, musel korelovat signifikantně (minimálně $r = +0,6$) s ostatními rysy ve shluku a negativně (alespoň $r = -0,3$) s rysy z ostatních shluků. Takto odhalil tři základní shluky temperamentových rysů, které zahrnovaly 22 z původních 50 rysů. Každý shluk pak rozšířil o další položky, takže každý z rysů byl měřen dvaceti položkami. Tímto postupem dospěl k identifikaci tří *typů temperamentu*, jimiž jsou:

- viscerotonie
- somatotonie
- cerebrotonie.

U lidí, kteří mají vysoké skóre ve škále **viscerotonie**, „je zaživací trakt králem a zdá se, že jeho blaho definuje primární životní cíl“. Tito lidé vykazují všeobecnou lásku k pohodlí a jakousi nenasytnost, pokud jde o jídlo, jiné lidi a lásku. Mají relaxované držení těla, reagují

pomalou a jsou relativně vyrovnaní. Jsou sociabilní, tolerantní k ostatním a ve všeobecnosti s nimi není obtížné vycházet.

Lidi s vysokým skóre ve škále **somatotonie** mají všeobecně rádi tělesná dobrodružství a rizika a mají silnou potřebu energické tělesné aktivity. Jsou agresivní, často necitliví k pocitům druhých a hluční. Jsou rovněž odvážní a ze nejdůležitější považují činy, moc a dominanci.

Pro lidi s vysokým skóre ve škále **cerebrotonie** je prvořadou starostí, aby byli nenápadní. Jsou to lidé uzavření, inhibovaní a mají tendenci tajit a skrývat před ostatními jak sebe, tak své sklony a zájmy. Tito lidé, tajnůstkářští a rozpačití, mají často strach z ostatních a raději tráví čas o samotě, zejména, mají-li nějaké problémy. Reagují relativně velmi rychle, mají špatný spánek a nejlépe se cítí v malých, uzavřených prostorech.

Korelace somatotypu a temperamentu

V dalším kroku se Sheldon snažil zjistit, zda mezi těmito konstitučními a temperamentovými typy existují korelace. V jeho výzkumu bylo posuzováno 200 bílých mužů co do tělesné stavby (jedna skupina výzkumníků) a co do temperamentu (jiná skupina výzkumníků). Výzkum trval 5 let. Výsledky ukázaly, že každý ze somatotypu koreloval velmi vysoko ($r \approx 0,80$) s jedním z temperamentových typů, s ostatními však byl v záporné korelaci. Sheldon proto dospěl k závěru, že somatotyp i temperament se vyvíjejí ze stejného základu a jsou projevem stejné základní komponenty. Obdržené korelace uvádí tabulka

Somatotyp	Temperamentový typ		
	<i>viscerotonie</i>	<i>somatotonie</i>	<i>cerebrotonie</i>
<i>endomorfie</i>	0,79	-0,29	-0,32
<i>mesomorfie</i>	-0,23	0,82	-0,58
<i>ektomorfie</i>	-0,40	-0,53	0,83

Tabulka 15 Korelace mezi tělesnými a temperamentovými typy.

Podle: Sheldon, W.H., Stevens, S.S. (1942). *The Varieties of Temperament: A Psychology of Constitutional Differences*. New York: Harper & Row.

Výsledky jsou tedy – přes značně odlišnou terminologii – velmi podobné zjištěním Kretschmera. Dobré je ale zdůraznit, že zatímco Kretschmer pracoval s psychiatrickými pacienty, Sheldon pracoval s populací duševně normálních lidí.

3.5 Rysy osobnosti

3.5.1 Gordon W. Allport

Stručný životopis

Gordon Willard Allport se narodil v Montezumě ve státě Indiana v r. 1897 jako poslední ze čtyř dětí. Jeho otec byl lékařem. Rodinnou atmosféru charakterizoval po létech jako atmosféru důvěry, lásky a protestantské pracovní etiky.

Od mládí byl G.W. Allport spíše samotářský, lepší v zacházení se slovy než ve sportu. Po absolvování střední školy vystudoval ekonomii a filosofii na Harvardově univerzitě. Postgraduál dělal z psychologie rovněž na Harvardu. V r. 1922 získal PhD. z psychologie. Ve své disertaci se – jako vůbec první psycholog – zabýval problematikou rysů. Po dosažení doktorátu pokračoval ve studiích v Berlíně, Hamburku a Cambridge (UK). V r. 1930 nastoupil na místo odborného asistenta na Harvardovu universitu, kde v r. 1942 získal profesuru. Na Harvardu působil až do své smrti v r. 1967.

Allport zasáhl kromě psychologie osobnosti významně do sociální psychologie. Zde měl významný vliv na pojetí a zkoumání postojů a předsudků a zpracoval dějiny sociální psychologie.

Doporučená četba

Allport, G.W. *Personality: A Psychological Interpretation*. New York: Holt, Rinehart & Winston, 1937.

Allport, G.W. *Patterns and Growth in Personality*. New York: Holt, Rinehart & Winston, 1961.

Definice osobnosti

Na základě rozboru cca 50 různých definic dospěl G. Allport k závěru, že neadekvátnější syntézu by mohla vyjádřit věta: „(Osobnost je) ... *co člověk skutečně je*“ (1937, 48). Uznává však, že takové vymezení je příliš mnohoznačné, a proto uvádí přesněji:

„Osobnost je dynamická organizace těch psychofyzických systémů v jedinci, které determinují jeho charakteristické chování a myšlení.“

Dále pak rozvádí jednotlivé pojmy své teorie:

- *Dynamická organizace* znamená nejen vysoký stupeň integrace, ale rovněž možnost desintegrace.
- *Psychofyzický systém* znamená jednotu těla a psychiky, nikoliv pouze duši nebo pouze tělo.

Podle Allporta lze rysy chápat jako *determinující tendence*, které mají řídicí vliv na expresivní a instrumentální chování jedince.

Tento *důraz na dispozice* a jejich strukturu na úkor prostředí či konfigurace podnětů vyjádřil ve známé větě: „Stejný oheň, který způsobí, že máslo změkne, způsobí, že vejce ztvrdne.“ Podle Allporta *žádní dva lidé nejsou stejní*. Stejně či podobné rysy se prosazují u různých lidí různými, zcela jedinečnými způsoby. Navíc lidé mají řadu zcela jedinečných rysů.

Allport ovlivnil jak badatele preferující kvantitativní přístup k výzkumu osobnosti (Cattell, Eysenck, Lamiell), tak i badatele orientované fenomenologicky, na zkoumání jedinečných osobností (Maslow, Rogers, Kelly, Frankl).

Struktura osobnosti

Pojetí rysů:

G. W. Allport byl jedním z nejvýznamnějších **teoretiků rysů**. V jeho pojetí jsou rysy *reálnými atributy organismu*, nikoliv teoretickými nebo deskriptivními konstrukty.

Allport definuje rys jako zobecněný neuropsychický systém, který je specifický pro různé lidi a který má schopnost učinit různé podněty funkčně ekvivalentními a iniciovat a řídit konsistentní formy adaptivního a expresivního chování.

Klasifikace rysů:

Allport rozlišuje rysy podle dvou kritérií.

1) Míra zastoupení rysu v chování v různých situacích:

a) Někteří lidé mají podle Allporta dispozice, které se projevují téměř v každém jejich chování. Tyto vysoce zobecněné dispozice nazval *kardinální rysy*. Někdo je například donquichotský, donchuanský atp. Tyto kardinální rysy má podle Allporta pouze velmi málo lidí.

b) Méně obecné dispozice, které ovlivňují chování jedince v základních odlišných situacích, nazval *centrální rysy*. V jednom výzkumu Allport zkoumal přibližný počet těchto rysů. Zjistil, že činí cca 5 až 10.

c) Specifické dispozice, vztahující se pouze k určitým podnětům, označuje jako *sekundární rysy* či „*postoje*“.

2) Obecnost rysů (přes různé osoby):

Na základě srovnávání různých lidí můžeme dospět ke dvěma dalším druhům rysů.

a) Společné či *univerzální rysy*. Je možné je zjišťovat pomocí škál. Společné rysy mají v populaci podle Allporta často *normální rozložení*. Tyto rysy vedou ve své kombinaci ke vzniku jedinečné struktury. Tato struktura má vlastnosti, které nelze vysvětlit ze vstupních proměnných. Říká, že voda a peroxid vodíku mají velmi podobné složení (H_2O versus H_2O_2), nicméně malý kvantitativní rozdíl mezi nimi může vést ke zcela odlišným důsledkům, jak se můžeme snadno přesvědčit, stačí si jimi polít vlasy.

b) *Individuální rysy*. Navíc existují podle Allporta rysy, které jsou zcela individuální a ve kterých nelze lidi navzájem porovnávat. *Klíčové charakteristiky, které u člověka hledáme, jsou specifické, jedinečné, nikoliv univerzální*. Tyto rysy Allport zjišťoval *idiografickou metodou dojmu*.

Allport nechal například posoudit dlouholetou korespondenci jisté ženy 39 posuzovatelům. Posuzovatelé měli za úkol utvořit si na základě obsahové analýzy dopisů představu či dojem o osobnosti této ženy. Výsledkem bylo shromáždění celkem 198 deskriptivních adjektiv. Většinou šlo o synonyma. Po utřídění a eliminaci synonym identifikoval Allport 8 centrálních rysů (hádavá/podezíravá/agresivní, na sebe zaměřená, sentimentální, nezávislá/autonomní, esteticky založená, litující sebe samu, cynická, dramatizující). U idiografické metody, kterou navrhl Allport, jde tedy o posouzení *spontánních životních projevů* (nikoliv projevů vyžádaných experimentátorem nebo testem či dotazníkem).

Zralá osobnost

Vývoj osobnosti podle Allporta směřuje k dosažení duševní dospělosti či „zralosti“. Pro Allporta jsou psychologicky zralí lidé charakterizováni šesti atributy:

- *Extenze self*. Tito jedinci mají velmi široký rozsah self. Jsou pohlceni svojí prací, rodinou, sociálními vztahy, koníčky, politickými a náboženskými problémy a jinými oblastmi, které prožívají coby hodnotné. Každá z těchto aktivit vyžaduje jejich angažovanost a určitým způsobem usměřuje jejich život.

- *Vřelé sociální vztahy*. G.W. Allport rozlišuje dva podtypy, intimitu a zájem.

- *Intimita* se projevuje v hlubokých a vřelých vztazích k členům rodiny a k přátelům; tyto vztahy nejsou sužovány žárlivostí a vlastnickými city.

- *Zájem* je charakterizován schopností tolerovat rozdíly v hodnotách a postojích mezi sebou a jinými lidmi. Ústí v hluboký respekt k člověku a k jeho situaci ve světě.

- *Emocionální zralost a přijímání sebe sama*. Zralí lidé mají kladné sebepojetí a vysokou toleranci k frustrujícím událostem. Tyto události tolerují bez zbytečné vnitřní hořkosti a hostility. Své emocionální problémy jsou schopni zvládat tak, že druhým nejsou na obtíž.

- *Demonstrují realistické vidění, dovednosti a úkoly*. Nepletou si realitu se svými přáními, mají dovednosti, které jim umožňují zvládat životní úkoly, kladou si realistické cíle.

- *Mají náhled na sebe samé a smysl pro humor*. Znají dobře své silné a slabé stránky a umí si s nadhledem tropit vtipy ze sebe samých i z věcí, o které jim v životě jde. Jsou schopni správně posoudit místo těchto jevů v „řádu vesmíru“.

- *Mají jednotící životní filosofii*. Umí si uspořádat své myšlenky a nalézt ve svém životě cíl a smysl. V jádru tohoto smyslu leží jejich základní hodnoty.

Hodnoty

Podle Allporta je unifikující filozofie života založená na ústředních hodnotách – tedy na přesvědčeních, co v životě skutečně má a co nemá smysl. G.W. Allport se pokusil o stanovení základních dimenzí hodnot. Lze je podle něj chápat jako hlubinné rysy. Každý člověk

dosahuje na každé dimenzi určité skóre. Jedinci se liší jak úrovní skóre v jednotlivých dimenzích, tak jejich kombinacemi. Převažující zaměření vyjadřuje jeho **typ**. Allport rozlišuje mezi těmito typy:

- Teoretický typ. Takový člověk je orientován především na hledání a odhalení pravdy. Je charakterizován racionálním, kritickým a empirickým přístupem k životu. Je vysoce intelektuální a má tendenci hledat svoji kariéru ve vědě nebo filozofii.
- Ekonomický typ. Tento člověk klade nejvyšší hodnotu na to, co je užitečné nebo pragmatické. Je velmi „praktický“ a dokonale ho vystihuje stereotyp amerického businessmana. Je orientován na vydělávání peněz a poznatky, které nelze využít prakticky, mu připadají zbytečným přepychem. Mnoho velkých činů v inženýrství a technologii vzniklo v důsledku požadavků, které klade ekonomický typ na vědu.
- Estetický typ. Tento člověk klade nejvyšší hodnotu na formu a harmonii. Život je pro něj procesem sestávajícím z jednotlivých událostí, které se liší co do svého půvabu, symetrie, vhodnosti. Nemusí jít nutně o tvořivého umělce, avšak vždy jsou středem jeho zájmu umělecké epizody jeho života.
- Sociální typ. Nejvyšší hodnotou pro tohoto člověka je láska druhých lidí. Takový člověk často nahlíží ostatní hodnotové typy jako nehumánní. Láska a dobré interpersonální vztahy jsou pro něj jedinou hodnotou. V nejčistší podobě je tento typ ryze altruistický a má blízko k religiózním hodnotám.
- Politický typ. Dominantním zájmem politického typu je moc. Aktivity těchto lidí přitom nejsou nutně pouze v oblasti politiky, neboť i vedoucí role v jakékoliv oblasti klade vysokou hodnotu na moc a vlivy. Tito lidé usilují především o osobní moc, vliv a uznání.
- Religiózní typ. Tento člověk je zaujat především snahou pochopit svět jako jednotný celek. Existují však různé varianty vyjadřující tuto potřebu porozumění. Ať již jde o „imanentní mystiky“, kteří jsou plně ponořeni do života a snaží se odhalit jeho smysl, nebo o „transcendující mystiky“, kteří se naopak snaží o porozumění na základě zřikání se života (např. mniši), hledají vždy určitou jednotu a smysl vesmíru jako celku.

3.5.2 Rysy, faktory a faktorová analýza

Teoretici rysů dnes většinou používají různě rozsáhlé dotazníky, jejichž výsledky analyzují pomocí tzv. faktorové analýzy. *Výsledné faktory pak chápou jako rysy*. K porozumění jejich přístupu je proto nutné porozumět alespoň v základech této statistické procedury.

Faktorová analýza je postupem, který nám umožňuje dospět od *korelací* několika měřených proměnných (zpravidla několika desítek až stovek proměnných) k identifikaci několika málo nových proměnných (faktorů), které jsou čistě matematickými veličinami. Tyto latentní proměnné spolu při zvolení určitého postupu vzájemně nekorelují, avšak korelují s nimi všechny měřené proměnné.

Korelace

Tento postup si ilustrujme na příkladu, kdy stejní studenti vyplňovali sedm různých didaktických testů. Výsledky ukázaly, že čím lepší výsledky dosahují studenti například v angličtině, tím lepší výsledky dosahují současně ve znalostech z dějepisu, filosofie a umění. Jejich výsledky v testu z angličtiny však s jejich úspěchy v matematice, fyzice ani chemii příliš nesouvisely. Naopak výsledky v matematice poměrně silně souvisely s výsledky ve fyzice a chemii. K vyjádření těchto souvislostí se zpravidla používá tabulka korelačních koeficientů. Tabulka s naším fiktivním případem by mohla vypadat takto.

historie	filosofie	umění	matema- tika	chemie	fyzika
----------	-----------	-------	-----------------	--------	--------

angličtina	0,70	0,60	0,80	0,30	0,20	0,30
historie		0,70	0,60	0,20	0,30	0,10
filosofie			0,70	0,30	0,00	0,30
umění				0,20	0,30	0,40
matematika					0,70	0,70
chemie						0,90

Tabulka 16 Korelace mezi měřenými proměnnými (didaktickými testy).

Zdroj: Autor

Korelace mezi testy, které spolu silně korelují, jsou v ní vyznačeny tučně. Na první pohled je patrné, že existují dva shluky předmětů a jim odpovídajících testů. První bychom mohli označit jako humanitní vědy a druhý jako přírodní vědy. Výsledky v libovolném předmětu z prvního shluku zpravidla kladně souvisejí (korelují) s výsledky v jiném testu z tohoto shluku, avšak nesouvisejí příliš silně (nekorelují) s výsledky v libovolném testu ze shluku druhého.

Faktory

K analýze těchto korelací lze použít řadu různých statistických technik. Jednou z nich je i zmíněná faktorová analýza. Ta nám umožňuje velmi efektivní (úsporný) popis vztahů mezi těmito měřenými proměnnými. Nejeefektivnější je přirozeně, máme-li těchto proměnných několik desítek či stovek. K porozumění jejímu principu však postačí i náš omezený vzorek sedmi proměnných (didaktických testů). Nebudeme se ale ani zde věnovat statistickému postupu při výpočtu faktorů, ale pouze výsledku faktorové analýzy a jejich interpretaci.

Faktorová analýza v principu směřuje k výpočtu nových proměnných, které nejlépe sumarizují korelace mezi měřenými proměnnými. Tyto sumarizace jsou ale v praxi vždy pouze přibližné.

Výsledky faktorové analýzy tabulky korelací uvádí tyto dva sloupce:

	1. faktor (verbální)	2. faktor (numerický)
angličtina	0,9	0,2
historie	0,7	0,1
filosofie	0,8	0,3
umění	0,9	0,0
matematika	0,4	0,9
chemie	0,2	0,8
fyzika	0,3	0,9

Tabulka 17 Korelace mezi měřenými proměnnými a faktory.

Zdroj: Autor

Klíčová otázka zní: Jak z těchto čísel získáme zpět korelace? Postup je snadný. Zajímá-li nás například korelace mezi testy z angličtiny a historie, vynásobíme mezi sebou čísla v příslušných řádcích, tedy $0,9 \cdot 0,7$.

$$r_{(angl.+hist.)} = 0,9 \times 0,7 + 0,2 \times 0,1 = 0,65.$$

(Tento výsledek, ačkoli mírně nepřesný, je *nejlepším odhadem*, ke kterému můžeme dospět na základě použití lineárního modelu.) Podobně můžeme postupovat u všech korelací.

$$r_{(\text{hist.}+\text{chemie})} = 0,7 \times 0,2 + 0,1 \times 0,8 = 0,22.$$

Tyto faktory ve statistickém slova smyslu „vysvětlují“ obdržené korelace mezi testy. Jsou tedy v určitém slova smyslu „teoretickými“ proměnnými. Proto bývají označeny jinak; ne jako „humanitní“ nebo „přírodní vědy“, ale jako předpokládaná vysvětlení obdržených korelací mezi testy – například jako *verbální* nebo *numerický faktor*.

3.5.3 Raymond B. Cattell

Stručný životopis

Raymond B. Cattell se narodil v r. 1905 ve Staffordshire v Anglii. V 16 letech nastoupil ke studiu fyziky a chemie na King's College Londýnské university. Druhý cyklus (graduate degree) však dělal z psychologie, ze které následně v r. 1929 získal doktorát (PhD.). Během svých doktorských studií pracoval jako asistent u tvůrce faktorové analýzy C. Spearmana. V roce 1937 odešel Cattell do USA na jednoroční studijní pobyt na Columbia University k E.L. Thorndikovi. Do Anglie se však již nevrátil. V r. 1938 získal profesuru na Clarkově universitě a v r. 1941 přijal místo na Harvardu. V r. 1945 přešel na Illinoiskou universitu, kde působil následujících 28 let jako ředitel Laboratory of Personality and Group Analysis. V r. 1973 přešel do Boulderu (Colorado), kde založil Institute for Research on Morality and Self-Realization. Od roku 1977 byl profesorem na Hawaiské universitě. Zemřel v roce 1996.

Doporučená četba

Cattell, R.B. The Description and Measurement of Personality. Yonkers-on-Hudson: World Book, 1946.

Definice osobnosti

Podle Cattella je osobnost *to, co nám umožňuje predikovat, co udělá osoba v určité situaci*. Podle něj určují chování tři třídy faktorů: osobnost, aktuální rozpoložení a role. Cattell sice uznává vlivy sociálního a kulturního prostředí a existenci jedinečných rysů osobnosti, ve své výzkumné praxi se však věnuje výhradně zkoumání *společných rysů* a obecných principů chování, nikoliv porozumění jedinečnosti konkrétních lidí.

Faktory coby rysy

Rys je podle něj *jedinečný vzorec chování* takové povahy, že je-li v určité míře přítomna jedna jeho část, můžeme z toho vyvodit, že člověk vykazuje v určité míře i ostatní jeho části. Jestliže je například člověk nespolečenský, můžeme předpokládat s určitou mírou pravděpodobnosti, že bude vykazovat i ostatní „části“ rysu introvertovanosti – bude například mlčenlivý a nebude se prosazovat. Cattell chápe *rys coby statistický faktor*.

Cattell nesouhlasí s Allportovým tvrzením, že rysy skutečně existují uvnitř člověka. Podle něj rysy nemají žádný fyzický nebo nervový status, nejsou součástí našeho hardwaru. Jsou v první řadě tedy jakousi deskriptivní sumarizací chování.

Od pozorování k rysům

Cattell je spolu s Eysenckem nejvýznamnějším představitelem teorie osobnosti založené na metodě *faktorové analýzy*. Jejich postup a jeho východiska lze popsat stručně takto:

- Chování lidí je měřitelné, kvantifikovatelné.
- Lidé mají tendence reagovat konsistentním a stabilním způsobem na podnětové situace, které jsou si podobné (funkcionálně ekvivalentní, jak by řekl Allport). Podávají například

podobné výsledky v rozmanitých úkolech, které vyžadují operace s čísly. Podobně tomu i v úkolech, které od něj vyžadují operace se slovy.

- Tyto konsistentní způsoby chování lze statisticky sumarizovat a popsat pomocí faktorů.
- Hlavní dimenze (rysy či faktory) osobnosti jsou universální, všem lidem společné.
- Tyto dimenze jsou hierarchicky organizované.

Lingvistická sféra osobnosti

Cattell navazuje na tradici Galtona, Klagese a Allporta. Podle Klagese jsou všechny důležité rozdíly v chování lidí zakódované v jazyce coby názvy rysů (osobnostních vlastností). Allport se svým spolupracovníkem Odbertem vyšli z této myšlenky. Vybrali z *Webster's New International Dictionary* (1925) všechna slova, která měla podle jejich soudu „schopnost ... rozlišit chování jednoho člověka od druhého“. Navíc do tohoto seznamu zahrnuli některá slangová slova, která ve slovníku nenašli. Tento seznam činil takřka 18 000 slov. Tato slova dále rozdělili do čtyř kategorií. První kategorie zahrnovala termíny, které označují *osobnostní rysy* (trait dispositions) které jsou relativně neevaluativní, nehodnotící, jako například *agresivní, introvertovaný, sociabilní*. Do druhé kategorie zahrnuli termíny, které označují *přechodné stavy, nálady a aktivity*. Třetí kategorie obsahuje *evaluativní termíny* (nedůležitý, bezcenný). Čtvrtá kategorie je jakousi „odpadovou“ kategorií.

R.B. Cattell sestavil na základě racionálního rozboru slov z první kategorie (cca 4500 slov/rysů) několik desítek škál. Původní seznam na jednu stranu poněkud rozšířil, neboť do něj zahrnul rovněž „všechny termíny, které kdy byly užité k odborné psychologické deskripci“, na druhou stranu však proměnné vztahující se k inteligenci vypustil a nahradil je skutečnými testy inteligence. K vysvětlení korelací těchto škál stanovil 16 faktorů. Jím používaný dotazník má proto zkratku 16 PF.

Cattelovy faktory osobnosti

Pro ilustraci jsou v následující tabulce uvedeny některé faktory (rysy), k nimž Cattell touto cestou dospěl. Jsou uvedeny vždy oba póly daného rysu.

Bezprostřednost (sizia – affectia; outgoing – reserved):

reservovaný, odtažitý, kritický **vs** otevřený, vstřícný, vřelý, společenský

Intelligence:

tupý **vs** bystrý

Citová zralost (síla ega):

zmítaný city, emocionálně málo stabilní **vs** emocionálně stabilní, zralý, klidný

Dominance, průbojnost:

stydlivý, mírný, poslušný **vs** asertivní, agresivní, soutěživý

Svědomitost (síla superega):

nedbalý pravidel **vs** svědomitý, moralistický

Predikce chování z rysů osobnosti

Cattell každý faktor označuje zkratkou (A, B, C atd.). Jeho přístup dobře vystihuje tato rovnice, v níž je chování funkcí osobnosti:

$$\text{Roční zisky prodavače} = 0,21A + 0,10B + 0,10C + 0,10E + 0,21F + 0,10G - 0,10L - 0,31M + 0,21N + 3,800 - 0,31Q_2 + 0,21Q_3 - 0,21Q_3.$$

Jak je patrné, jsou zde vynechány jak vlivy prostředí a role, tak vlivy přechodných stavů a postojů.

3.5.4 Velká pětka

Teorie rysů se snaží ve své části taxonomické o redukci tisíců specifických atributů, které činí lidského jedince jedinečnou a neopakovatelnou individualitou, na několik málo oblastí osobnostních charakteristik.

Jako Big Five je označována pět faktorů osobnosti, z nichž každý je značně široký a zahrnuje množství specifičtějších osobnostních charakteristik. Toto označení (Big Five) jako první použil L. Goldberg v roce 1981. Autoři se různí v tom, jak pojmenovat obdržené faktory a v jakých vztazích jsou různé faktory nižšího řádu. My se zde zaměříme pouze vymezení těchto pěti rysů osobnosti.

Hlavní autoři

Jde o pokračování práce, již začal G. Allport a široce rozvinul zejména R.B. Cattell. Mezi klíčové autory spojené s tímto přístupem patří W.T. Norman, L. Goldberg, R. McCrae a P. Costa.

Doporučená četba

Hřebíčková, M. Pětifaktorový model v psychologii osobnosti. Praha: Grada, 2011.

Stručný popis pěti hlavních rysů

Různí autoři se dnes shodují v tom, že při použití různých technik získávání dat vede faktorová analýza velmi často k identifikaci pěti faktorů. Přes řadu rozdílů lze postihnout společné jádro těchto faktorů-rysů zhruba takto:

Extraverze

Extraverze (E) se vztahuje k množství a intenzitě preferovaných sociálních interakcí, k úrovni aktivity, k potřebě stimulace a k potenci pro prožívání radosti. Mezi hlavní charakteristiky extravertovaných lidí tak patří *vřelost, družnost, asertivita, aktivita, vyhledávání vzrušení a časté prožívání kladných emocí*. Extravertovaný jedinec je hovorný, společenský, bezprostřední, nenucený, energický, vřelý, kurážný, dominantní, rozhodný, optimistický. Opakem extravertovanosti je pak *introverze*.

Otevřenost vůči prožívání (intelekt, kultura)

Další rys je často označován jako otevřenost vůči prožívání nebo – často – ve zkratce jako *otevřenost (O)*. Někteří autoři ho ale označují a chápou zčásti odlišně (kultura, intelekt). Zahrnuje aktivní vyhledávání a oceňování zkušeností pro ně samotné. Jedinci s vysokým skóre v tomto faktoru jsou zvědaví, s imaginací, ochotní přijímat nové myšlenky a nekonvenční postoje. Jsou nejen bystří a zvědaví, ale mají rovněž bohatou fantazii a estetické sklony, které zpravidla rozvíjejí. Na opačném pólu jsou jedinci „uzavření“, kteří inklinují ke konvenčním názorům a postojům, ke konservativismu v otázkách vkusu, k dogmatickosti a rigiditě v přesvědčeních.

Přívětivost

Přívětivost (A) je obdobně jako extroverze interpersonální dimenzí. Týká se však kvalitativního hlediska – od empatického altruismu po nepřátelský antagonismus. Lidé s vysokým skóre bývají důvěřiví, upřímní, přívětiví, nesobečtí, vstřícní, altruističtí. V interpersonálních konfliktech mají tendenci ustupovat, potlačovat vlastní agresivitu, odpouštět a zapomínat na příkoří. Lidé na opačném pólu jsou naopak agresivní, preferují soutěž před kooperací, mají sklon k cynismu, podezřívavosti, popudlivosti, někdy až k nelítostnosti.

Svědomitost

Svědomitost (C) se týká míry organizace, vytrvalosti, kontroly a motivace při sledování cílů. Vysoké skóre je spojeno se spolehlivostí, důsledností, systematičností, přesností, s tvrdou prací, sebekontrolou, disciplínou, ambiciózností a vytrvalostí. Nízké skóre s nedbalostí, leností, nespolehlivostí, bezcílností a požitkářstvím.

Neuroticismus (emocionální stabilita)

Pátý faktor – *neuroticismus* (N) – se týká především emocionální oblasti (emoční nestability). Kromě záporné emocionality se vztahuje rovněž k nerealistickým ideálům, přemrštěně vysokým tužbám, maladaptivním formám vyrovnávání se stresem atd.

Další členění

Na příkladu neuroticismu si můžeme ukázat, jak je rys-faktor dále dělen na základě spolu korelujících projevů na rysy nižší úrovně. Každý z těchto rysů na nižší úrovni měří samostatná škála.

N1: úzkostnost	Úzkostní jedinci se obávají různých potenciálních nebezpečí, jsou bázlívní, nervózní, se sklony k děláním si zbytečných starostí. Škála nezjišťuje specifické obavy nebo fobie (např. z výšek nebo z pavouků), nicméně jedinci s vysokým skóre pravděpodobně trpí těmito obavami i volně plynoucí (neadresnou) úzkostí.
N2: zlostná hostilita	Zlostná hostilita představuje tendenci k prožívání vzteku a stavů, jako jsou frustrace a zatrpkllost. Škála měří tendenci jedince k prožívání vzteku. To, zda dojde k manifestaci vzteku v chování, závisí však rovněž na Přívětivosti. Nepřívětiví lidé dosahují v této škále dost často vysoké skóre. Jedinci s nízkým skóre vycházejí dobře s druhými a nepropadají snadno vzteku.
N3: deprese	Tato škála měří tendenci prožívat depresivní emoce. Jedinci s vysokým skóre jsou náchylní k pocitům viny, smutku, beznaděje a osamělosti. Nechájí se snadno odradit a jsou často odmítáni. Lidé s nízkým skóre prožívají zřídka tyto emoce, nicméně nejsou nutně veselí a s lehkým srdcem, tj. nejsou nutně charakterizováni atributy, které jsou součástí Extraverze.
N4: uvědomování si sebe (self-consciousness)	Jádro této dimenze neuroticismu tvoří pocity zahanbení a rozpaků. Jedinci s vysokým skóre se ve společnosti druhých necítí dobře, jsou velmi citliví vůči zesměšňování, mají sklony k pocitům méněcennosti. Lidé s nízkým skóre nejsou nutně vyrovnaní ani nemají nutně dobré sociální dovednosti; pouze je různé sociální situace tolik nevyvádí z míry.
N5: impulsivnost	Impulsivnost se týká neschopnosti ovládat své touhy a žádosti. Pokušení (jídlo, cigarety, drogy) je tak silné, že mu jedinec nedokáže odolat; i když později může svého chování litovat. Jedinec s nízkým skóre těmito pokušením odolá. Tento rys by neměl být zaměňován se spontánností, riskováním nebo rychlým rozhodováním (Extraverzí).
N6: zranitelnost (vulnerability)	Jde o nízkou odolnost vůči stresu. Jedinci s vysokým skóre se cítí neschopni zvládnout stres; stávají se závislými, vzdávají se naděje a panikaří. Lidé s nízkým skóre jsou schopni se v těchto situacích zmobilizovat a opanovat.

Tabulka 18 Ukázka rysů nižší úrovně – neuroticismus.

Podle: Hřebíčková, M. (2011). Pětifaktorový model v psychologii osobnosti. Praha: Grada.

3.6 Teorie učení

3.6.1 John Dollard a Neal E. Miller

Stručný životopis

Oba dva se narodili ve státě Wisconsin, John Dollard v Menasha a Neal Miller v Milwaukee. Dollard získal doktorát ze sociologie na Chicagské universitě a v letech 1931-1932 odešel jako výzkumný pracovník v sociální psychologii do Berlína studovat na Berlínském psychoanalytickém institutu. Po návratu nastoupil jako učitel na Yaleově universitě, kde pak působil po celou svoji profesionální dráhu. Vyučoval sociologii, psychologii a antropologii; to jasně naznačuje jeho interdisciplinární zaměření. Ze svého učitelského místa odešel jako emeritní profesor v roce 1969.

Neal Miller získal doktorát na Yaleově universitě. Během svého doktorandského studia spolupracoval s C. Hullem a J. Dollardem, kteří významně ovlivnili jeho odbornou dráhu. Po ukončení studií odjel do Evropy pod záštitou Rady pro výzkum ve společenských vědách a ve Vídni prodělal psychoanalytický výcvik. Většinu své profesionální a výzkumné dráhy strávil na Yale, později se stal profesorem na Rockefellerově universitě.

Doporučená četba

Dollard, J., Doob, L., Miller, N.E., Mower, O., Sears, R. *Frustration and Aggression*. New Haven, CT: Yale University Press, 1939.

Dollard, J., Miller, N.E.: *Personality and Psychotherapy: An Analysis in Terms of Learning, Thinking, and Culture*. New York: McGraw-Hill, 1950.

Miller, N.E., Dollard, J. *Social Learning and Imitation*. New Haven, Conn.: Yale University Press, 1941.

Teorie S – R (podnět – reakce)

Na *Institute of Human Relations* (Yale University) byl podporován interdisciplinární přístup. V práci Millera a Dollarda se v tomto ústavu spojily tři odlišné myšlenkové a metodologické tradice:

- experimentální výzkum učení spojený s teoriemi učení
- psychoanalytická koncepce struktury, dynamiky a vývoje osobnosti
- sociálně antropologické pojetí člověka a osobnosti.

Millerova-Dollardova teorie se inspirovala zejména pracemi Hulla a Spenceho, věnujícími se problematice motivace a učení. Pomocí této teorie učení se snažili vysvětlit některé klíčové psychoanalytické pojmy, zejména pojmy konfliktu, úzkosti a vytěsnění.

Základním elementem, který má v této teorii strukturní charakteristiky, je v této teorii *návyk*. Návyk je relativně *stabilní asociací mezi podnětem a reakcí*; je tím, co přetrvává. Osobnostní konfigurace návyků je závislá na jedinečných událostech, s nimiž se jedinec setkává; je tedy závislá především na prostředí. Navíc podléhá tato konfigurace změně, neboť návyky se mohou pod vlivem nových zkušeností měnit.

Miller a Dollard se však nezabývali specifickými jedinečnými konfiguracemi těchto návyků (tj. „osobnostmi“); tento úkol, jak sami říkali, chtěli přenechat jiným. Jejich zájem byl orientován na *proces učení*, ne jeho akvizici (zisků, tedy *naučného*). Upozorňují přitom, že člověk

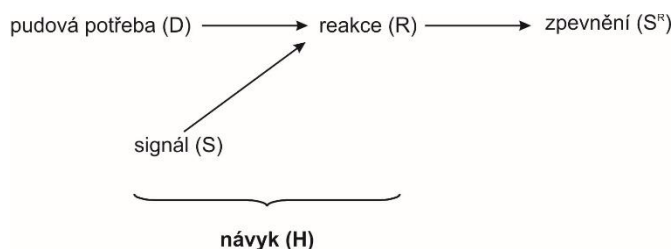
získává velkou část svých návyků prostřednictvím *verbálních* podnětů, ať již vlastních nebo druhých, a že rovněž jeho reakce jsou velmi často verbální povahy.

Miller a Dollard berou do úvahy rovněž tzv. *sekundární pudy*, jakými jsou v experimentálních situacích například naučené obavy ze bzučáku nebo ze světla. Tyto pudy jsou rovněž relativně trvanlivou složkou osobnosti. Přetrvávají někdy i za podmínek, za nichž bylo možno očekávat jejich vyhasnutí. Součástí struktury osobnosti jsou rovněž *primární pudy* a vrozená S-R spojení (nepodmíněné reflexy). Tyto primární pudy a reflexy však nejsou tak důležité, protože určují to, co je lidem společné, ne to, co činí osobnost jedinečnou.

Úplné porozumění každé jednotlivé položce chování, ať již sociálního nebo individuálního, vyžaduje poznání jednak psychologických principů, které jsou obsaženy v jeho učení, a jednak sociálních podmínek, z nichž k tomuto učení dochází.

Proces učení

Základní prvky procesu učení (vytváření návyků) můžeme znázornit takto:



Obrázek 24 Základní prvky procesu učení v teorii Millera a Dollarda.

Podle: Dollard, J., Miller, N.E. *Personality and Psychotherapy: An Analysis in Terms of Learning, Thinking, and Culture*. New York: McGraw-Hill, 1950.

Je-li jedinec ve stavu pudové excitace (D), pak, je-li za přítomnosti určitých klíčových informací v prostředí (signál, S) za své chování (R) odměněn (S^R), vzniká návyk (H) mezi tímto signálem a odezvou (asociace S-R).

Pudová potřeba

Pudová potřeba (pudová excitace, drive, D) je jakýkoliv vnitřní nebo vnější podnět, který vyvolá chování či odezvu (reakci, R), neurčuje však její směr. Jsou tedy jak vnitřní pudové podněty (hlad, žízeň, sex a jiné primární pudové potřeby), tak vnější podněty, jakými je například elektrická rána či hlasitá hudba. Pudová potřeba je pouze silovým pojmem, určujícím intenzitu reakce, nikoliv její směr.

Signál

Signál (cue) rozhoduje o tom, kdy, kde a jak bude jedinec reagovat. Signál je v této teorii činitelem udávajícím směr chování. Signál *modifikuje* motivační sílu drivu. Například hlad (D) motivuje jedince k tomu, aby něco snědl (R). Vchod do restaurace nebo štít stánku s občerstvením mu umožňují rozhodnout, jak tento drive redukovat. Zda si dát celý oběd v restauraci nebo pouze něco malého u stánku.

Odezva, reakce

Odezva je vyvolána motivační silou drivu a směrovým působením signálu. Odezvou je každá aktivita, kterou organismus vykonává. Podle Millera a Dollarda se může reakce stát následně

podnětem. Například člověk, který chce být asertivní, se nenaučí být asertivní, dokud se také asertivně nechová.

Zpevnění, reinforcement

Zpevnění je každá událost, která zesiluje tendenci k opakování určité odezvy. Teoreticky vede zpevnění k redukci drivu. Ať je reakcí ztišení hlasité hudby dálkovým ovládačem, nebo oběd v restauraci. Snížení intenzity drivu je chápáno jako zpevnění, zvyšuje-li se pravděpodobnost, že při novém vybuzení drivu (D) dojde ve stejné situaci (S) k volbě stejné reakce (R) – dojde-li tedy k vytvoření návyku.

Vyhasínání

Není-li určitá specifická reakce zpevňována, přestane se vyskytovat; tento jev je označen jako vyhasínání. Zjevnou funkcí vyhasínání je eliminace neúspěšných reakcí, takže na jejich místo mohou nastoupit reakce nové. Reakce asociované s některými silnými pudy, například se strachem, jsou přitom vůči vyhasínání značně resistantní.

Generalizace

- *Generalizace podnětu* je procesem, při němž se zpevněná reakce objevuje i na jiné podněty než na podnět původní. Charakteristika rozsahu této generalizace je označována jako *gradient generalizace podnětu*. Tento gradient je funkcí podobnosti podnětů: čím jsou si podněty podobnější, tím je pravděpodobnost reakce vyšší. Dítě, které se leklo bílé myši, bude mít strach ze všech bílých chlupatých předmětů.

- *Generalizace reakce* je procesem, kdy podnět vyvolá nejen původní, s ním dříve spojenou reakci, ale i některé reakce podobné.

- Protikladem generalizace je *diskriminace*. Například diskriminační učení spočívá v tom, že se odměňuje pouze reakce, která následuje po tónu určité výšky (a^3); reakce na jiné tóny se neodměňují, případně se naopak přímo trestají.

Nevědomé procesy

Miller a Dollard přikládají nevědomým faktorům stejný význam jako psychoanalýza; od psychoanalýzy se však odlišují způsobem *vysvětlení* těchto faktorů.

Miller a Dollard rozlišují dva druhy nevědomých obsahů:

- obsahy, které nikdy nebyly vědomé
- obsahy, které byly kdysi vědomé, ale již vědomé nejsou.

První kategorie zahrnuje podněty, pudy a reakce, které se dítě naučilo před tím, než si osvojilo řeč. Tyto obsahy tedy nemají verbální označení. Kromě toho zahrnuje tato kategorie i dovedností, které se naučíme neverbálně (například jízda na kole či psaní na psacím stroji zahrnují řadu dovedností, které bychom neuměli popsat).

Druhá kategorie zahrnuje obsahy, které se staly nevědomými na základě potlačení či vytěsnění. Potlačení se učíme obdobně jako jakékoliv jiné reakce. Vyhybání se určitým myšlenkám, tedy jejich potlačení, nás zbavuje úzkosti nebo strachu. Tato redukce úzkosti funguje v procesu učení coby zpevnění. Naučíme se tak v procesu vývoje anticipačně nemyslet na věci, které v nás vyvolávají úzkost a jiné negativní emoce. Potlačení se tak stává habituální reakcí, ke které dochází ještě před tím, než se vynoří znepokojivá myšlenka.

Samotné potlačení je však rovněž prevencí vyhasnutí těchto znepokojivých myšlenek, neboť zabraňuje normálnímu průběhu celého řetězce reakce. Jestliže se však naučená reakce nevyskytuje a neobjevuje se při absenci zpevnění, nemůže vyhasnout. Jestliže se například dítě bojí psů, může si zakázat myslet na psy. Tím však zůstane představa psa napořád

asociována s reakcí strachu. Vyhasínání by vyžadovalo, aby představa psa (nebo jeho skutečný vjem) nebyla asociována se zpevněním strachu – vyžadovalo by tedy například zkušenost s hodným psem, nebo asociování přítomnosti psa s nějakým kladným zpevněním. Tendence k potlačování se objevuje velmi záhy. Děti jsou často trestány za to, že používají neslušná nebo jinak nevhodná slova. Kromě toho jsou trestány i tehdy, když přiznají, že chtěly udělat něco, co jim rodiče zakazují; tedy za nevhodné myšlenky. Rodiče je navíc trestají často i za myšlenky a úmysly, které se zračí v jejich chování. Jsou tedy trestány již za pouhé mluvení o určitých věcech a myšlení na ně. Tyto výchovné praktiky mají vést děti ke generalizaci trestajícího aktu až k samotné myšlence. Děti se proto naučí myšlenky potlačovat a tím se vyhnout s nimi asociovaným trestům. Současně však dochází k diskriminačnímu učení: děti se jednak naučí, že nelze s rodiči mluvit o všem, jednak že je možno na leccos myslet, pokud se těmito myšlenkami neřídí jejich chování.

Miller a Dollard zde pokládají za nesmírně významné *vědomí*, neboť verbální názvy věcí mají v procesu učení zcela zásadní význam. Při jejich použití jsou generalizace a diskriminace mnohem efektivnější. Kdybychom neuměli věci pojmenovat, operovali bychom mentálně na podstatně primitivnější úrovni. Byli bychom mnohem konkrétnější a více vymezení aktuálními podněty a naše chování by se přibližovalo chování dětí a nižších živočichů, u nichž je řeč nevyvinutá nebo zcela chybí.

Příklad: neurotické chování

Jádrem každé neurózy je podle těchto teoretiků nevědomý konflikt, který má téměř vždy své kořeny v dětství. Během dětství se často u dětí rozvinula intenzivní anxieta nebo pocity viny za projev základních potřeb, které nebyly v souladu s požadavky rodičů. Tyto situace založily konflikty, které přetrvávají do dospělosti.

Stejně, jako se naučí laboratorní zvíře unikat ohrožujícím situacím, naučí se člověk reakce, například potlačení, které mu umožňují zbavit se pocitů anxiety a viny. Avšak hlavní strategie „nemyslet na to“ ústí v to, že se lidé nenaučí využít své schopnosti k řešení problémů; navíc je jim zabráněno uvědomit si, že situace, která vyústila v konflikt, již pominula. A tak například žena, kterou v dětství rodiče trestali nebo již vyhrožovali trestem za projevy agresivních impulsů, může mít po celý život problémy s projevy těchto impulsů (hněvu, spravedlivého vzteku, zlosti atp.). Nikdy tak možná nezjistí, že je třeba tyto emoce někdy projevit, ani to, že již dávno není třeba se rodičům podřizovat.

Konflikty pravděpodobně budou žít tak dlouho, dokud budou nevědomé. Má-li reakce vyhasnout, musí se stát vědomou. Projeví se specifickými projevy a chováním, které jedinec i jeho okolí pokládají za nenormální a nepříjemné – **symptomy**.

Symptomy často dovolují lidem unikat od strachu a anxiety. Symptomy neřeší základní konflikt, ale ulehčují jej. Je-li symptom úspěšný při redukci anxiety nebo pocitu viny, je zpevněn. Symptomy se tak učí na základě stejných principů jako jiné návyky.

Například jistá atraktivní mladá žena navštívila psychiatra v obavách, že se asi zblázní. Měla fobii z toho, že nebude-li počítat úder srdce, srdce přestane tlouci. Kromě toho měla intenzivní pocity úzkosti kdykoli měla sama opustit byt nebo když měla být sama na veřejném prostranství.

Ukázalo se, že tato žena vyrůstala v rodině s nevlastní matkou, jejíž názory týkající se sexu byly velmi staromódní a přísné. U děvčátka vznikly na základě její výchovy velmi silné pocity úzkosti a viny, neboť měla intenzivní sexuální touhy. Když jí byla asi dvanáct let, svedl jí její nevlastní bratr. Než se provdala, měla ještě mnoho sexuálních partnerů. Nyní, v terapii, popisovala sex jako něco nechutného a nečistého a při styku s manželem pociťovala hluboké pocity hanby.

Analýza ukázala, že každý podnět a každá situace, která v mysli klientky hrozila sexuálním podtextem, u ní zvyšovaly anxiety. Sledování tlukotu vlastního srdce jí umožnilo redukcí této anxiety. Když sama opustila byt nebo byla na veřejném prostranství, vábilo ji pomyšlení na sexuální dobrodružství, které však bylo současně provázeno nesnesitelnými pocity úzkosti a viny. Proto vždy trvala na tom, aby ji někdo doprovázel. Tato opatření, „neurotické symptomy“, vedly k tomu, že se cítila lépe. Její návyky tedy byly naučené a zpevněné tím, že redukovaly anxiety (Dollard a Miller, 1950).

3.6.2 A. Bandura

Stručný životopis

A. Bandura se narodil v roce 1925 v malém kanadském městě (Mundara) ve státě Alberta. Jeho otec byl farmář pocházející podle některých zdrojů z Ukrajiny, podle jiných z Polska. Základní a střední vzdělání získal v místní „jednotřídce“, tedy kombinované základní a střední škole, kterou navštěvovalo v průměru 20 žáků a v níž vyučovali současně dva učitelé. Protože na každý ročník připadli 2 až 3 žáci, spočívalo hlavní břímě v samostatné práci a sebevzdělávání. Podle Bandury to byl systém, který mu velmi mnoho dal.

Bandura vystudoval psychologii. Titul B.A. získal v roce 1949 na University of British Columbia, M.A. v roce 1951 na University of Iowa a Ph.D. v roce 1952 tamtéž. Po roce klinické praxe nastoupil na katedru psychologie Stanfordovy university, kde působí dodnes. Bandura získal během svého plodného života řadu ocenění. K nejvýznamnějším patří skutečnost, že byl v roce 1973 zvolen presidentem APA a že v roce 1980 získal cenu APA za Distinguished Scientific Contributions.

Bandura je uznáván jako klíčový představitel sociálně kognitivní teorie. Jeho názory mají značný vliv na soudobou psychologii, zejména v oblastech osobnosti, klinické, pedagogické a vývojové psychologie.

Doporučená četba

Bandura, A. *Social learning through imitation*. Nebraska Symposium on Motivation, 10, 211-274, 1962.

Bandura, A. *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1986.

Teorie učení

Bandura rozlišuje mezi dvěma typy učení. Prvním z nich je učení se z *důsledků vlastního chování* (enactive learning), druhým učení se ze *zkušenosti druhých*, přesněji řečeno z důsledků, které má pozorované chování druhého pro tohoto druhého (*modeling, psychological matching*).

Bandura kritizoval teorie založené na principu učení z *důsledků vlastního chování* (trial & error) za to, že nedokáží vysvětlit například agresivní chování nebo odnaučování strachu. Jako alternativní výklad těchto jevů předkládá „no-trial“ teorii učení, kterou zpočátku formuloval jako teorii učení se nikoliv z důsledků vlastního chování, ale z důsledků, které má chování pozorovaného aktéra (modelu) pro tohoto aktéra.

Důležitou hypotézou Bandurova teoretického systému je, že učení je kognitivní proces, jehož výsledek se nemusí projevit v aktuálním chování. Navazuje přitom na práce lingvistů, kteří rozlišují mezi jazykovou kompetencí a performancí, a zavádí rozlišení **učení a výkonu** (learning/performance). O tom, zda dojde k naučení nového prvku chování, rozhodují především kognitivní procesy (pozornostní a paměťové); o tom, zda se prosadí výsledky učení ve skutečném chování (v performanci), rozhodují především procesy motivační. Mezi

tyto motivační procesy řadí Bandura **vnější zpevnění** (může jím být například odměna od rodiče), tzv. **zástupné zpevnění** (tj. odměna, kterou za své chování obdržel pozorovaný model) a **sebezpevnění** (self-reinforcement - tím je odměna, kterou si jedinec udělil sám). Důležitým důsledkem tohoto odlišení učení a vnější reakce je, že procesy učení nelze libovolně manipulovat zvnějšku na základě vypracovaných systémů zpevnění.

V návaznosti na práce ostatních teoretiků sociálního učení dospívá Bandura k vlastní teorii. Klíčovým momentem učení v této teorii není to zpevnění, které přichází po reakci (jak je tomu například u Millera a Dollarda), ale zpevnění očekávané, *anticipované*. Postuluje, že k učení dojde pouze tehdy, anticipuje-li subjekt důsledky svého chování; k realizaci naučeného tehdy, je-li motivován k realizaci těchto důsledků.

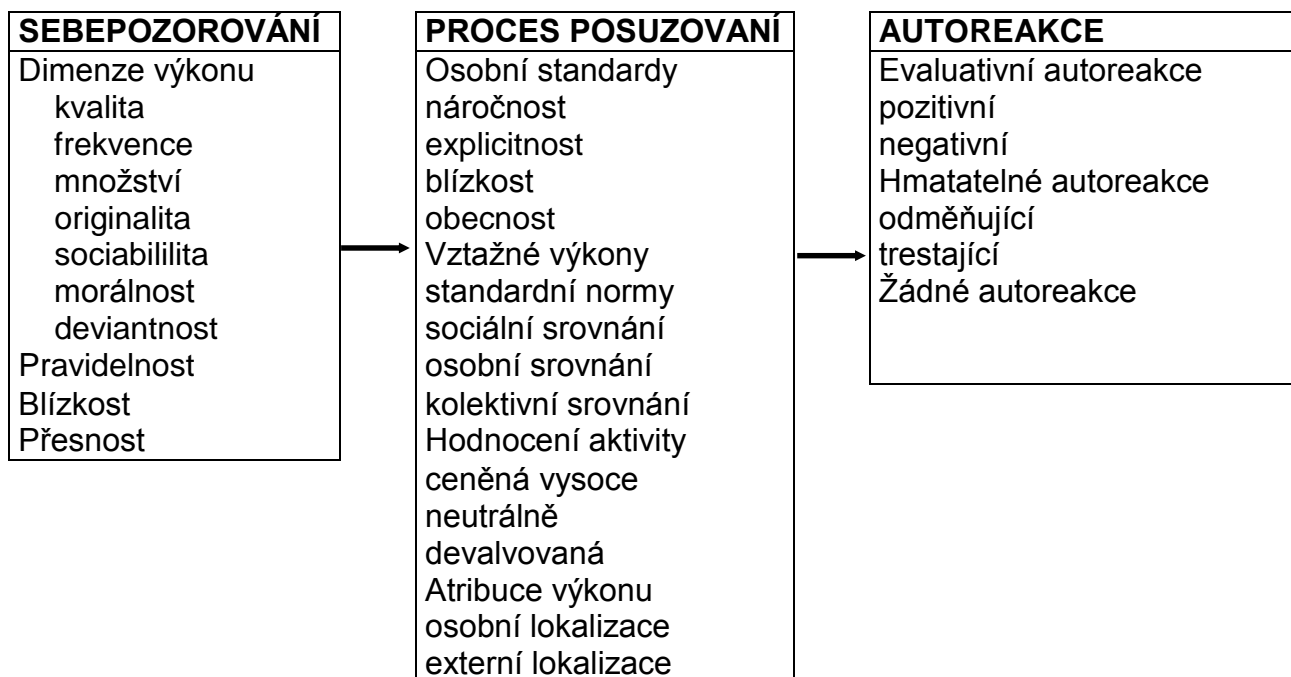
Například děti se naučí na základě pozorování filmů nejen rozmanité formy agresivního chování, ale i to, že ten, kdo se chová agresivně, je za své chování buď odměněn, nebo potrestán. Je-li agresivní chování v jejich paměti asociováno především s odměnou a přejí-li si dosáhnout této odměny (například obdiv svých vrstevníků), napodobují své vzory z filmů. Má-li naopak dítě agresivní chování asociováno spíše s trestem a chce-li se vyhnout trestu, nebude se chovat agresivně.

Autoregulace výkonů jedince

Působení vnějších důsledků, ať jedincem pouze pozorovaných anebo zažitých „na vlastní kůži“, je v sociálně kognitivní teorii pouze jedním z mechanismů regulace chování, neboť jedinec má možnost regulovat své chování i prostřednictvím důsledků, které generuje on sám.

Tyto jedincem samým generované důsledky kontrolují nejen jeho vnější chování, ale jejich prostřednictvím získává kontrolu i nad svými myšlenkami a city. V souladu s celým teoretickým systémem jsou to opět *anticipované* sobě udělené důsledky, které regulují aktuální tok psychických dějů.

Bandura předložil tento model autoregulace učení a výkonů (podle: Bandura 1986, 337):



Obrázek 25 Model autoregulace učení a výkonů podle A. Bandury.

Podle: Bandura, A. *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1986.

Tyto tři skupiny procesů jsou spolu ve stálých interakcích. Například v průběhu pozorování aktuálního chování se jedinec průběžně srovnává s určitými standardy a prožívá kladné nebo záporné emoce v závislosti na výsledcích tohoto srovnávání. Hodnocení pak je podnětem pro změnu chování, případně pro změnu pozorovaných dimenzí atd.

Sebepozorování

Jedinec nemůže regulovat efektivně své chování, není-li si plně vědom jeho charakteristik. Bandura rozlišuje mezi výkonovými a sociálními dimenzemi výkonu. Do první skupiny řadí například kvalitu, kvantitu a originalitu, do druhé jejich morálnost, sociabilitu, vztah k sociálním normám (deviace) aj. Pracuje-li například student na seminární práci, posuzuje svůj výsledek co do jeho kvality (např. zda se mu podařilo dobře formulovat důležité myšlenky), kvantitu (zda je práce dostatečně rozsáhlá), originalnosti (zda se mu podařilo formulovat nové myšlenky) a včasnosti (splní termín?). Obdobná kritéria užívá i při pozorování svých výkonů v ostatních oblastech – ve sportu, v umělecké tvorbě, při práci ve společenských organizacích.

Pozorování vlastního chování a jeho výsledků plní dvě hlavní funkce: *informační* a *motivační*. Informační funkce spočívá v ujasnění si vztahů mezi podmínkami a výsledky chování. Uvědomí-li si např. student na základě sebepozorování, že dosahuje lepších výsledků, učí-li se ráno, nebo učí-li se ve skupině stejně motivovaných přátel, získává tím důležité informace pro možnost regulace svého učení manipulací podmínek učení. Záleží ovšem na tom, zda si student navvykne sledovat tyto souvislosti pravidelně, dostatečně pozorně a přesně.

Procesy sebeposuzování

Při sebeposuzování dochází ke srovnávání aktuálních výkonů s kritérii, standardy či cíli. Důležité místo v rozpracovávání teorie autoregulace mají u Bandury otázky přejímání standardů odměňování na základě pozorování modelů. Například v jednom šetření pozorovaly děti dospělé jedince, kteří hráli určitou modifikaci bowlsu. Dospělí sebe samé často nahlas chválili a současně se odměňovali (bonbóny). Po ukončení hry byli ti dospělí, kteří si kladli *náročné* cíle, za svůj přístup pochváleni jinou dospělou osobou. Pak hrály stejnou hru děti. Otázkou bylo, jaké zvolí standardy pro to, aby se odměnily bonbónem. Výsledky ukazují, že děti si kladly vysoké standardy zejména tehdy, pozorovaly-li dospělé, kteří si sami kladli náročné cíle a byli pak za svůj výkon pochváleni.

Auto-reakce

Zdá se tedy, že je-li spokojenost jedince se sebou samým a případně i odměnění se prostřednictvím nějakých „hmatatelných“ odměn závislá na dosažení určitých výkonů, je tento jedinec motivován k dosahování požadované úrovně výkonů. Jak anticipované uspokojení (odměna), tak i nespokojenost s úrovní výkonů, která neodpovídá přijatým standardům, motivuje jedince k vynaložení vyššího úsilí a k vyšší míře houževnatosti a persistence. Na druhou stranu však nevede každý čin nutně k auto-reakcím. Např. aktivity, které nejsou pro subjekt relevantní, nebo výkony, za které se necítí odpovědný, nemusí mít tyto důsledky.

Bandura v této souvislosti sledoval problém tzv. *selektivní aktivace a vypojení auto-reaktivních důsledků*. Například spáchání amorálního činu nemusí vést nutně u jedince, který má vyvinuté morální standardy, k zápornému sebehodnocení a špatnému svědomí. Jedinec může například zpochybnit morální charakter oběti.

3.6.3 W. Mischel

Stručný životopis

Walter Mischel se narodil v roce 1930 ve Vídni. Jeho rodina se po nástupu nacismu 1938 vystěhovala do New Yorku. Mischel nejprve studoval malířství a sochařství. V roce 1951 však začal studovat klinickou psychologii. Zároveň se stal sociálním pracovníkem. Během studií přešel Mischel na Ohio State University, na níž byli jeho učitelé G.A. Kelly a J.B. Rotter. Pod vlivem jejich teorií se začal snažit o integraci teorií sociálního učení (Rotter) s teoriemi kognitivními (Kelly) do vlastního teoretického systému a výzkumu.

Po získání PhD. učil nejprve na Colorado State University a poté na Harvardu. Zde byli jeho kolegy H.A. Murray a G.W. Allport. V roce 1962 přešel na Stanfordskou universitu, kde vykonal několik výzkumů s A. Bandurou. V roce 1963 se vrátil do New Yorku a stal se učitelem na Columbia University.

V roce 1978 získal Mischel cenu od klinické psychologie APA a v roce 1982 Cenu za významný vědecký přínos od APA.

Doporučená četba

Mischel, W. *Personality and Assessment*. New York: J. Wiley, 1968.

Mischel, W., Shoda, Y., Rodriguez, M.L. *Delay of gratification in children*. *Science*. 244, 933-938, 1989.

Mischel, W. *Personality dispositions revisited and revised: A view after three decades*. In: L. A. Pervin (Ed.): *Handbook of Personality: Theory and Research*. New York: The Guilford Press, 1990. S. 111-134.

Teorie kognitivního sociálního učení

Mischel se snaží o integraci soudobé kognitivní psychologie a psychologie sociálního učení. Klade důraz na to, co jedinec *dělá* v konkrétní situaci, ne na to, jaké globální rysy jedinec *má*. Přitom to, co jedinec dělá, zahrnuje nejen jeho motorické aktivity, ale rovněž aktivity poznávací (kognitivní) a afektivní. Patří sem tedy i konstrukty, které generuje, očekávání (expektance), která si vytváří, plány a projekty, které připravuje a snaží se realizovat, a autoregulační aktivity, které mu umožňují sledovat dlouhodobé cíle.

Kromě toho to, co jedinec dělá, v sobě zahrnuje i specifické psychologické podmínky, za nichž to dělá. Do středu pozornosti se tak dostává chování lokalizované v konkrétní situaci – na rozdíl od „context-free“ rysů osobnosti.

Stručně řečeno tedy přesunula teorie kognitivního sociálního učení pozornost od globálních rysů, vysouzených z chování, ke kognicím, afektům a akcím jedinců, k nimž dochází v kontextu specifikovaných psychologických podmínek.

Mezi hlavní osobnostní proměnné Mischel řadí:

- konstruktivní kompetence
- osobní konstrukty a strategie kódování informací
- expektance
- subjektivní hodnoty, preference a cíle a
- autoregulační systémy (Mischel, 1990).

Konstruktivní kompetence

V pojetí konstruktivních kompetencí jsou zdůrazněny dvě okolnosti:

Subjekt v mysli pouze „nekopíruje“ vnějšně pozorované chování a situace, ve kterých k němu dochází, ani si je věrně nevybavuje z paměti, ale *konstruuje* je stejně tak jako i celý „reálný svět“. Významnou roli přitom mimo jiné hraje selektivní zaměření jeho pozornosti.

Je zde rovněž zdůrazněna skutečnost, že jde o *kognitivní aktivity*, o procesy, které subjekt *dělá*, nikoliv o reakce a kognice, které *má*.

Osobnostní konstrukty a strategie kódování

Druhým klíčovým momentem týkajícím se zpracovávání informací jsou způsoby, jakými jedinec kóduje a kategorizuje informace od vstupu v podobě stimulů k osobním a sociálním konstruktům, včetně schémat sebe sama, druhých lidí, situací a světa. Je zřejmé, že různí lidé jednak věnují pozornost odlišným podnětům, jednak kódují a kategorizují stejné podněty odlišně. V této oblasti výzkumu dochází k integraci a prohlubování poznatků z oblastí jako jsou implicitní teorie osobnosti, osobní konstrukty, schémata, prototypy, sebepojetí atp.

Důležitý je směr výzkumu, věnovaný problematice dostupnosti a aktivizace kognitivních schémat. Chronicky dostupná či aktivizovaná schémata jsou dobrým výkladovým schématem dispozičních preferencí či pohotovosti k reakci.

Očekávání (expektance)

Abychom mohli predikovat chování jedince v určité specifické situaci, nestačí znát jeho kompetence a konstrukty, ale je rovněž nutno znát specifická očekávání týkající se pravděpodobných důsledků chování v dané situaci.

Mischel rozlišuje v souladu s Bandurou očekávání dvojího druhu:

- očekávání týkající se vztahu mezi chováním a jeho důsledkem (zpevnění, Rotter)
- očekávání týkající se vztahu mezi osobou a chováním (self-efficacy, Bandura).

Subjektivní hodnoty, preference a cíle

Volba určitých forem chování z celkové množiny potenciálně realizovatelného chování závisí na subjektivní hodnotě očekávaných důsledků. Různí lidé hodnotí stejné důsledky různě. Tato proměnná zahrnuje například podněty, které nabyly schopnost navodit u jedince kladné nebo záporné emocionální stavy. Tyto hodnoty, zájmy a cíle jsou relativně stabilní a lidé se v nich různí. Lze je poměrně spolehlivě zkoumat na základě pozorování aktuálních voleb i pomocí dotazníků.

Autoregulační systémy

Autoregulační systémy sestávají z řady komponent, které jsou důležité pro to, jak je plánován, generován a udržován v chovu komplexní, relativně dlouhodobý vzorec cílesměrného chování. A to zejména v situaci, která pro něj představuje malou podporu nebo dokonce překážku. (Student se rozhodl, že se bude učit, ačkoli by mnohem raději dělal řadu jiných aktivit; navíc se zdá, že učení ohrožuje jeho vztah s partnerkou.) Podobně jako expektance a subjektivní hodnoty mají i autoregulační systémy důležité místo při výstavbě teorie osobnosti, neboť umožňují současně vysvětlit jak kognitivní a motivační procesy, tak interindividuální rozdíly v autoregulacích v konkrétních situacích.

3.7 Poruchy osobnosti

3.7.1 Přehled

Na rozdíl od duševních poruch jsou poruchy osobnosti definovány jako relativně **stabilní** odchylky od normy. O poruše osobnosti – dříve se používal termín *psychopatie* – hovoříme

tehdy, když jsou rysy osobnosti – tj. trvanlivé vzorce vnímání a myšlení a vztahů k sobě a ke svému okolí – natolik rigidní a maladaptivní, že významně poškozují schopnost jedince normálně fungovat. Poruchy osobnosti obvykle vznikají v dětství nebo adolescenci, přetrvávají v čase, projevují se v různých situacích a mají vliv na většinu oblastí života. Specifické emoce, myšlenky a chování jedince se liší podle konkrétní poruchy.

Poruchy osobnosti ústí v nezralé a nevhodné způsoby zvládnání stresu nebo zvládnání problémů. Na rozdíl od lidí s poruchami nálady a úzkostnými poruchami, u kterých se také vyskytuje maladaptivní chování, lidé s poruchami osobnosti obvykle necítí úzkost a nervozitu a nejsou motivováni ke změně svého chování. Tito jedinci neztrácejí kontakt s realitou a nevykazují výraznou dezorganizaci chování.

Tato skupina se liší od ostatních psychopatologických problémů tím, že nejde o chorobný proces nebo vývoj, ale o trvalý stav, vadu, *abnormní skladbu*, strukturu, architekturu osobnosti.

Lehčí stupeň takových zvláštností bývá označován jako *akcentovaná osobnost* (podivínská, samotářská, pedantická, expansivní atd.). Další stupeň, *anomální osobnost*, se liší od běžného průměru o něco více než osobnost akcentovaná, ale tyto odchylky se ještě pohybují v mezích širší normy jako její extrémní varianty.

Doporučená četba

Praško, J. a kol. *Poruchy osobnosti*. Vydání 2. Praha: Portál, 2009.

3.7.2 Klasifikace poruch osobnosti

Seznámíme se pouze s některými hlavními kategoriemi těchto poruch.

Asociální porucha osobnosti (anetická psychopatie, sociopatie)

Tato forma psychopatie je charakterizována především oploštěním až vymizením altruistických citů, tj. zejména soucitu, vřelosti, laskavosti. Chování těchto osob je určováno téměř výhradně jejich potřebami, neberou ohled na druhé, *nemají svědomí ani soucit*. Jsou-li tito lidé dostatečně inteligentní a prozíraví, projevují se jen nezájmem o osud jiných a bezohledností k okolí, ale jinak se mohou chovat formálně korektně, v zaměstnání mohou být výkonní a úspěšní. Jiní se však dopouštějí v cestě za svými zájmy zjevně amorálního až zločinného chování, zejména jsou-li primitivní a výbušní.

Tato psychopatie se projevuje již v dětství. Již v předškolním věku je u těchto dětí nápadný nedostatek přichylnosti k rodičům a ke známým osobám. Jsou nevnímaví k jejich laskání a srdečnosti, avšak jsou lhostejní i k jejich kárání nebo napomenutí. Neprojevují nikdy lítost. Ke druhým dětem se chovají nevlídně, bijí je, jsou mstiví a krutí; mají zálibu v trápení zvířat. Jsou neposlušní, mají *výjimečnou schopnost lhát* a žádné tresty ani jednání po dobrém na ně nemá nejmenší vliv. Jsou neovladatelní a nenapravitelní.

Tito jedinci bývají někdy příjemní, inteligentní, přitažliví, mají výbornou schopnost manipulovat s druhými. Někdy jsou zdatnými podvodníky.

Hraniční porucha osobnosti

Hlavním rysem hraniční poruchy osobnosti je *nestálost*. *Nálada* těchto jedinců je nestálá, projevují se u nich epizody těžké deprese, úzkosti nebo vzteku, které vznikají rychle a obvykle bez vážného důvodu. Jejich *sebepojetí* je rovněž nestálé, střídají se období pochyb o své hodnotě s obdobími pocitu vlastní výjimečnosti. I jejich *interpersonální vztahy* jsou výrazně nestabilní, dotyčný jedinec se může pohybovat mezi extrémem oddaného uctívání druhých lidí až bezdůvodného pohrdání jimi. Lidé s touto poruchou se často cítí zoufale prázdní, a

proto se snadno upnou k nějakému novému známému nebo k terapeutovi v naději, že vyplní prázdnou díru, kterou v sobě mají. Zároveň však chybně interpretují upřímné chování druhých lidí jako tendenci odvrhnout je nebo až zavrhnout. Pokud například terapeut musí z nějakého důvodu zrušit konzultaci s tímto pacientem, může si to on vysvětlit jako odmítnutí a v důsledku této reakce se u něj může rozvinout vztek nebo deprese.

Spolu s nestálostí nálady, sebepojetí a interpersonálních vztahů u těchto jedinců nastupuje tendence k impulzivnímu chování namířenému proti sobě včetně sebepoškozování a suicidálních pokusů. Sebepoškozování nabývá i podoby popálení nebo pořezání sebe samého. Lidé s hraniční poruchou osobnosti prožívají také přechodné epizody, v nichž se cítí neskuteční, ztrácejí pojem o čase, dokonce mohou zapomenout, kdo jsou.

Narcistická osobnost

Jde o poruchu, která se v současné době těší značné pozornosti. První psychologické zpracování problematiky narcismu předložil Havelock Ellis (1898) v práci o autoerotismu. Freudova práce o narcismu (původně z roku 1914) se věnovala výhradně vývoji a patologii narcismu. Freud se domníval, že v případě „perverzí“ a homosexuality doznal libidiózní vývoj některé závažné poruchy, které vedly k tomu, že jedinec nepřijal matku coby primární objekt lásky a zaměnil za ní sebe sama. Jiný významný příspěvek ze strany psychoanalýzy tvoří analýza charakterů od W. Reicha (1933). Mezi hlavní povahové rysy jeho „falicko-narcistního“ charakterového typu patří sebejistota, působivost vystupování, prohrání druhými, působení dojmem důstojnosti a mimořádnosti.

Podle teoretiků sociálního učení (Millon, 1990) lze původ této choroby spatřovat v excesivním a ničím nepodmíněném kladném hodnocení dítěte rodiči. V důsledku toho vznikne pocit sebeúcty, který nemá reálnou bázi ve výsledcích dítěte. Dítě se stává současně silně zranitelné vzhledem k objektivním neúspěchům a slabým stránkám.

Narcistická osobnost podle Millona:

Funkční oblasti:

- a) **Arogantní chování:** přestupuje konvence a pravidla soužití, která pokládá za naivní nebo pro ní nepřiměřená; vykazuje pohrdání osobní integritou druhých a lhostejnost k jejich právům.
- b) **Interpersonálně exploativní (vykořisťující):** je neempatická, očekává zvláštní přízeň, ohledy a výsady bez přijetí recipročních závazků; nestoudně bere druhé jako samozřejmost a zneužívá je například ke zlepšení své situace nebo k uspokojení jiných přání.
- c) **Kognitivně expansivní:** má nedisciplinovanou fantazii a nadměrně se zaobírá nezralými (infantilními) fantaziemi, týkajícími se vlastních úspěchů, krásy a lásky; je minimálně vymezena objektivní realitou, s fakty nakládá volně a často lže, aby si o sobě uchovala iluze.
- d) **Mechanismy racionalizace:** klame sebe samu, snadno si vymyslí přijatelné důvody, ospravedlňující egocentrické a netaktní chování; předkládá alibi, aby se stavěla do co možná nejlepšího světla - i přes zjevné nedostatky a chyby.

Strukturní oblasti:

- e) **Bezstarostná nálada** (působí celkově dojmem nonchalance a klidu; zdá se, že je chladná a nelze ji dojmout; jindy působí naopak vzletně a optimisticky; je-li však otřesena její narcistická sebedůvěra, reaguje okamžitě hněvem, zahanbením nebo zaraženě).
- f) **Obdivuhodný obraz sebe (admirable self-image)** (předvádí se sebedůvěrou, jedná sebejistě, chlubí se úspěchy; má vysoké mínění o své hodnotě, i když je druhými považována za egoistickou, bezohlednou a arogantní).

g) **Umně vytvářené internalizace** (vnitřní representace objektů jsou vytvořeny mnohem více, než je obvyklé, z iluzorních představ a vzpomínek, syntetických drivů, konfliktů a pretendovaných, ne-li přímo simulovaných percepceí a postojů; je-li třeba, lze všechny tyto interní representace přetvořit).

h) **Falešná morfologická organizace** (adaptační a obranné strategie jsou povrchní a průhledné, budí dojem, že jsou zásadnější a více dynamicky sladěné, než je tomu ve skutečnosti; své impulsy regulují pouze marginálně, pudová hnutí usměrňují pouze s minimálním omezením, vytvářejí vnitřní prostředí, ve kterém zůstávají konflikty neřešeny, neúspěchy se snadno ospravedlňují a pycha a hrdost jsou bez nesnází opět získány).

Paranoidní psychopatie

Paranoidní psychopati mají nadměrně vyvinutou vlastnost, která je v normě mimořádně důležitá – totiž *ostrážitost, nedůvěru k neznámému*. Dále se u nich přehnaně uplatňuje princip kauzality – u každé události hledá příčinu, zejména jejího původce. Všude tuší nebezpečí, zlou vůli, záladnost, nepřátelství, spiknutí. Následkem toho interpretuje i lhostejné či neutrální chování druhých jako nepřátelské. Mluvíme o *vztahovačnosti*. Na rozdíl od *paranoidní psychózy* zde však nejde o pravé bludy, nýbrž o ovládací nebo dominující představy.

Paranoidní povaha se projevuje různými typy ovládacích či dominujících představ. K hlavním patří tyto:

Paranoidní žárlivost. Sem patří ta forma, kdy se žárlivec kromě podezřívání ještě vyznačuje aktivní snahou přistihnout partnera při nevěře a zasáhnout, anebo alespoň včas zaregistrovat podezřelé okolnosti nebo předměty.

U *kverulantství a sudičství* je vysoká zranitelnost spojena s neúnavnou a houževnatou právní a administrativní bojovností. Protože chorobné zaujetí nelze ukojit ani vyhranými dílčími spory, postupuje kverulant ve své nápravě lidských věcí neochvějně neustále vpřed. Zpravidla je zastaven a psychiatricky vyšetřen až tehdy, když napadá a obviňuje stále vyšší instituce.

Reformátorství se soustředí především na snahy po nápravě společenského řádu, náboženství, lidského soužití. Neúchylným přesvědčením, imponujícím vystupováním a sebevědomím získávají tito jedinci skoro vždy stoupence a často zakládají sekty rozličného zaměření.

Psychopatické vynálezectví lze rozpoznat od pravého vynálezectví podle toho, že je buď bizarně směšné (tvůrci nových řečí nebo nomenklatury) nebo diletantské.

Fanatici se vyznačují nadšeným, nekritickým, nesnášenlivým stoupenectvím, hlavně v oblasti ideologie (náboženství, politika, národnostní šovinismus, rasismus, sportovní fanouškovství). Někdy je těžké je odlišit od normálních vášnivých vyznavačů obecných idejí.

Psychopatická hypochondrie je typická dominující starostí o vlastní zdraví. Například kancerofobie zde nemá – přes svůj název – charakter neurotické fobie (to by si byl pacient vědom toho, že jeho strachy jsou bezdůvodné), ale dominující představy.

Schizoidní psychopatie

Dříve se většina těchto psychopatů označovala jako *podivíni*. Schizoidní psychopatie se po stránce emotivity vyznačuje především nedostatkem schopnosti vyjádřit city, vztahy, družnost, chybí hladký kontakt s okolím. Jsou to osobnosti buď plaché, nebo naopak vyzývavě drzé (nápadné oblékání, opozice). Schizoidi jsou někdy sensitivní, zranitelní až vztahovační. Mohou se cítit dobře ve společnosti intimních a chápajících přátel, ale vyhýbají se vystupování na větším fóru, dávají přednost knihám a přírodě. Někteří mají originální postřehy, odhalují s neúprosnou logikou nepříjemné pravdy, jsou rození satirici, tvůrci

aforismů. Mají rádi klidnou, soustavnou, třeba i monotónní práci. Rádi se zabývají vším, kde lze postihnout nebo zavést řád, systém, logiku (tedy od práce skladníka až po laboratorní pracovníky a vědce). Dochází-li k závěrům odchylným od běžných názorů, neberou vůbec zřetel ke skutečnosti a drží se důsledně své vlastní teoretické systematiky, která je vždy poněkud originální či podivná.

U některých jiných filosofování, vymýšlení systémů, sklony k mystice, parapsychologii atp. nabývají rázu neúčinných aktivit.

Anankastická psychopatie (obsedantně-kompulzivní)

Anankastičtí psychopati mají jako typickou vlastnost **úzkostlivost, nejistotu, nerozhodnost, pudovou slabost**. Neustále se obávají, že závažné události špatně dopadnou, potřebují povzbuzování od svého okolí.

Pedanti se věnují hlavně neustálému uspořádávání věcí kolem sebe. Všechno mají srovnáno, výdaje spočítány, aktivity na minuty naplánované dopředu. V práci jsou přesní, ale někdy až tyranicky puntičkářští. V domácnosti se stávají nesnesitelní, neustále všechno znovu kontrolují a dávají do pořádku, takže se k ničemu užitečnému nakonec ani nedostanou.

Obsedanti, vlastní anankasti se projevují buď sklonem k fobiím, nebo rituálními úkony. Jejich obsese připomínají magické počínání přírodních lidí nebo psychotiků, ovšem s tím rozdílem, že anankast si je vědom neúčinnosti a iracionální motivace těchto činů. Snad nejcharakterističtější jsou pro ně neustálé kontroly, ověřování, pochybování, zda zhasli světlo a vypnuli plyn, zda zamkli byt atp. Sepětí psychopatie a úzkostné neurózy je zde tak těsné, že je od sebe lze odlišit pouze průběhem: to co trvá celoživotně ve stejné intenzitě a obsahu, připisujeme spíše osobnosti. To co se mění, případně zaniká, připisujeme spíše procesu (neuróze).

Thymopatie (dysthymní nebo afektivní psychopatie)

Thymopatie znamená trvalé (nezřídka celoživotní) vychýlení emocionality. Obdobně jako u poruch nálad se rozlišují tři hlavní kategorie:

Depresivní (hypothymní) osobnost je trvala posmutnělá, pesimistická, nevýbojná až plachá, všude ustupuje před tvrdostí světa, někdy je trpitelská, naříkavá, ale vždy hledá vinu spíše v sobě než v okolí. Nepříznivé životní události mohou vést k dekompenzaci ve směru psychogenní deprese.

Hyperthymní (hypomanická) osobnost se vyznačuje trvale nadnesenou náladou, čilostí, energií, ochotou k seznamování, k podnikání až riskování. Tito jedinci se stávají například konferenciéry, komiky, vyjednávači. Převažuje-li u nich energie, vysoké sebevědomí a nezkrotná podnikavost, mluvíme o *expanzivních povahách*, u kterých se mohou vyskytovat sklony k agresivitě, vztahovačnosti a kverulantství.

Thymopatie cykloidní má období depresivní a manické. Tato období však nikdy nedosahují kvality své patické nálady, ačkoliv celkově ovlivňují prožívání a chování jedince.

Explozivní psychopatie

Explozivní psychopatie se vyznačuje anomálií v oblasti afektové, a to sklonem ke zlostné výbušnosti. Všechny podněty, které vyvolávají i v normě zlost (útok, urážka, zesměšňování, odmítání atp.), zde vedou k nadměrnému afektu (vzteku) až agresii. Na vrcholu afektu se může někdy vyskytovat až krátkodobý mráкотný stav (patický afekt). Agresivita je buď verbální, nebo fyzicky je zaměřena proti věcem a osobám. To je někdy přivádí do rozporu se zákonem.

Histriónská psychopatie

Snad nejpříznačnějšími znaky jsou zde **přehnaná emotivita** a potřeba **dramatického vyjadřování pocitů nespokojenosti**. Dalším rysem je výrazný egocentrismus.

Základní potíže – pocit neuspokojení, chudoby zážitků, nedostatečného životního naplnění – je velmi trýznivá a oni vlastně velmi trpí. Jejich emotivita je nadměrně živá, exaltovaná, produkuje i krajní emoční stavy (přecházejí někdy až do poruch vědomí), ale přitom zřetelně mělká, nesolidní, povrchní.

Jejich hysterická „upřímnost“ není projevem pevného a přímého charakteru, ale netaktnosti, nevkusy a neschopnosti potlačit mínění o vadách a chybách bližních.

Mnoho nepochopitelných jevů u nich vyplývá z nedostatku *občasné důstojnosti*. Hysterický jedinec se nestydí za skandál, opovržení, trest. Upozornit na sebe jakýmkoli způsobem, nejde-li to užitečným výkonem, je kategoričká potřeba. Trest a hanba jsou přijatelnější než jít životem nenápadně a bez pompy.

II Zdravotnická psychologie

Anotace předmětu:

Předmět je koncipován jako teoreticko-praktický. Řeší problematiku psychologie nemocných. Směřuje ke kvalitnějšímu poznání nemocného a k pochopení jeho potřeb i problémů, které mu nemoc přináší. Prohlubuje poznatky, které jsou důležité pro profesionální zvládnutí náročných situací v péči o nemocné, osoby se zdravotním postižením a umírající jedince.

Garant předmětu:

doc. PhDr. Karel Hnilica, CSc.

1 Základní pojmy a procesy

1.1 Zdraví a nemoc

1.1.1 Od boje s nemocí k podpoře zdraví

Medicína a prodlužování střední délky života

Od sedmáctého století se stále zvyšující rychlostí vyvíjí poznání lidského těla a porozumění procesům, které souvisejí s různými nemocemi. V souladu s tím se dosáhlo neuvěřitelných pokroků v medicíně. Současně s tímto pokrokem v lékařských poznatcích a v léčebných prostředcích dochází k neustálému prodlužování střední délky života (life expectancy, LE, e_x).

Střední délka života (life expectancy, e_x)

Střední délka života je základním a nejčastěji zkoumaným údajem týkajícím se zdraví na úrovni států. Informuje o tom, kolik let se v průměru dožije jedinec, kterému je určitý počet let. Kolik let se například dožije jedinec, kterému je dnes 22 let, tj. $e_{22} = ?$. Nejčastěji je tento údaj spojován s otázkou, kolik let se v průměru dožijí *příslušníci určité věkové kohorty*, tedy od $e_x = 0$. Kolik let se například dožijí v průměru lidé, kteří se narodí v roce 2009, nebo lidé, kteří se narodili v roce 1989. Jde přirozeně o odhady, které jsou založené na dlouhodobých trendech.

Střední délka života je počítána zvláště pro muže a pro ženy, neboť téměř ve všech společnostech je kratší u mužů než u žen. V současné době je celosvětový průměr **67,2 let** ($R = 40-83$); pro muže je průměr 65,0 let a pro ženy 69,5 let.

pořadí	stát	průměr	muži	ženy
1.	Japonsko	82,6	79,0	86,1
2.	Hong Kong	82,2	79,4	85,1
3.	Island	81,8	80,2	83,3
4.	Švýcarsko	81,7	79,0	84,2
5.	Rakousko	81,2	78,9	83,6
44.	ČR	76,5	73,4	79,5
191.	Lesotho	42,6	42,9	42,3
192.	Sierra Leone	42,6	41,0	44,1
193.	Zambie	42,4	42,1	42,5
194.	Mozambik	42,1	41,7	42,4
195.	Svazijsko	39,6	39,8	39,4

Tabulka 19 Střední délka života v roce 2012 ve vybraných státech

Neplatí ale, že dnes narozená žena v ČR bude před sebou mít, až jí bude 20 let, 59,5 roku! e_0 se sice rovná 79,5, ale e_{22} bude vyšší, protože se odečte procento těch žen, které mezitím již zemřely. Tento rozdíl činí ve dvaceti letech asi 1 rok. Podobně tomu až jí bude 79,5, nebude očekávaná doba jejího života $e_{79,5} = 0$ let, ale možná 5 let.

Jak jsme zmínili, střední délka života se stále prodlužuje. Například v USA byla v roce 2007 střední délka života o dvacet let delší než v roce 1900. V roce 2007 byla průměrná střední délka života 78 let, zatímco v roce 1900 pouze 48 let. V poslední době činí tento nárůst ve vyspělých státech asi 3 roky za každé desetiletí. V ČR se zvýšila od roku 1990 do roku 2000 střední délka života mužů z 68 na 72 a žen ze 76 na 78 let.

Infekční a civilizační choroby

Ve většině států je hlavní příčinou prodlužování délky života úspěšné odhalení a odstranění příčin řady **infekčních nemocí**, které byly v dřívějších dobách hlavními příčinami úmrtí (zápal plic, tuberkulóza, spála, spalničky aj.). Odhaduje se například, že v roce 1900 bylo 11 hlavních infekčních nemocí příčinou asi 40 % úmrtí, avšak v roce 1973 byly tyto nemoci příčinou pouze 6 % úmrtí. V 80. letech ovšem počet úmrtí vlivem infekčních nemocí opět o něco stoupl, hlavně díky rozšíření nové infekční nemoci – AIDS.

Protože ke zvyšování střední délky života dochází ve stejném období, ve kterém došlo k odhalení etiologie řady infekčních nemocí a k objevu chemických prostředků k jejich léčbě a prevenci (očkování), zdálo se, že pokroky v medicíně jsou příčinou této změny ve střední délce života. A s tím přišlo optimistické očekávání, že další pokroky povedou k odstranění i ostatních nemocí. Tyto závěry jsou však patrně chybné. Ve stejném období došlo k obrovské řadě dalších změn. Například ve většině vyspělých zemí byly odstraněny nejzávažnější zdroje infekčních nemocí související s potravou a vodou (například čištění odpadních vod). Různí autoři ukázali, že například v USA (McKinlay, 1981) a ve Velké Británii (McKeown, 1979) došlo k nejvýraznějšímu poklesu v úmrtnosti vlivem těchto infekčních nemocí ještě *dlouho před tím*, než byly objeveny a než se rozšířily léky sloužící k jejich léčbě a prevenci. V současné době jsou hlavními příčinami úmrtí **kardiovaskulární problémy a karcinomy**. Ačkoli došlo během posledních desetiletí k mírnému snížení výskytu i těchto nemocí a ačkoli se na tomto příznivém trendu podílí nesporně i lékařství, je ve hře opět mnohem více faktorů. Například autoři jedné známé studie odhadují, že na poklesu úmrtnosti na kardiovaskulární

problémy mezi lety 1968 a 1976 v USA se z více než 50 % podílely **změny v životním stylu** Američanů. Mezi nejvýznamnější patří snížení příjmu potravin s vysokými hladinami cholesterolu a snížení kouření (Goldman, Cook, 1984). V posledních desetiletích dochází v některých státech rovněž k poklesu mortality vlivem karcinomů, zejména karcinomu plic. Hlavní příčina je opět spatřována ve změně postojů ke kouření a ve snížení kouření v těchto státech (například v USA).

1.1.2 Od odstraňování nemocí k programům podpory zdraví

Ve 20. století došlo v západních společnostech k hluboké reflexi významu zdraví. Zatímco dlouhá léta bylo zdraví považováno za absenci nemoci, začaly se postupně zdůrazňovat i jeho pozitivní aspekty. Zásadní vliv na tuto proměnu měly výrazný pokles úmrtnosti v důsledku infekčních onemocnění, výrazné zlepšení životních podmínek a zvýšení střední délky života za následek. Tato změna perspektivy se zřetelně prosadila i v definici zdraví, již v roce 1948 předložili odborníci WHO. Podle této definice **„Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease and infirmity.“** („Zdraví je stavem, kdy je jedinec zcela dobře, a to fyzicky, psychicky i sociálně. Není to pouze nepřítomnost nemoci a neduživosti.“)

Tato definice má řadu kladů a záporů. Mezi základní nedostatky patří jistě to, že termíny, jimiž definuje zdraví, zůstávají samy nedefinovány (nedozvíme se, co je to well-being, disease, infirmity atd.). Mezi uznávané klady patří ty, o nichž jsme se zmínili. Prvním z nich je, že nedefinuje zdraví negativně, jako nepřítomnost nemoci, ale pozitivně, jako well-being, tedy stav, kdy je jedinec dobře či kdy na tom je dobře (mentálně, sociálně). Druhým kladem je, že upouští od tradičního definování zdraví jako zdraví tělesného, ale výslovně uvádí, že zdravotní stav jedince je mnohorozměrný, a že tělesné zdraví je pouze jednou z více dimenzí. Rostoucí zájem o prevenci nemocí a snaha o kultivaci širě chápaného zdraví vedly ke změně strategií veřejného zdravotnictví a celkové péče o zdraví. Důraz je kladen na **podporu zdraví** (health promotion). Lze přitom rozlišit několik přístupů (Janečková, Hnilicová, 2009, s. 232):

- **medicínský neboli preventivní model:** cílem intervence je snížení nemocnosti a úmrtnosti, dominantní aktivitou je lékařská intervence, tedy preventivní prohlídky, očkování, osvěta vedená odborníky;
- **model změny chování:** intervence spočívá v poradenství a informačních kampaních zaměřených na změnu životního stylu s cílem ovlivnit chování jedinců; lidé jsou považováni za spoluviníky svých zdravotních problémů;
- **model vzdělávání a výchovy:** podpora lidí v dovednosti informovaně se rozhodovat o svém chování, pokud se týká zdraví, umožnit jim provádět „zdravé volby“;
- **model zplnomocňování, empowerment:** pomoc lidem v rozpoznávání zdravotních rizik, v získávání kontroly nad podmínkami vlastního života, v participaci a spolupráci; advokacie a obhajování práv, pomoc při vyjednávání, vytváření aliancí, posílení vlastních aktivit, rozvoj vůdcovství, komunitní plánování;
- **model společenské změny:** důraz na roli veřejné politiky, na intervence v oblasti zákonodárství, na fyzické, sociální i ekonomické prostředí, které podporují zdraví všech členů společnosti.

Je zjevné, že většina těchto strategií je zaměřena na změnu těch aspektů životního stylu, které jsou příčinou nebo spolupříčinou největšího počtu úmrtí (kouření, nadměrné požívání alkoholu, nezdravá dieta, sedavý způsob života).

1.1.3 Vliv postojů a chování na zdraví a nemoc

V jedné z nejznámějších sérií výzkumů věnovaných vztahům mezi chováním a zdravím Belloc, Breslow a jejich spolupracovníci (Belloc, Breslow, 1972; Belloc, 1973; Breslow, Enstrom, 1980) zkoumali vztahy mezi úmrtností a chováním u souboru cca 7000 lidí v Kalifornii. Na základě statistických analýz dospěli k závěru, že se zdravím souvisí těchto sedm forem chování (zde je převádíme do podoby doporučení):

1. Spát minimálně 7 až 8 hodin denně.
2. Snídat každé ráno.
3. Nekouřit.
4. Nejíst mezi hlavními jídly (snídaně, oběd, večeře).
5. Pohybovat se přesně nebo velmi blízko doporučené váhy.
6. Alkohol pít střídavě nebo vůbec.
7. Pravidelně cvičit.

Tento soubor byl sledován opakovaně po pěti a půl letech a ještě jednou po devíti a půl letech. Autoři dospěli k závěru, že těchto sedm forem chování souviselo s úmrtností, a to nezávisle na věku, pohlaví a socioekonomickém statusu zkoumaných jedinců. Čím více těchto „dobrých“ životních aktivit jedinci vykazovali, tím větší měli pravděpodobnost, že budou žít ještě po pěti a půl a potom i po devíti a půl letech. Autoři rovněž zjistili, že tyto aktivity jsou poměrně stabilní. Ukázalo se například, že muži, kteří provozovali všech sedm aktivit, měli po devíti a půl letech o 72,5 % nižší úmrtnost než muži, kteří neprovozovali žádnou nebo jen jednu až tři z nich. Ženy, které provozovaly všech sedm aktivit, měly po devíti a půl letech o 57 % nižší úmrtnost než ženy, které neprovozovaly žádnou nebo jen jednu až tři z nich. Tito autoři rovněž naznačují, že zdravotní stav lidí nad 70 let, kteří provozují pravidelně všech sedm aktivit, je srovnatelný se zdravotním stavem lidí kolem 40 let, kteří provozují méně než tři z nich.

Při přepočtech, kdy autoři vzali v úvahu vlivy příslušníků odlišných věkových skupin, dospěli k těmto průměrným číslům.

počet pravidelně provozovaných zdravých návyků	procento úmrtí během devíti let	
	muži	ženy
7	5,5	5,3
6	11,0	7,7
5	13,4	8,2
4	14,1	10,8
3-0	20,0	12,3

Tabulka 20 Vztah počtu zdravých návyků a frekvence úmrtí (viz text)

Z tabulky je patrné, že každá jednotlivá aktivita (zdravý návyk) přispívá ke zvýšení střední délky života.

Další výzkumy tato zjištění potvrdily a celkově přispívají k závěru, že rozhodujícím faktorem ovlivňujícím zdravotní stav populací a jedinců je jejich vlastní chování a životní styl.

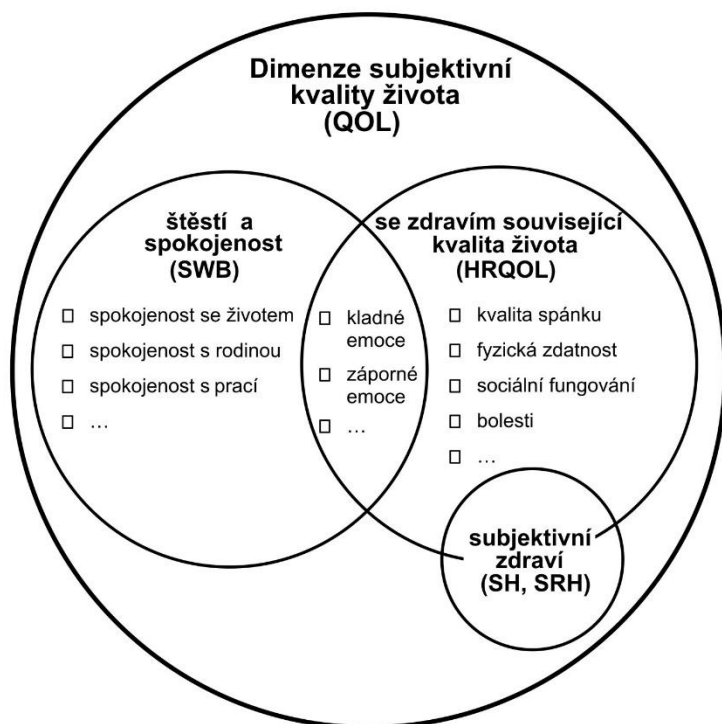
Je přitom důležité zmínit, že samotné prodlužování života je pouze jedním z cílů zdravého životního stylu. Druhým, a možná důležitějším cílem, je zvyšování kvality života.

1.1.4 Kvalita života

Ve výzkumech kvality života se obecně rozlišují dvě základní dimenze – objektivní a subjektivní. Objektivní dimenze kvality života se týká sociálních a materiálních podmínek života, sociálního statusu a fyzického zdraví. Subjektivní kvalita života je podmíněna individuální spokojeností s různými oblastmi života a důležitostí, kterou jim jednotlivec přikládá. Lze ji označit jako subjektivní posouzení vlastní životní situace. Pro označení subjektivní stránky kvality života se v odborné literatuře používají různé pojmy jako například „štěstí“ (happiness) „well-being“ a „subjective well-being“.

Subjective well-being (subjektivní pohoda)

Pojetí subjektivní dimenze kvality života označené Edwardem Dienerem jako **subjective well-being** patří dnes k nejlivnějším. Je zaměřeno na zkoumání *štěstí a spokojenosti*. Pro vymezení jeho obsahu měly zásadní význam tři práce. V první z nich dospěl N. Bradburn (1969), který se věnoval hédonickému pojetí štěstí, k závěru, že kladné a záporné emoce nejsou dvěma póly téže dimenze, ale že jde o dvě nezávislé dimenze, které jsou ovlivňovány odlišnými proměnnými. To jej vedlo k definici kvalitního života jako života, v němž *převažují kladné emoce nad emocemi zápornými*. O několik let později zavedli Andrews a Whitey (1976) škálu určenou k měření *celkové spokojenosti se životem*. Ve stejném roce vydali Campbell, Converse a Rodgers (1976) práci věnovanou zkoumání souvislostí mezi celkovou spokojeností se životem a *spokojeností s jednotlivými oblastmi*, jimiž jsou například rodina, práce, zdraví, dosažená úroveň vzdělání atd. Subjektivní kvalita života (SWB) je v návaznosti na tyto práce v psychologii dnes často pojímána jako konstrukt, který je definován čtyřmi spolu souvisejícími, avšak nepřekrývajícími se komponentami: kladnými emocemi, zápornými emocemi, spokojeností s jednotlivými oblastmi a spokojeností se životem jako celkem. Kladné a záporné emoce představují afektivní komponentu kvality života, spokojenost s jednotlivými oblastmi a spokojenost se životem jako celkem její komponentu kognitivní (Diener, 1984; Diener et al., 1999). Emocionální složka je hédonickým hodnocením řízeným emocemi a pocity, zatímco kognitivní složka je založena na hodnocení vlastního života, tedy posouzení míry, do jaké život odpovídá očekáváním a přibližuje se „ideálu“. Kromě štěstí a spokojenosti je – především v medicínských vědách – zahrnováno mezi dimenze subjektivní kvality života také *subjektivní zdraví* (Subjective Health, SH), případně dimenze zahrnuté pod společný konstrukt *se zdravím související kvalita života* (Health-Related Quality Of Life, HRQOL). Jejich vztahy můžeme znázornit takto (Hnilica, 2005):

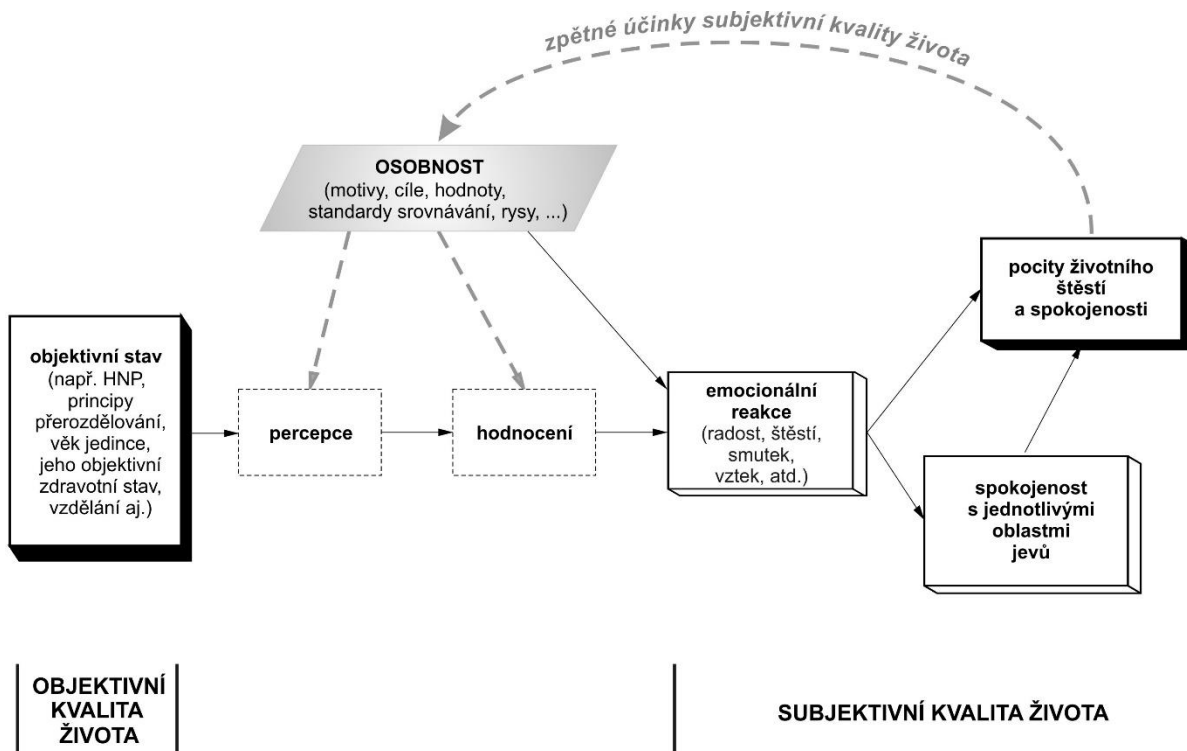


Obrázek 26 Dimenze subjektivní kvality života

Zdroj: Hnilica, K. (2005) Věk, pohlaví a kvalita života. In J. Payne et al. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, str. 417.

Procesuální model kvality života

Integrace objektivní a subjektivní komponenty kvality života je předmětem odborných diskusí. Jeden z možných modelů teoretických vztahů mezi objektivními podmínkami a subjektivní kvalitou života předložili ve své práci například Hnilica et al. (2006). Ekonomické, politické, sociální a jiné objektivní podmínky (životní standard, objektivní kvalita života) vedou v tomto modelu k emocionálním reakcím. Emocionální reakce – například zkušenosti v určité oblasti – jsou časem integrovány do kognitivní sumarizace, která má podobu spokojenosti s danou oblastí. Emocionální reakce kromě toho mohou ovlivnit zdravotní stav jedince. Například materialističtí jedinci se v řadě ohledů liší od méně materialistických jedinců: mají odlišné hodnoty, osobnostní rysy, používají jiné standardy srovnávání atd. V důsledku toho lze očekávat, že budou na stejné objektivní podmínky reagovat jinak než lidé méně materialističtí, že tedy jejich emocionální reakce a celková kvalita života budou jiné než emocionální reakce a kvalita života lidí méně materialistických.



Obrázek 27 Procesuální model kvality života

Zdroj: Hnilica, K., Rendlová, M., Bariekzahyová, T. a Hnilica, M. (2006) *Životní standard, individualistické hodnoty a spokojenost se životem*. *Československá psychologie*, 50, 202.

Cílem psychologické intervence je pak nejen ovlivňování chování ve směru zdravého životního stylu, ale rovněž ovlivňování postojů, cílů, hodnot a celkového prožívání objektivních podmínek života. Obecnějším cílem je dosahování štěstí, spokojenosti a smysluplného života

Vliv stresu na zdraví, nemoc a kvalitu života

V uvedeném modelu působí objektivní podmínky na zdraví a kvalitu života zprostředkovaně. Některé z těchto podmínek mohou mít charakter stresorů, tedy podmínek a událostí, které vyžadují adaptaci a které v nás zpravidla navozují záporné emoce, jako jsou vztek, smutek, závist či deprese. Ty mohou zpětně ovlivňovat naše vnímání a hodnocení objektivních podmínek, ale mohou mít rovněž vlivy na subjektivní pocity našeho zdraví i na naše zdraví objektivní.

V dalším textu ukážeme, že existuje přesvědčivé množství poznatků, které ukazují, že stres může mít negativní účinky na naše zdraví. Do určité míry jsou tyto důsledky dány tělesnými procesy, které jsou vrozené a měly v evoluci patrně adaptační funkci. V souhře jsou zde procesy probíhající v autonomní nervové soustavě, v endokrinní soustavě a v systému imunitním (Selye, 1976). Nemalý díl na tom, jak tyto stresory působí a se kterými se setkáváme, mají však i naše osobnost, naše postoje a náš životní styl. Například alkoholismus má přímé negativní účinky na objektivní zdraví. Může však mít i řadu dalších negativních účinků, například ekonomické, sociální, pracovní. Vlastní chování je tak příčinou řady dalších problémů.

Skutečnost, že jsou životní styl a psychosociální stres důležitými determinantami zdraví a nemoci, je obtížně slučitelná s převažujícím **biomedicínkým modelem**. Tento model předpokládá, že každá nemoc má svoji primární biologickou příčinu, která je objektivně identifikovatelná. Protože psychologické faktory (včetně našeho chování) nejsou chápány

jako potenciální příčiny nemocí, nejsou do tohoto modelu zahrnuty. Tím, že se soustředí pouze na biologické faktory, přehlíží tento model skutečnost, že řada nemocí, které ovlivňují zdravotní stav populací, jsou dány interakcí sociálních, psychologických a biologických faktorů. Jako alternativa se proto dnes prosazuje **biopsychosociální model**, který – v souladu s WHO definicí zdraví – chápe zdraví jako multidimenzionální a současně multidimenzionálně podmíněné.

1.2 Postoje ke zdraví a jejich ovlivňování

Proč lidé škodí svým chováním svému zdraví? Proč kouří, nadměrně pijí, jí nezdravě? Je možné změnit jejich chování? V psychologii existuje několik modelů, které byly vyvinuty specificky k predikci a vysvětlení chování souvisejícího se zdravím, nebo jako obecné modely umožňující predikci chování.

Všechny tyto modely jsou založeny na předpokladu, že člověk je rozumná bytost, která po zvážení různých pro a proti dospěje k rozhodnutí, kterého se drží. Tyto předpoklady jsou ale často nerealistické. Jestliže nám například umře někdo blízký na následky rakoviny plic, můžeme se pevně rozhodnout, že nebudeme kouřit. Již za pár dní se ale přistihneme, že máme chuť si v partě přátel zapálit – a za chvíli to i uděláme. Nebo se rozhodneme, že budeme dodržovat zdravou stravu – avšak stačí nějaké stresy, nebo pouze návštěva v oblíbené restauraci, a naše předsevzetí vezme za své. Modely beroucí v potaz pouze rozvažování a vůli jsou zjevně neúplné, nedoceňují vliv našich impulzivních, zautomatizovaných, někdy i nevědomých procesů, které se vědomým a rozumným rozhodnutím často stavějí do cesty. Ve druhé části této kapitoly se věnujeme vztahu těchto dvou zčásti odlišných determinant našeho chování.

1.2.1 Vztahy mezi přesvědčením, postojem a chováním

Většina psychologických modelů vychází z toho, že ústřední roli při determinaci našeho chování souvisejícího se zdravím („zdravého chování“) hrají naše postoje, přesvědčení a intence (úmysly).

Struktura postojů

Postoje jsou vysouzené (teoretické) proměnné, které nám umožňují vysvětlit, proč některé věci a aktivity máme raději a jiné méně rádi a proč je v souladu s tím hodnotíme více nebo méně kladně. Těmito věcmi a aktivitami může být takřka vše – například cigareta, bílý jogurt, četba knížek o zdraví, kouření nebo pohyb na zdravém vzduchu. Na druhou stranu ale jimi nemůže být úplně vše – většina z nás například patrně nemá žádný postoj ke stronciu 90. Počet našich postojů je tedy konečný; končí rozsahem předmětů, které existují v našem duševním světě.

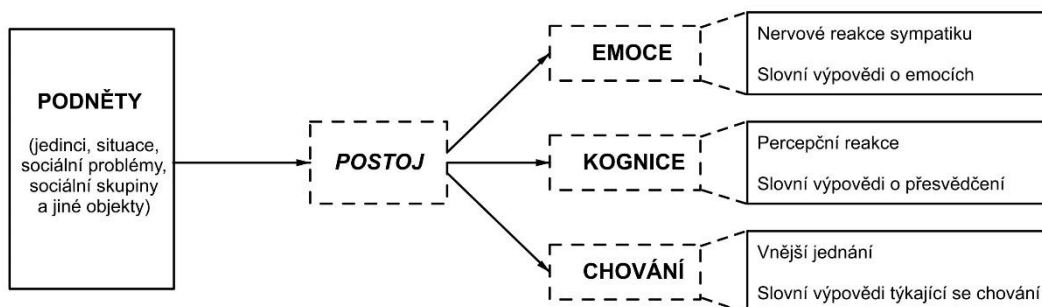
Postoj také můžeme definovat jako *paměťovou strukturu*, v níž jsou uloženy informace o určitém předmětu nebo aktivitě (například o cigaretách nebo o kouření) a o hodnocení tohoto předmětu (na škále od kladného po záporné). K tomu, aby mohl mít postoj vliv na naše přemýšlení, emoce a chování, musí být v paměti aktivován.

Paralelní pojetí dimenzí. Podle klasických teorií postojů sestává každý postoj z několika dimenzí. Například podle slavné teorie Milтона Rosenberga a Carla Hovlanda má postoj tři základní dimenze: emocionální, kognitivní a behaviorální (týkající se úmyslů, motivů a chování). Toto trojstránkové pojetí postoje znázorňuje obrázek.

**Měřitelné
nezávislé
proměnné**

Intervenující proměnné

**Měřitelné závislé
proměnné**



Obrázek 28 Trojstránkový model postoje

Zdroj: Rosenberg, M. J. Hovland, C. I. (1960) Cognitive, affective, and behavioral components of attitude. In M. J. Rosenberg et al.: *Attitude Organization and Change*. New Haven: Yale University Press, str. 2.

Samotný postoj je v tomto modelu označen jako **intervenující proměnná**. To znamená, že ho nelze pozorovat, že pouze slouží k vysvětlení vztahů mezi podněty a reakcemi.

Na toto pojetí navazují soudobá pojetí, která navíc někdy rozlišují hodnotící (kognitivně evaluativní) a emocionální dimenze.

1. Kognitivní:

Kognitivním jádrem postoje je **přesvědčení**, jež lze vyjádřit jako tvrzení (označované jako názor). S tímto tvrzením mohou někteří lidé souhlasit, jiní ne. Patří mezi ně například tyto věty:

- kouření škodí zdraví
- spát více než šest hodin denně je zbytečné
- zdraví záleží více na genech než na chování.

2. Hodnotící (evaluativní):

Klíčovou charakteristikou postoje je hodnocení. Hodnocením se rozumí posouzení objektu postoje na dimenzi “*příznivý – nepříznivý*”, “*žádoucí – nežádoucí*”, “*sympatický – nesympatický*”. Příklady:

- zdraví je dobré, lepší než nemoc
- nadměrné spaní je špatné, je příznakem slabé vůle a lenosti
- cvičení je ztrátou času.

3. Emocionální reakce:

Předmět postoje vyvolává určitou emoci, u níž lze stanovit kvalitu a intenzitu. V tomto smyslu je součástí postoje kladný nebo záporný **emocionální vztah** k objektu. Zpravidla jde o emocionální vztah, který je konsistentní s názory.

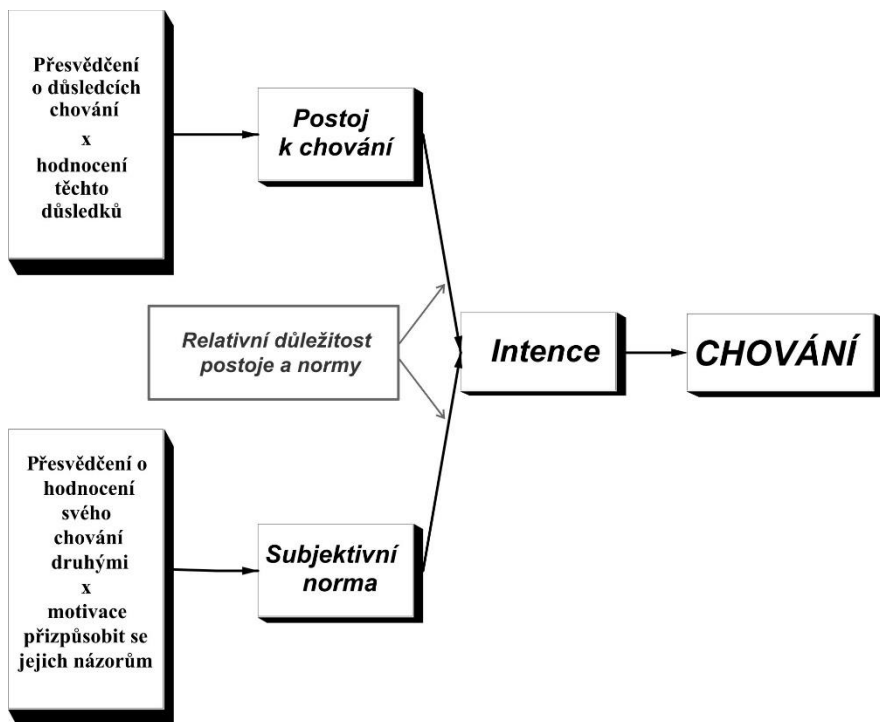
- nenávidím kouření, mám k němu odpor
- když dlouho spím, mám ze sebe špatný pocit
- mám nechuť k tělesným aktivitám.

4. Behaviorální, konativní:

Postoj zahrnuje predispozici k určitému chování vůči danému objektu, vyjadřuje tedy intenci. Někdy se manifestuje přímo v chování.

- měl bych přestat kouřit
- musím si pravidelně nařídit budíka
- necvičím.

Sériové pojetí dimenzí. Někteří jiní teoretici chápou jako postoj pouze jednu z uvedených komponent (nejčastěji komponentu *evaluativní*) a ostatní složky chápou například jako příčiny nebo důsledky postoje. Například Fishbein a Ajzen (1975) předložili tento model (TRA, Theory of Reasoned Action, Teorie promyšleného jednání).



Obrázek 29 Sériové pojetí postoje

Zdroj: Ajzen, I., Fishbein, M. (1969) *The prediction of behavioral intentions in a choice situation*. Journal of Experimental Social Psychology, 5, 400-416.

Postoj k určitému chování, například ke kouření, je zde do značné míry ovlivněn přesvědčením o tom, jaké důsledky kouření má. Kouření může nejen škodit zdraví, ale napomáhat také k utváření vztahů. Může být nejen finančně náročné, ale i uvolňovat psychické tenze. Jedinec podle této teorie zváží všechny tyto důsledky kouření a každý z nich ohodnotí co do jeho žádoucnosti. Vlastní postoj je pak jakousi celkovou hodnotící reakcí, která říká, zda je kouření spíše dobré nebo špatné. Tento postoj je pak jednou z významných determinant našich úmyslů či intencí. Je-li náš postoj ke kouření záporný, pojmem úmysl, že kouřit nikdy nezačneme, nebo – pokud kouříme – že kouření omezíme nebo s ním skončíme. Náš úmysl je však v této teorii ovlivněn i názory a chováním významných druhých lidí. Pokud jsme přesvědčeni, že významní druzí lidé rovněž neschvalují, že kouříme, zesiluje to náš úmysl nekouřit. Pokud však sami kouří, může nás to vést k tomu, že si v jejich přítomnosti zapálíme, ačkoli je to v rozporu s naším postojem.

1.2.2 Explicitní a implicitní postoje ke zdraví a nemoci

Obě uvedené klasické teorie jsou aplikovány především při měření tzv. *explicitních postojů*, tj. postojů, jichž si je jedinec plně vědom, které si utváří na základě kontemplanace (například na základě uvědomění si důsledků chování a hodnocení těchto důsledků) a které využívá k volní kontrole svého chování. V posledních desetiletích je však značná pozornost věnována

i *postojům implicitním*, které jsou utvářeny a ovlivňují naše intence a chování často zcela bezděčně, nevědomě, někdy i proti naší vůli.

Měření postojů

K *měření explicitních* postojů se nejčastěji používají tzv. likertovské škály a sémantický diferenciál.

Likertovské škály jsou zpravidla pětibodové a slouží k vyjádření míry souhlasu či nesouhlasu s určitým tvrzením. Máte například vyjádřit míru svého souhlasu s tímto tvrzením:

KOURENÍ ŠKODÍ ZDRAVÍ.

silně souhlasím	souhlasím	nevím	nesouhlasím	silně nesouhlasím
5	4	3	2	1

Těchto položek (otázek) je v dotazníku více. Výsledkem je zpravidla součet hodnot ze všech položek, případně jejich aritmetický průměr.

Sémantický diferenciál, jehož autorem je Charles E. Osgood, zjišťuje především tzv. neslovníkový význam slov. Při použití některých škál může jít o hodnotící významy. Například:

CIGARETA

ošklivá _: : : : :_ krásná

dobrá _: : : : :_ špatná

příjemná _: : : : :_ nepříjemná

hrozná _: : : : :_ výborná

Výsledkem je opět součet hodnot ze všech položek, případně jejich aritmetický průměr.

K měření *implicitních postojů* se používá řada technik. Zmíníme techniku *afektivního primingu*, jejímž autorem je R.H. Fazio se spolupracovníky. Sestává z těchto šesti etap.

1. *etapa – zjišťování reakčních časů na podněty (baseline)*: Pokusná osoba sedí před monitorem, na němž se objeví jako návěští několik hvězdiček a poté určité adjektivum (například *příjemný, nezdravý*). Úkolem pokusné osoby je co nejrychleji stisknout levé nebo pravé tlačítko v závislosti na tom, zda je význam adjektiva kladný nebo záporný. Takto jsou prezentovány dva bloky sestávající ze stejných *čtyřadvaceti adjektiv*.

2. *etapa – memorování fotografií*: Na obrazovce jsou prezentovány fotografie různých objektů. Pokusná osoba si je má zapamatovat. Fotografie znázorňují například cigarety, automobily, ovoce, sladkosti atd. Každá kategorie je zastoupena několika příklady.

3. *etapa – rozpoznávání fotografií*: Je prezentováno dvakrát větší množství fotografií než v předchozí etapě. Polovina z nich byla prezentována v předchozím kroku, polovina ne. Úkolem pokusné osoby je stisknout co nejrychleji tlačítko označené jako „ano“ nebo „ne“ podle toho, zda fotografie byla, nebo nebyla prezentována v předchozím kroku.

4. *etapa – priming*: Pokusné osobě je řečeno, že v této etapě dojde ke *kombinaci* úkolů z předchozích částí. Opět jí budou prezentována adjektiva a jejím úkolem bude co nejrychleji stisknout příslušné tlačítko podle jejich konotace. Oproti první etapě však bude místo hvězdiček užita jako návěští fotografie různých objektů. Jejím úkolem bude si tyto fotografie zapamatovat, neboť je v další etapě bude mít za úkol identifikovat mezi jinými fotografiemi.

5. etapa – rozpoznávání fotografií: Pokusné osoby mají za úkol rozpoznat v předchozím kroku prezentované fotografie ve dvakrát větším počtu fotografií.

6. etapa – zjišťování valence primů: Pokusné osoby posuzují sympatičnost všech fotografií pomocí devítibodové stupnice sémantického diferenciálu.

Závisle proměnnou je v tomto paradigmatu *reakční čas* (RT; v milisekundách). Analýza je založena na srovnávání časů získaných v 1. kroku (baseline) s reakčními časy získanými při prezentování stejných adjektiv ve 4. kroku. Reakční časy na jednotlivá adjektiva se zpravidla slučují (podle valence adjektiv).

Jestliže se například *zpomalí* rozpoznání slov s *kladným významem* (zdravý, krásný atp.) v těch případech, kdy je návěštím fotografie cigaret, popelníku a jiných objektů souvisejících s kouřením, a současně se *zrychlí* rozpoznávání slov se *záporným významem*, dospíváme k závěru, že jedinec má negativní implicitní postoj ke kouření, tj. v jeho dlouhodobé paměti je kouření asociováno spíše se záporným než s kladným hodnocením.

Účinky implicitních postojů

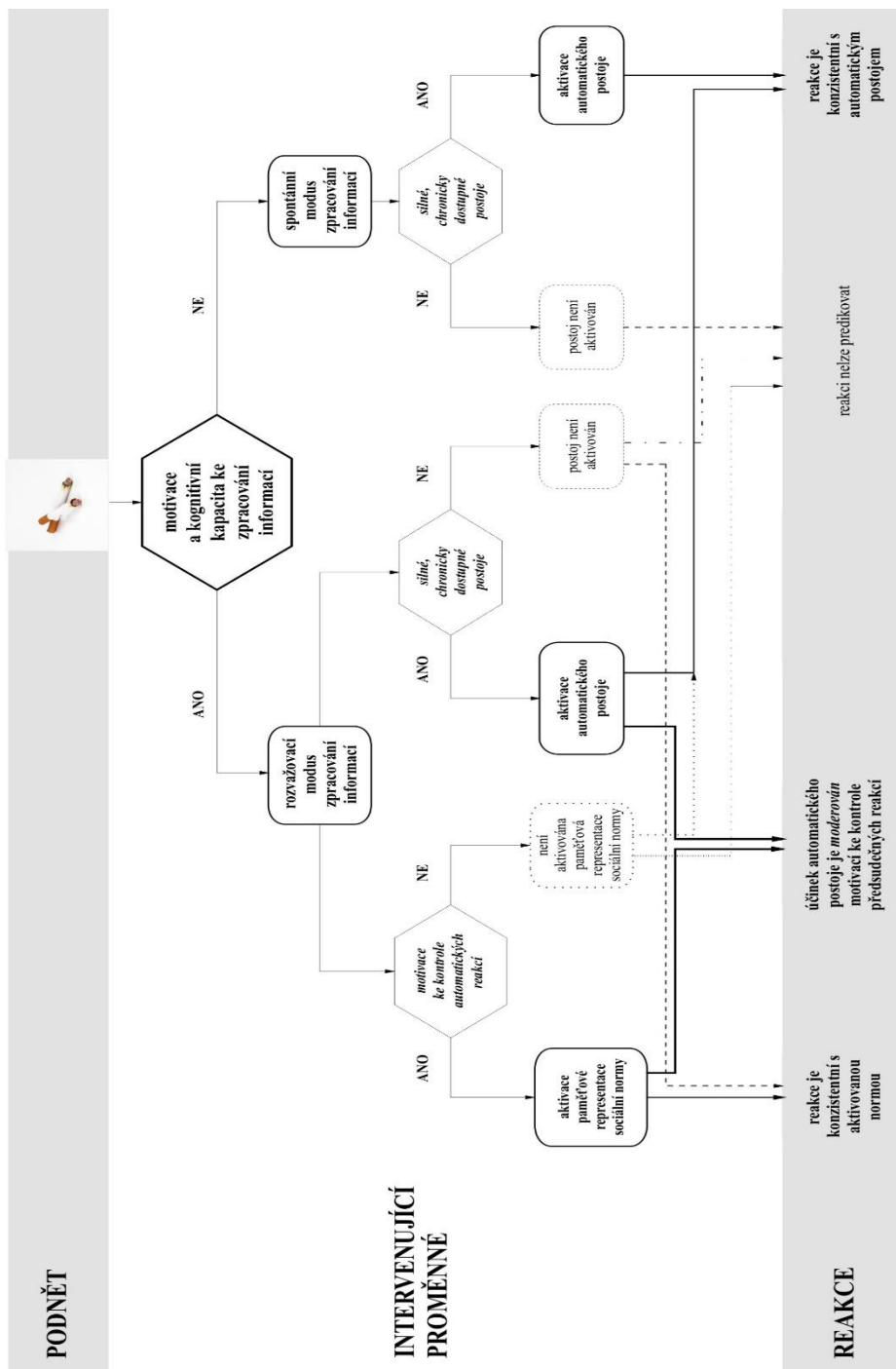
Působení implicitních postojů na naše chování si často ani neuvědomujeme. Například v jedné studii byla polovina pokusných osob vystavena podprahovému působení vůně čisticích prostředků, druhá polovina – kontrolní – nikoli. Po určité době měly všechny pokusné osoby vyplnit dotazník, který mimo jiné zjišťoval, co mají v úmyslu dělat po zbytek dne. Výsledky ukazují, že osoby vystavené podprahovému působení vůně čisticích prostředků měly častěji v úmyslu domácí úklid než osoby, které tomuto působení vytavené nebyly.

Aktivované implicitní postoje však mají vliv nejen na naše *úmysly*, ale někdy mají *přímý vliv* na naše *chování*.

Současné působení explicitních a implicitních postojů

Pokud jsou spolu explicitní a implicitní postoje v souladu, je chování v souladu s nimi. Pokud například získal jedinec v dětství negativní implicitní postoj ke kouření a současně i jeho současný explicitní postoj ke kouření je negativní, patrně nebude kouřit ani při působení podnětů, které k takovému chování někdy automaticky vedou. Avšak má-li například kladné implicitní postoje ke kouření (od dětství kouřil), avšak v průběhu posledních týdnů k němu získal postoj negativní (někdy blízky v důsledku kouření vážně onemocněl), mohou být jeho postoje v nesouladu.

Jedním z modelů, které uvádějí do vztahu explicitní a implicitní postoje a směřují k predikci chování, je model MODE R. Fazio.



Obrázek 30 Model duálních procesů MODE

Zdroj: Fazio, R. H.: How do attitudes guide behavior? In R. M. Sorrentino, E. T. Higgins (Eds.): *Handbook of Motivation nad Cognition: Foundations of Social Behavior*. New York: J. Wiley & Sons 1986, 204-243.

Podle Fazia lze očekávat, že je-li jedinec *motivován* a má-li *příležitost* k promýšlení svého vztahu k objektu postoje, bude se chovat v souladu s *teorií promyšleného jednání* (TRA, Fishbein, Ajzen, 1975). Půjde tedy o vědomé volní procesy. Jedinec se v tomto případě silou vůle donutí k tomu, nekouřit. V mnoha případech však tyto podmínky neexistují a postoje jsou aktivovány automaticky. Puzení ke kouření je pak buď bezděčné, nebo příliš silné – a

jedinec podlehne. Fazio svůj model označil jako **MODE** – **M**otivation and **O**pportunity **D**etermine, tedy *motivace a příležitost určují, zda bude chování řízeno kontrolovanými nebo automatickými procesy*.

1.2.3 Změna postojů ke zdraví a nemoci

V návaznosti na rozlišení explicitních a implicitních postojů se v psychologii rozpracovávají rovněž metody, které jsou určeny ke změně těchto postojů. Jednu z nevlivnějších teorií předložili R. Petty a J. Cacioppo. Ti vycházejí z toho, že účinek různých technik přesvědčování je závislý na schopnostech a motivaci příjemců sdělení.

Tito autoři rozlišují dva způsoby ovlivňování postojů, které označují jako **centrální a periferní cesta ke změně postoje** a přesvědčování. Centrální procesy lidé používají tehdy, jsou-li jejich tendence, motivy a schopnosti k promýšlení argumentů poměrně vysoké; periferní tehdy, nejsou-li motivováni nebo nedisponují-li potřebnými schopnostmi. Mezi hlavní hypotézy této teorie patří, že periferní procesy mají často na změnu postojů větší vliv než procesy centrální.

Jedním z důležitých zdrojů motivace je *osobní relevantnost* problematiky. Čím je otázka osobně významnější, relevantnější, čím více rozmanitých závažných důsledků pro jedince implikuje, tím je člověk motivovanější k vynaložení kognitivního úsilí k posouzení argumentů. Je-li téma osobně relevantní, užívají lidé spíše systematické procesy (centrální, kontrolované), není-li relevantní, používají spíše periferní procesy (heuristiky).

Například kuřáci budou více promýšlet argumenty, které se týkají vztahu mezi kouřením a zdravím, než nekuřáci. V důsledku toho budou například *méně ovlivněni* špatnými, nepodloženými, nevyváženými a jinak nedokonalými argumenty v neprospěch kouření, než nekuřáci. Nekuřáci mohou použít jednoduchou pomůcku – říká to někdo významný, takže je to asi pravda. Nechájí se tedy snadno ovlivnit tím, jaký společenská status má mluvčí. Pak již nad obsahem sdělení nemusejí tolik přemýšlet.

Obdobný mechanismus platí i pro *množství informací*. Výzkum vcelku potvrzuje vztah mezi množstvím informací či argumentů, které jsou uvedeny ve prospěch stanoviska mluvčího, a změnou postoje příjemce. Výsledky ukazují, že zde působí opět dva procesy:

- Změna přesvědčení je dána množstvím myšlenek, které jsou věnovány sdělení; tyto myšlenky jsou samy dány množstvím objektivních informací obsažených ve sdělení.
- Změna přesvědčení je někdy založena na jednoduché heuristice, která zní “čím více argumentů, tím lépe”. Tato heuristika je používána tehdy, když příjemce nevěnuje sdělení vůbec žádnou nebo téměř žádnou myšlenku. Člověk si uvědomuje pouze to, že sdělení obsahuje relativně mnoho nebo relativně málo argumentů.

Množství myšlenek, které jedinec sdělení věnuje, je přitom opět závislé na tom, jak je pro něj téma důležité či relevantní. Ukazuje se proto, že je-li téma pro jedince osobně relevantní (například pro kuřáka informace týkající se kouření), pak čím více silných argumentů v neprospěch kouření, tím větší vliv má sdělení na změnu postoje. Avšak je-li argument slabý, pak čím více informací, tím menší změna postoje. Není-li otázka pro jedince relevantní, pak čím více informací, tím větší změna postoje – ačkoli jedinec nad tím, co slyší nebo čte, příliš nepřemýšlí.

1.3 Osobnostní charakteristiky související se zdravím

1.3.1 Vnitřní a vnější lokalizace kontroly

Autorem teorie vnitřní a vnější lokalizace kontroly je Julian B. Rotter. J.B. Rotter se narodil v roce 1916 v Brooklynu. Jeho původním zaměřením na koleji byla chemie. Během studia chemie však zjistil, že na *Long Island School of Medicine* přednáší psychologii Alfred Adler, kterého znal z knih již z dřívější doby. Začal navštěvovat Adlerovy přednášky a stal se dokonce na Adlerovu výzvu pravidelným návštěvníkem měsíčně pořádaných setkání *Society of Individual Psychology*. V roce 1937 se zapsal ke studiu psychologie na University of Iowa, kde roku 1938 získal titul BA. V roce 1941 získal na University of Indiana titul PhD. Zde mezi jeho učitele patřil například S.E. Asch.

Během druhé světové války působil jako psycholog v armádě. Po válce přednášel psychologii na Ohio State University, kde se později stal ředitelem programu klinické psychologie. V roce 1963 získal profesuru na University of Connecticut, na níž působil až do svého odchodu do důchodu v roce 1987. V současné době žije ve Starrs v Connecticutu.

Základní pojmy teorie lokalizace kontroly

Podle Rottera teorie sociálního učení „...zdůrazňuje skutečnost, že hlavní nebo základní způsoby chování jsou naučené v sociálních situacích a jsou neoddělitelně spjaté s potřebami, jejichž uspokojení je zprostředkováno druhými“ (Rotter, 1954, s. 84).

Rotter zavádí ve své teorii čtyři hlavní pojmy, které umožňují predikci chování v určité situaci. Jsou jimi *expektance*, *hodnota zpevnění*, *behaviorální potenciál* a *psychologická situace*.

Expektance, očekávání

Očekávání je subjektivní pravděpodobnost, že určité chování vyvolá určitý důsledek (tj. především zpevnění). Toto očekávání vzniká především na základě minulé zkušenosti ve stejné nebo obdobné situaci. Jestliže je určité chování v této situaci konsistentně zpevňováno, očekává jedinec toto zpevnění i do budoucna. Jedinec tedy očekává s určitou pravděpodobností, že jeho chování bude následováno odměnou.

Jestliže například student zjistil, že mu k napsání kladně hodnocené seminární práce stačí týden práce, počítá s tímto faktem i do budoucna. Tato zkušenost má vliv jak na jeho plánování (má-li například do dvou měsíců napsat další práci), tak i na očekávání důsledků (věnuje-li práci týden, očekává opět kladné hodnocení; pracuje-li kratší dobu, očekává méně kladné hodnocení). Toto očekávání navíc zobecní i na podobné situace a na situace, ve kterých se ocitá poprvé. Skončí-li tento student úspěšně studium a je požádán na svém novém pracovišti svým nadřízeným o vypracování elaborátu, který má v očích studenta rysy seminární práce, bude vycházet ze své minulé zkušenosti.

Podle Rottera **stabilní očekávání, vzniklá na základě zobecnění z minulých zkušeností, umožňují vysvětlit stabilitu a konsistenci chování jedince v různých situacích**. Jsou tedy ústředním pojmem v teorii osobnosti.

Důležitá je u Rottera rovněž skutečnost, že jde vždy o *subjektivní* pravděpodobnost důsledků. Realita může být ovšem jiná. Chování je však regulováno tímto subjektivním očekáváním souvislostí mezi chováním a zpevněním (odměnou, trestem).

Rotter dále rozlišuje očekávání *specifická* pro jednotlivé situace a očekávání *zobecněná, generalizovaná* na základě podobnosti různých situací. Pro výzkum osobnosti jsou významnější tato zobecněná očekávání.

Specifickým typem generalizovaných očekávání je *expektance vnější nebo vnitřní lokalizace kontroly* a *interpersonální důvěra*.

Hodnota zpevnění (reinforcement value)

Druhou klíčovou proměnnou je v Rotterově systému zpevnění. Zpevnění slouží k zesílení expektance. Může mít pro různé jedince různou hodnotu. Ta je definována jako míra, v níž jedinec preferuje jedno zpevnění před druhým v situaci, kdy je pravděpodobnost jejich obdržení stejná. Rotter tím vyjadřuje přesvědčení, že se lidé odlišují v relativní žádoucnosti různých zpevnění, tedy v hodnotě, kterou pro ně mají různé objekty či aktivity.

Rovněž hodnoty jednotlivých zpevnění založené na minulých zkušenostech se liší. Tyto hodnoty mohou u jedince variovat od situace k situaci a od jednoho okamžiku k druhému. O kontakt s druhými například stojíme více, jsme-li týden sami, než za normálních okolností. Nicméně existují relativně stabilní rozdíly v těchto preferencích.

V Rotterově systému jsou expektance a hodnota zpevnění nezávislými veličinami. Student tak může klást vysokou hodnotu na dobrou známku a současně mít vysoké očekávání (tj. vysokou subjektivní pravděpodobnost úspěchu) anebo očekávání nízké (tj. vysokou subjektivní pravděpodobnost neúspěchu).

Behaviorální potenciál

Jako třetí proměnnou zavádí Rotter pojem behaviorálního potenciálu. Rozumí jím pravděpodobnost spontánního výskytu určitého chování v určité psychologické situaci v závislosti na očekávání určitých důsledků chování a na hodnocení těchto důsledků. Tedy „**behaviorální potenciál = očekávání x hodnota zpevnění**“.

Psychologická situace

Jako poslední proměnnou užívá Rotter pojem psychologické situace. Chce jím zdůraznit, že nejen expektance a hodnota zpevnění jsou ryze subjektivními jevy, ale i celá podnětová situace je viděna subjektivně a v souladu s touto subjektivní interpretací je na ni reagováno. Kromě těchto pojmů zavádí Rotter ještě další čtyři, které umožňují analýzu širokých kategorií chování v řadě různých situací. Těmito pojmy jsou *potřeba*, *hodnota potřeby*, *volnost pohybu* a *potenciál potřeby*.

Potřeba

K ústředním charakteristikám člověka patří v Rotterově systému jeho orientace na určité *cíle*. V principu se člověk snaží maximalizovat odměny a minimalizovat, případně zcela eliminovat tresty. Tyto cíle determinují směr jeho chování při uspokojování základních potřeb. Proto znalost základních potřeb umožňuje lepší predikci chování.

Podle Rottera se specifické cíle obvykle seskupují do širších kategorií, které chápe jako potřeby. Potřebu proto definuje jako *množinu chování, která jsou si podobná v tom, že jsou orientována na získání stejných nebo podobných zpevnění*. Rotter rozlišuje šest základních potřeb. Jsou jimi tělesný komfort, závislost/ochrana, nezávislost, láska, dominance a status.

Hodnota potřeby

Jde o obdobu hodnoty zpevnění; je definována jako průměrná hodnota množiny zpevnění v určité oblasti. Hodnota potřeby je tedy pojmem, který rozšiřuje pojetí hodnoty zpevnění (relativní preferování jedné alternativy) ve směru relativní preference nejen uvnitř kategorií potřeb, ale především mezi těmito kategoriemi potřeb. Podle Rottera vykazují lidé značnou míru stability v preferování určité kategorie potřeb, což umožňuje predikci jejich chování. Pro někoho je tak ústřední kategorií například uznání a status, pro jiného láska, pro třetího osobní nezávislost.

Volnost pohybu a minimální cíl

a) *Volnost pohybu* je definována jako míra subjektivního pocitu jistoty (pravděpodobnosti), s níž jedinec očekává, že určitá množina obdobných chování povede ke zpevnění v určité kategorii potřeb. Jestliže například manžel očekává, že manželka na základě včerejších událostí v rodině nepřijme dnes nijak pozitivně, koupí-li jí květiny, a že jeho matka bude reagovat značně negativně, zavolá-li jí, má značně malou “volnost pohybu” ve vztahu k jeho potřebě lásky a dobrých vztahů. Podle Rottera malá volnost pohybu, tj. zobecněné nízké očekávání kladného zpevnění, spojená s vysokou hodnotou této potřeby, vede k *frustraci*.

b) *Minimální cíl*. Jde o subjektivně nejnižší hladinu či úroveň zpevnění, kterou subjekt percipuje jako pozitivní. Pro některé studenty je například dvojka dobrou známkou, pro jiné špatnou. Podle Rottera je tendence k volbě příliš vysokých minimálních cílů příčinou malé volnosti pohybu (nízkých očekávání kladných zpevnění). Jde-li o oblast potřeb, které subjekt hodnotí vysoko, je *permanently frustrován*.

4.

Potenciál potřeby

Jde o pravděpodobnost, že se jedinec bude chovat určitým způsobem v závislosti na hodnotě dané potřeby a na míře volnosti jeho pohybu. Tedy „**potenciál potřeby = volnost pohybu x hodnota potřeby**“.

Tento zobecněný vzorec implikuje vliv zobecněné expektance, podle níž určité formy chování budou mít v určité situaci za následek určitou kategorii zpevnění. Rotter rozlišil dvě hlavní třídy těchto zobecněných očekávání: **lokální kontroly** a **interpersonální důvěru**. My se budeme věnovat pouze první z nich.

Lokalizace kontroly

Lokalizace kontroly je zobecněným očekáváním týkajícím se míry, v níž jsou důsledky závislé na chování jedince nebo na vlivu vnějších faktorů. Lidé s *vnější lokalizací kontroly* jsou přesvědčeni, že jejich úspěchy a neúspěchy nejsou v jejich moci, ale v moci prostředí – osudu, štěstí, náhody, chování vlivných jiných lidí, nepředvídatelných vnějších sil atp. Mají základní pocit, že jsou hříčkami osudu. Lidé s *vnitřní lokalizací kontroly* jsou přesvědčeni, že jsou jejich úspěchy a neúspěchy v jejich moci, že závisí především na jejich schopnostech a na jejich aktivitách. Pokládají se tedy za tvůrce svých osudů.

V pojetí Rottera však jde o dimenzi, v níž se většina lidí nachází někde uprostřed mezi oběma póly.

Lokalizace kontroly a zdraví

Například B.R. Strickland (1978, 1989) ukazuje, že vnitřní lokalizace kontroly ústí v chování, které je více ve prospěch organismu člověka. Člověk s vnitřní lokalizací kontroly je přesvědčen, že je jeho zdraví v jeho rukou a proto ve srovnání s jedincem s vnější lokalizací kontroly například:

- užívá častěji bezpečnostní pásy při řízení automobilu
- chodí pravidelněji na preventivní prohlídku chrupu
- má silnější motivaci k podstoupení očkování
- častěji se drží pokynů lékaře
- je vytrvalejší při plnění požadavků léčby
- má méně často vážné psychopatologické problémy
- má méně často chronické deprese.

1.3.2 Osobnost typu A

Na základě dlouhodobých výzkumů zjistili lékaři Meyer Friedman a Ray H. Rosenman (1975), že určitý typ chování **zvyšuje pravděpodobnost onemocnění koronární chorobou srdeční**. Do té doby byly známy rizikové faktory, jako jsou kouření a obezita, ale tyto autoři prokázali, že dalším faktorem zvyšujícím pravděpodobnost výskytu tohoto onemocnění je určitá všeobecná reaktivita lidského organismu na životní zátěže, která se projevuje v charakteristickém vzorci chování.

Toto chování, obsahující verbální i neverbální složku, bylo pozorováno zkušenými výzkumnými pracovníky v rozhovorech s velkým souborem respondentů. Jeho charakteristické projevy byly následující:

Verbální i neverbální projevy netrpělivosti a hostility, které zahrnovaly různé grimasy, mrkání očima, rychlou a výbušnou řeč, sezení na okraji židle, přerušování druhých v hovoru, skákání jim do řeči, doplňování druhých v pauzách atp. Celkově lze říci, že lidé tohoto typu vykazovali výraznější projevy netrpělivosti, hněvu a soutěživosti. Tento typ chování označili autoři jako **chování typu A**.

Lidé s **chováním typu B** naopak se projevovali celkově mnohem uvolněněji, seděli pohodlně na celé židli a opírali se, téměř nepřerušovali druhé a neskákali jim do řeči a daleko více druhým naslouchali.

Friedman a Roseman prokázali, že pravděpodobnost onemocnění na srdeční infarkt je u lidí s chováním typu A asi 15%. U lidí s chováním typu B je tato pravděpodobnost o 8 % nižší (cca 7 %). Všeobecně uznávaným se tento poznatek stal v roce 1980, kdy americký *National Institut of Health* publikoval závěr, že **chování typu A** je stejně významným – nebo možná i významnějším – rizikovým faktorem koronární choroby srdeční jako jsou kouření, cholesterol a obezita.

Teoretické vymezení

Chování typu A je psycho-somaticko-behaviorálním komplexem, který vykazují lidé, kteří nejsou schopni **posoudit svoji vlastní kompetenci**. Tito lidé se posuzují podle toho, jak je hodnotí lidé, které pokládají za lepší, než jsou sami. A aby zvýšili svoji hodnotu v očích druhých, snaží neustále zvyšovat kvantitu svých výkonů. Jejich sebevědomí je stále více závislé na sociálním **postavení**, jehož dosáhli. Avšak žádná míra sebevědomí, jež takto získají, nestačí ke zmírnění jejich nejistoty a z ní vyplývající nervozity a neklidu způsobených závislostí na vnějších kritériích, na autoritě druhých lidí.

Nicméně se však tyto lidé ve snaze o dosažení uspokojivého pocitu sebevědomí neustále snaží o zvýšení kvantity svých výkonů. *A je to právě tento vytrvalý a nekončící boj o to dosáhnout stále více a více – zpravidla za stále méně a méně času –, spolu s jakousi volně plovoucí avšak skrytou a zpravidla dobře zracionalizovanou hostilitou (nevraživostí, nepřátelstvím), z čeho sestává vzorec chování typu A*. Pocity spěchu a hostility dávají vzniknout podrážděnosti, netrpělivosti, rozmrzelosti a vzteku, které představují patogenetické jádro tohoto vzorce chování (Friedman, 1980).

Stručně můžeme hlavní psychologické dimenze tohoto typu chování charakterizovat takto:

- **kognice**: potřeba vnější kontroly, charakteristický atribuční styl
- **emoce**: netrpělivost, podrážděnost, rozmrzelost, vztek, hostilita, nejistota
- **motivace**: podávat vysoké výkony, soupeřivost, ambicióznost
- **motorika a otevřené chování**: čilost, rychlost, hyperaktivita, pracovní angažovanost
- **expresivní chování**: hlasitá a rychlá mluva, napětí obličejových svalů, psychomotorická aktivita.

Měření chování A / B

K měření těchto dvou typů chování je užívána celá řada různých nástrojů. Pro ilustraci uvedme několik položek z jednoho z nich. Máte v něm uvést vaše **obvyklé a typické způsoby** chování a způsoby myšlení a prožívání. Mezi položkami jsou například tyto:

- Když někdo se mnou mluví a já vím, co asi bude říkat dál, skáču mu do řeči, přerušuji ho a doplňuji za něj věty.
- Mám tendenci jíst, chodit a mluvit velmi rychle.
- Většinu mých přátel a známých tvoří lidé, které znám z práce.
- Když hraji nějakou hru (tenis, golf), chci vždy vyhrát.

Kdo je člověkem s chováním typu A?

I bez diagnostických pomůcek lze však někdy poměrně spolehlivě člověka s tímto typem chování identifikovat. Je to člověk, který:

- plánuje více a více aktivit na stále menší časové období
- nevšímá si prostředí a hezkých věcí
- popohání druhé lidi v řeči
- stává se nepřičetný, pokud musí stát ve frontě nebo musí jet za autem, které podle něj jede příliš pomalu
- výrazně gestikuluje při mluvení
- často se pohupuje v kolenou a „bubnuje“ prsty
- občas v řeči vybuchne a používá hrubé výrazy
- být všude včas se pro něj stalo fetišem
- je pro něj obtížné sedět a nic nedělat
- snaží se za každou cenu vyhrát každou hru, i když hraje s dětmi
- posuzuje vlastní úspěch i úspěch druhých v číslech (např. počet vyšetřených pacientů, napsaných článků apod.)
- stává se netrpělivým, když pozoruje druhé, jak dělají něco, co by dokázal dělat lépe a rychleji
- „pomlaskává“ ústy, pokyvuje hlavou, zatíná pěsti, nasává vzduch během mluvení
- mrká rychle očima nebo podrážděně stahuje obočí.

Fyziologické koreláty – „rychlá reakce, pomalé odeznívání“

Osobnostní charakteristiky lidí se syndromem A – uspěchanost, netrpělivost, soutěživost, hostilita – se projevují zejména tehdy, jsou-li v situaci, která pro ně představuje ohrožení nebo výzvu, tedy stres. Stres se projevuje – ve srovnání s jedinci s chováním typu B – u těchto jedinců zejména těmito příznaky:

- *rychlejší reakce* autonomního systému
- *silnější reakce* autonomního systému
- *pomalejší odeznívání*.

Stres u nich tedy způsobuje **labilní a rychlé** reakce kardiovaskulárního systému (například výrazné zrychlení srdečního tepu) a neurohumorálního systému (například produkce kortisolu). Sympatický systém reaguje u těchto jedinců na stresory velmi **intenzivně**, zejména zvýšením krevního tlaku, ačkoliv se u nich nemusí v normálních podmínkách objevit žádné příznaky hypertenze.

Druhou charakteristikou je, že se tito jedinci **zotavují** jen velmi pomalu, tj. stresová reakce u nich přetrvává ještě poměrně dlouho po ukončení působení stresorů.

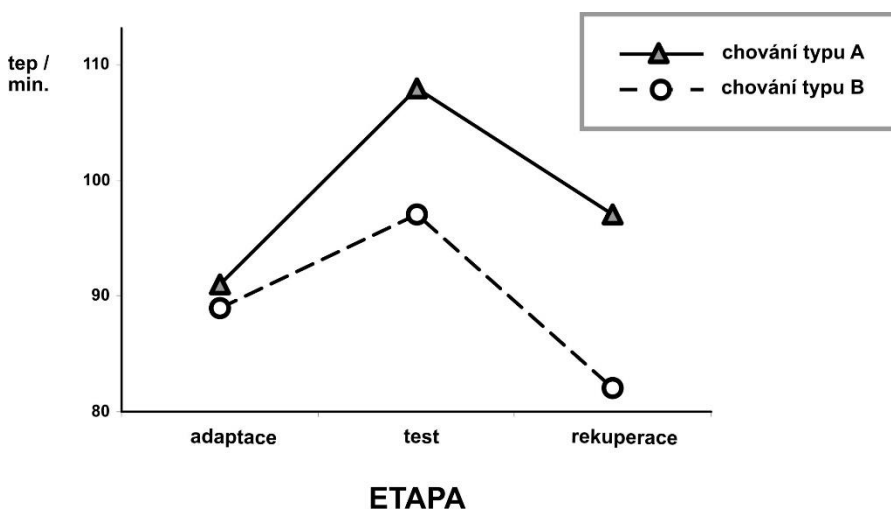
Tato fyziologická labilita a špatná schopnost návratu do původního stavu bývá obecně pokládána za významnou příčinu poruch srdečního a cévního charakteru.

Například Palmero, Diez a Anseniová (2001) vybrali na základě administrace jistého dotazníku měřícího chování typu A/B 45 studentů, kteří skórovali v této škále velmi vysoko, a 44 jiných studentů, kteří v ní naopak skórovali velmi nízko.

Jako index měření rychlosti aktivace a rekuperace sympatického nervového systému použili rychlost srdečního tepu, již měřili elektrokardiografem.

Celé sezení bylo rozděleno do tří částí a trvalo celkem 40 minut. V první etapě seděli studenti po deset minut pohodlně v pohovce ve zcela tiché místnosti. Přitom jim byla elektrodami měřena elektrická aktivita srdce (adaptace). Ve druhé etapě jim bylo – jako součást regulérní zkoušky – zadáno ve dvouminutových intervalech celkem deset poměrně obtížných otázek. Tato etapa trvala celkem dvacet minut (test; stresor). Ve třetí etapě jim byla ještě po dalších deset minut snímána srdeční aktivita; opět v situaci úplného klidu (rekuperace, zotavení).

Výsledky potvrzují hypotézu rychlé aktivace a pomalé rekuperace fyziologických reakcí jedinců, kteří vykazují chování typu A. Jsou znázorněny v následujícím grafu.



Graf 3 Závislost fyziologické reakce na typu osobnosti (A vs B)

Zdroj: Palmero, F., Diez, J. L., Adensko, A. B. (2001) *Type A behavior pattern today: Relevance of the JAS-S factor to predict heart rate reactivity*. *British Medicine* 2001, 27, 28-36.

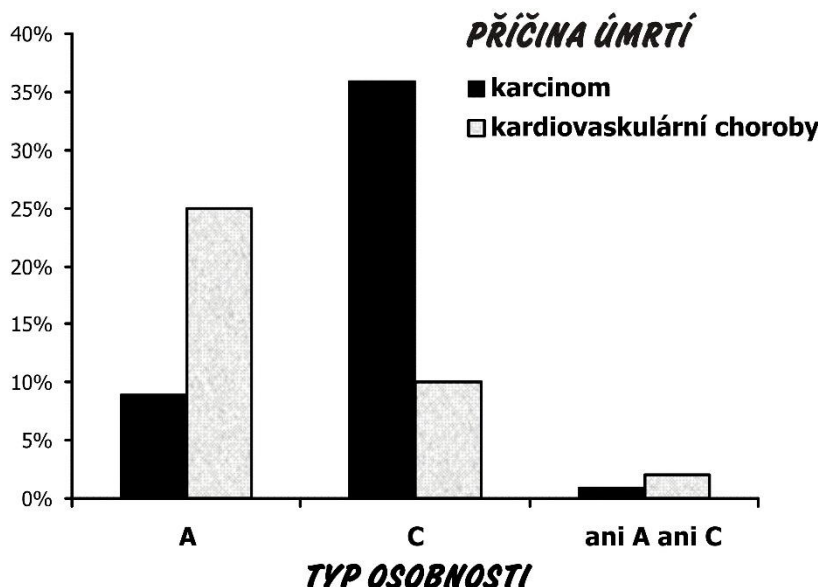
Je z nich patrné, že v první etapě (po příchodu) byla míra aktivity u jedinců s chováním typu A i u jedinců s chováním typu B velmi podobná. U jedinců charakterizovaných chováním typu A však došlo v etapě testu znalostí a schopností k mnohem silnějšímu vybuzení (arousalu) a že vybuzení u nich odeznělo mnohem pomaleji než u jedinců s chováním typu B.

1.3.3 Osobnost typu C

Rovněž Hans J. Eysenck (1991) se věnoval otázce vztahů mezi osobností, stresem a nemocí. Kromě typu chování A a B pracuje rovněž s tzv. **typem C**. Lidé s tímto typem chování jsou patrně náchylnější k onemocnění různými typy **karcinomů**. K základním rysům tohoto typu patří:

- tlumení emocionálních projevů a potlačování silných emocí
- neschopnost vyrovnat se stresem, pocity bezmocnosti a beznaděje.

Eysenck například uvádí data z jedné prospektivní jugoslávské studie. Na jejím začátku byly u zdravých respondentů ve věku nad šedesát let zjišťovány údaje o životním stylu, cholesterolu, krevním tlaku atp. a byl zjišťován typ jejich osobnosti (A, B, C). Po deseti letech byla u jedinců, kteří v tomto mezidobí zemřeli, zjišťována frekvence a příčiny úmrtí v souvislosti s osobnostním typem. Výsledky uvádí graf.



Graf 4 Souvislost mezi příčinami úmrtí a typem osobnosti

Zdroj: Eysenck, H. J.: *Personality, stress, and disease: An interactionist perspective*. Psychological Inquiry 1991, 2, 221-232.

Obdobná data vyšla i v jiné studii, která byla vykonána v Heidelbergu.

Eysenck dále zkoumal souvislosti osobnosti typu C a kouřením. Hovoří o *synergetické interakci* obou faktorů: společný výskyt obou faktorů (kouření a osobnostního typu C) vysoce zvyšuje pravděpodobnost onemocnění rakovinou plic. Účinek těchto dvou faktorů je tedy nekumulativní. Podle Eysenckových odhadů má silný kuřák s osobností typu C asi čtyřicetkrát vyšší pravděpodobnost úmrtí na karcinom plic než nekuřák jiného osobnostního typu.

1.4 Sociální srovnávání

1.4.1 Teorie sociálního srovnávání

Teorii sociálního srovnávání formuloval L. Festinger (1954). Tato teorie

1. a) ukazuje, že se lidé srovnávají s druhými a b) jak toto srovnávání probíhá
2. předkládá teorii umožňující vysvětlení těchto jevů; v jádru této teorie je myšlenka, že se lidé nesrovnávají proto, aby si dokázali, že jsou lepší než druzí, ani proto, že druhým závidí, nepřejí atp., ale že jim srovnávání napomáhá porozumět sobě samým.

Tato teorie sestává z několika propojených hypotéz.

Struktura teorie

Postulát vrozeného motivu (*drivu*)

Teorie sociálního srovnávání je jednou z teorií kognitivní konsistence. Hlavním předmětem jejího zájmu původně bylo, jak jedinec hodnotí své vlastní **názory** a **schopnosti**. Postupně se však dostaly do centra jejího zájmu i **postoje** a **emoce**. Například: Jsou vaše názory týkající se kouření správné? A pokud o správnosti svých názorů pochybujete, nejste-li si tedy jejich správností zcela jisti, jaké mají tyto pochybnosti důsledky? A kdy si jimi můžete být jisti a kdy ne?

Výchozím postulátem této teorie je, že je **nejistota** při hodnocení určitého *aspektu našeho Já* (například správnosti našich názorů, našich schopností, postojů, emocí atp.) prožívána **nepříjemně, negativně**. Tento negativní stav má motivační účinky. Aby došlo k odstranění těchto nepříjemných pocitů, musí dojít k redukci této nejistoty. Tento motiv se proto projeví v našem úsilí o získání „**kognitivní jistoty** (*jasnosti, jednoznačnosti; clarity*)“ (Schachter, 1959). Intenzita působení tohoto motivu je dána

- stupněm **nejistoty** týkající se správnosti názoru a
- **důležitostí** daného názoru pro jedince.

Fyzikální a sociální realita

Hodnocení našich názorů přitom probíhá na dimenzi, na jejímž jednom pólu je *fyzikální realita* a na pólu druhém *realita sociální*. Například správnost názoru, že venku prší, můžeme testovat přímo. Někdy však jde spíše o „názory“ než o „fakta“. Můžeme se například ptát, zda je správný trest smrti, nebo zda je lepší ten nebo onen styl výchovy dětí. Zde je základním způsobem ověřování „správnosti“ našich názorů zjišťování míry shody s názory ostatních. Informaci o konsensu chápeme jako informaci o pravděpodobnosti: čím vyšší míra shody, tím pravděpodobněji je daný názor správný. Inherentní nejistota týkající se správnosti těchto názorů tedy vede k aktivaci zmíněného drivu; jeho působení je možné redukovat zejména v procesech porovnávání našich názorů s názory ostatních. Festinger pro tento proces používá termín **sociální srovnávání**. U Festingera jde tedy o *specifický význam* tohoto pojmu.

Podobnost

Aktivace motivu srovnávání s druhými však podle Festingera vyžaduje, aby nám byli tito druzí *podobní*. Nesrovnáváme se totiž s každým. Například dítě, které se učí bruslit, se srovnává s jiným začínajícím dítětem, nikoliv s někým, kdo již bruslit umí. Vzhledem k tomuto druhému začátečníkovi bude dítě posuzovat svoje pokroky a dospívat k závěru, jaké v této oblasti či dimenzi (tj. bruslení) samo vlastně je, jaké má schopnosti, tedy k sebepoznání. Rovněž v oblasti názorů se bude srovnávat s jedinci podobnými. Je-li například jedinec pravicově orientován, bude svoje názory konfrontovat s názory stoupenců pravice, nikoliv s názory stoupenců levice. Ti jsou mu příliš nepodobní.

Test hypotézy preference podobných druhých

V některých výzkumech se však ukazuje, že hypotéza preference podobných druhých je problematická. Například Kulik a Mahlerová (1989) zjistili, že pacienti očekávající chirurgický

zákrok (srdeční bypass) preferují umístění na pokoji s jedincem, který již danou operaci prodělal, před jedincem, který ji má rovněž teprve před sebou. Ačkoli je tedy tento druhý pacient „podobnější“, není preferován. Preferován je patrně pacient, který přispěje ke zvýšení *kognitivní jistoty* či *jasnosti* – tedy pacient, který již zákrok prodělal. Nepřispívá-li však přítomnost druhého k odstranění kognitivní nejistoty, je preferován jedinec, který je ve stejné situaci. To demonstruje výzkum Kirkpatricka a Shavera (1988). Pokusné osoby v něm očekávaly, že obdrží silné elektrické rány. Na tyto rány mohly čekat buď s někým, kdo je ve stejné situaci, nebo s někým, kdo rány již obdržel. Polovině pokusných osob přitom bylo řečeno, že se s druhým nebude moci o ničem bavit, druhé polovině rozhovor zakázán nebyl. Výsledky ukazují, že očekávají-li pokusné osoby, že se nebudou moci s druhým o jejich prožitcích bavit, preferují druhé, kteří jsou v podobném stavu před těmi, kteří jsou v odlišném stavu (tj. kteří již rány obdrželi). Očekávají-li však, že s nimi budou moci komunikovat, preferují ty, kteří již rány obdrželi. Patrně si chtějí ujasnit, co je čeká. V principu jsou zřejmě preferováni druzí, kteří přispějí k odstranění nejistoty. Podobní, i nepodobní.

1.4.2 Důsledky sociálního srovnávání na zdraví

Sociální srovnávání má ale i druhou dimenzi, již Festinger ve své teorii nevěnoval pozornost, a která je naopak ve středu zájmu v psychologii zdraví. V moderních teoriích sociálního srovnávání je kladen důraz na to, že jedinec si na základě sociálního srovnávání ujasňuje svoji vlastní *hodnotu*. Srovnávání s druhými tak vstupuje do sebepojetí, sebeúcty, postoje k sobě samému. Následkem je spokojenost nebo nespokojenost se sebou. V horším případě pak následují deprese, pocity méněcennosti, závist vůči úspěšnějším, hostilita atp. s negativními důsledky pro zdraví i kvalitu života.

V jednom výzkumu řekli badatelé studentům Harvardovy university (Solnick, Hemenway, 1998): Představte si, že si můžete vybrat jeden ze dvou států (A, nebo B), ve kterých jsou stejné ceny a ostatní podmínky života. Který z nich byste si vybrali?

A) V tomto státě byste si vydělal/a 50 000 USD ročně a ostatní v průměru 25 000 USD.
B) V tomto státě byste si vydělal/a 100 000 USD ročně a ostatní v průměru 250 000 USD.

Výsledky ukazují, že většina studentů by dala přednost prvnímu státu. Podobně tak by dala přednost například státu, ve kterém by nebyli příliš hezcí ani inteligentní, ale byli by o něco hezcí a inteligentnější než ostatní, před státem, ve kterém by byli hezcí a inteligentní, ale ostatní by na tom byli ještě lépe.

Je zjevné, že lidem záleží více na *relativních příjmech* (a ostatních srovnatelných attributech), než na příjmech *absolutních*. Lidé se srovnávají s ostatními i v těchto ohledech. Důsledky tohoto jevu pro zdraví a štěstí národů jsou zřejmě nesmírné. Kdyby ve společnosti rostly rovnoměrně příjmy všech jedinců, nikdo by nebyl šťastnější. A navíc – jestliže někomu rostou příjmy rychleji než ostatním, jeho štěstí vzrůstá, ale štěstí ostatních klesá; důsledkem je zachování stejné úrovně. Dokonce se stává, že pokud rostou příjmy všech, ale některé skupině výrazně rychleji, snižuje se kvalita života (měřená například zdravotním stavem) společnosti.

Je přitom jasné, že příjmy pro nás znamenají mnohem více, než pouze možnost koupit si věci. Jsou základním kritériem pro srovnávání *úspěšnosti a hodnoty* druhých a také nás samotných; ovlivňují naše *sebehodnocení* a sebeúctu. Jsou klíčovým atributem **sociálního statusu**, tedy úcty, obdivu, vlivu, moci – a také **závisti**.

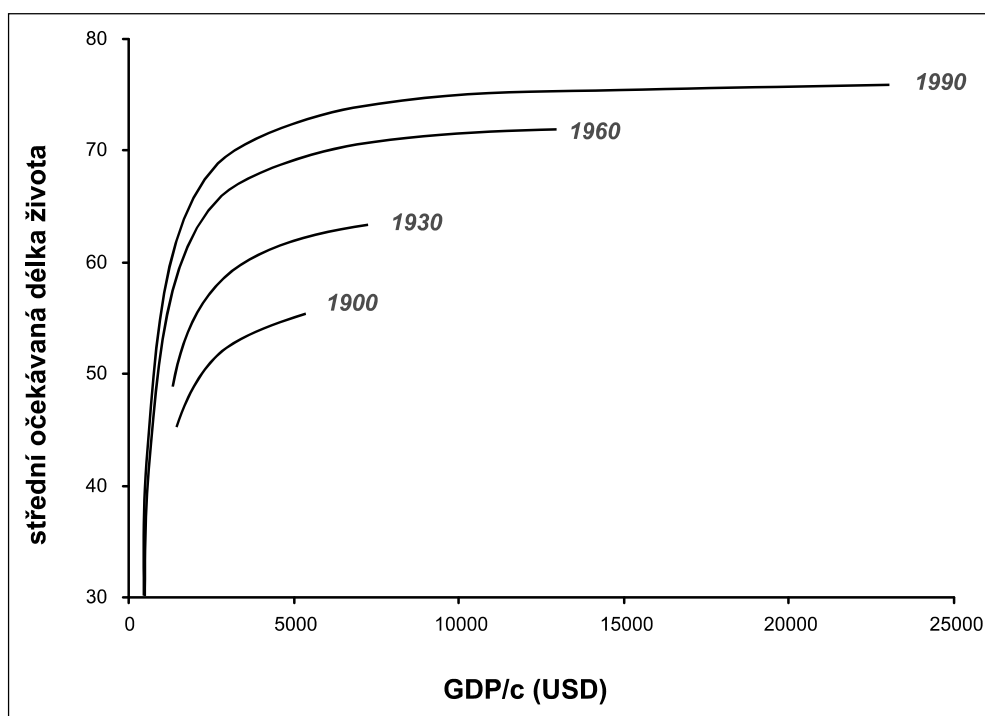
Málokdo ovšem srovnává své příjmy s příjmy Toma Cruise – většinou se srovnáváme s těmi, kteří jsou **srovnatelní**, kteří jsou nám podobní, jsou na tom jako my, nebo jsou bezprostředně nad námi nebo pod námi. Toto srovnání je zdrojem štěstí – ale i neštěstí.

Teorie sociálního srovnávání je jednou z nevlivnějších teorií vysvětlujících účinek rozdílů v příjmech na zdraví. Jako indikátor zdraví se v těchto výzkumech často uvádí střední délka života.

Hrubý domácí produkt a střední délka života

Výsledky šetření ukazují, že se ve většině států neustále zvyšuje střední délka života. Zdá se však, že tato skutečnost nesouvisí s růstem hrubého domácího produktu v přepočtu na jedince (GDP/c). A jak uvidíme v následující kapitole, vykazuje střední délka života s GDP/c podobný průběh jako s kvalitou života.

Například Richard G. Wilkinson uvádí tento vztah:



Graf 5 Vztah mezi GDP/c a střední délkou života mezi léty 1900 a 1990

Zdroj: Wilkinson R. G. (1996) *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*. London: Routledge, 1996, s. 34

Do určitého bodu je vztah mezi GDP/c a střední délkou života poměrně strmý: čím vyšší příjmy, tím vyšší střední délka života. Od určitého bodu, tedy výše GDP/c, však mezi GDP/c a střední délkou života neexistuje lineární souvislost. Tento bod je navíc (po přepočtech) po celé století přibližně stejný (činí necelých 5000 USD z roku 1990).

Výklad souvislostí mezi GDP/c a zdravím

Wilkinson předkládá model, který se pokouší vysvětlit tato zjištění. V tomto modelu je věnována pozornost dvěma jevům:

a) uspokojení potřeb a

b) důsledkům sociálních nerovností.

Hranice uspokojení potřeb souvisejících se zdravím

Podle Wilkinsona slouží ekonomické podmínky k uspokojení základních potřeb souvisejících se zdravím. Patří mezi ně například zdravá strava, hygienicky nezávadné bydlení, oblečení, dostupná zdravotní péče atp. Až do dosažení tohoto bodu bude vztah mezi GDP/c a zdravím ve společnosti lineární.

Je-li ve společnosti dosažen životní standard zajišťující uspokojení těchto potřeb, dochází ke změně struktury nemocí. Wilkinson pro tento bod používá termín „**epidemiologický bod**“. Zatímco do této doby jsou hlavními příčinami úmrtí infekční a jiné nemoci (v poslední době HIV/AIDS) spočívající v nákaze vnějšími činiteli (viry, bakteriemi) na základě přenosu, začínají se od tohoto bodu stávat hlavními příčinami úmrtí degenerativní „civilizační“ nemoci – kardiovaskulární nemoci a karcinomy.

Kromě toho dochází ve společnosti k zajímavému trendu, neboť původně byly tyto nemoci „společnosti hojnosti“ nemocemi bohatých lidí, avšak se zvyšováním celkové materiální úrovně společnosti postihují postupně všechny vrstvy společnosti.

Rozdíly mezi vrstvami; relativní příjmy

Po dosažení epidemiologického bodu však mají na zdraví populace podle Wilkinsona větší vlivy *rozdíly v rozdělení GDP/c uvnitř společnosti než jeho absolutní výše*. Jinými slovy: je-li dosažena materiální úroveň umožňující zdravou stravu, hygienicky nezávadné bydlení, lékařskou péči atp., jsou příčinou rozdílů ve zdraví nikoliv absolutní, ale *relativní* nerovnosti *příjmů*. Nejde tedy již pouze o rozdíly mezi chudými a bohatými, ale i o rozdíly mezi více a méně bohatými. Wilkinson při formulaci této hypotézy vychází ze zjištění, že v různých společnostech jsou po staletí pozorovány souvislosti mezi *socioekonomickým statusem a nemocností a úmrtností*. Například Antonovsky (1967) uvádí, že na základě dochovaných záznamů lze ukázat, že *již od 12. století* mají příslušníci nižších sociálních vrstev kratší střední délku života a vyšší úmrtnost než příslušníci vrstev vyšších. Tento vztah zůstává po celá staletí stejný, ačkoliv celkové bohatství společnosti neustále vzrůstá: v nižších sociálních vrstvách je již od 12. století mortalita *tříkrát až čtyřikrát vyšší* než ve vrstvách vyšších.

Dosáhne-li tedy společnost určité hladiny ekonomického rozvoje, je jako *celek* tím zdravější, čím jsou v ní nižší rozdíly („nerovnosti“) v příjmech.

Rozdíly uvnitř vrstev

Tyto vztahy platí nejen v rámci celé společnosti, ale částečně i uvnitř jednotlivých vrstev. Například v jedné studii analyzovali autoři data ze souboru cca 17000 úředníků různých vládních organizací v Londýně. Všichni byli zaměstnaní a všichni byli příslušníky střední vrstvy. Výsledky analýz ukázaly, že i při kontrole věku a některých údajů týkajících se zdraví byla *mortalita* pracovníků, kteří zaujímali v této hierarchii nižší pozice, cca *tříkrát vyšší* než mortalita pracovníků ve špičkových pozicích. V některých výzkumech se ukazuje, že dokonce i značně bohatí lidé (milionáři a miliardáři) mají o něco horší zdravotní stav než lidé, kteří jsou v příjmové hierarchii bezprostředně nad nimi.

Nelineární vztah GDP/c a objektivní zdraví

Hypotézu o nelineárním vztahu GDP/c (případně příjmů jedinců) a objektivním zdravím dokládá Wilkinson na řadě dat.

Ukázal například, že se ve Velké Británii v letech 1970 až 1990 sice výrazně zvyšoval GDP/c a životní standard, současně se zdravotní stav obyvatelstva stále zhoršoval. Ukázalo se, že

tento vztah lze plně vysvětlit tím, že současně se zvyšováním GDP/c docházelo i k prohlubování rozdílů v příjmech bohatých a chudých, respektive všech vrstev společnosti. Tuto hypotézu dokládá i jinými daty. Například ukazuje, že v USA se černošští muži dožívají v průměru asi o devět let méně než černošští muži v Costa Rice, ačkoli v USA jsou jejich příjmy v průměru asi čtyřikrát vyšší než v Costa Rice. Nebo že v Řecku je střední délka života vyšší než v USA, ačkoli je zde GDP/c výrazně nižší.

Sociální srovnávání

Na úrovni států tedy podle Wilkinsona neplatí, že nejzdravější jsou ty státy, které jsou nejbohatší, ale ty, ve kterých jsou nejmenší rozdíly v příjmech. Wilkinson současně zdůrazňuje, že jde o rozdíly *na úrovni společnosti*, nikoli menších celků. V těchto menších celcích, jako je například vesnice nebo menší město, se nemusí projevit rozdíly, které jsou platné pro celou společnost. Vysvětlení spatřuje v tom, že **se jedinci srovnávají s ostatními, kteří jsou srovnatelní na úrovni státu**. Ačkoli se jedinec patrně nejčastěji srovnává s těmi, kteří jsou na tom podobně, ví také současně, jaké místo zaujímá v celé společenské hierarchii. Tuto hypotézu Wilkinson dokládá na základě rozboru rozsáhlého souboru publikovaných studií. V něm analyzovaných 155 studiích bylo celkem statisticky testováno 168 hypotéz týkajících se souvislosti mezi nerovnostmi a průměrnou délkou života. Naprostá většina studií, ve kterých byly analyzovány souvislosti na úrovni států, je v prospěch hypotézy o vlivu nerovností na snižování střední délky života (83 %). Na úrovni menších lokalit vyznělo ve prospěch této hypotézy méně než 50 % studií (45 %).

Přímější test hypotézy sociálního srovnávání publikovali Kondo et al. (2008). Tito autoři analyzovali data z národně reprezentativního šetření z Japonska, jehož se zúčastnilo celkem cca 47 000 respondentů ve věku od 25 do 64 let.

V šetření bylo zjišťováno *subjektivní zdraví* otázkou: „Jaký je Váš současný zdravotní stav: vynikající, velmi dobrý, dobrý, ucházející, špatný?“ Současně byly zjišťovány *příjmy respondentů*.

Autoři vytvořili na základě údajů v databázi pro každého respondenta *tři referenční skupiny* či kategorie:

- ostatní, kteří pracují ve stejném povolání
- ostatní ve stejné věkové kategorii (po deseti letech, tedy například 25 až 34)
- ostatní ve stejném regionu.

Sociální srovnávání odhadli pomocí indexu relativní deprivace. Tu definují tímto indexem:

$$RD = \frac{\sum(Y_o - Y_i)}{N}, \text{ kdy } Y_o \text{ jsou příjmy druhého a } Y_i \text{ jsou příjmy jedince.}$$

Je-li tedy například v dané kategorii 1000 lidí a každý z nich má příjem v průměru o 1000 jenů vyšší, je index $RD = 1000$.

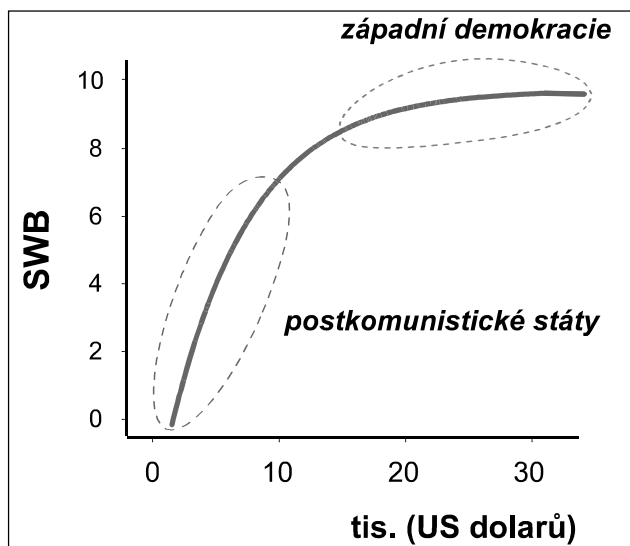
Výsledky analýz ukazují, že je takto měřená relativní deprivace signifikantním prediktorem subjektivního zdraví: Čím vyšší RD , tím horší subjektivní zdraví. Tyto výsledky byly velmi podobné pro muže i pro ženy a platily pro srovnání ve všech referenčních skupinách. Nejsilnější účinky byly zjištěny pro *věkové kategorie*. Tito autoři rovněž vycházejí z hypotézy, že se jedinec srovnává s těmi, kteří jsou mu podobní. Pokud je toto srovnání pro něj nepříznivé, působí rozdíly jako chronický stresor.

Celkově se tedy ukazuje, že sociální srovnávání má negativní vlivy jak na objektivní zdraví, tak i na zdraví subjektivní.

1.4.3 Důsledky sociálního srovnávání na kvalitu života

Příjmy a kvalita života v mezinárodním srovnání

Podobné výsledky jsou získávány i v souvislosti s různými údaji týkajícími se kvality života. V současné době se ukazuje, že mezi hrubým domácím produktem a různými indikátory kvality života platí v principu vztah, který je znázorněn v tomto obrázku. Je v něm vyjádřen vztah mezi GDP/c a subjektivní pohodou v různých státech.



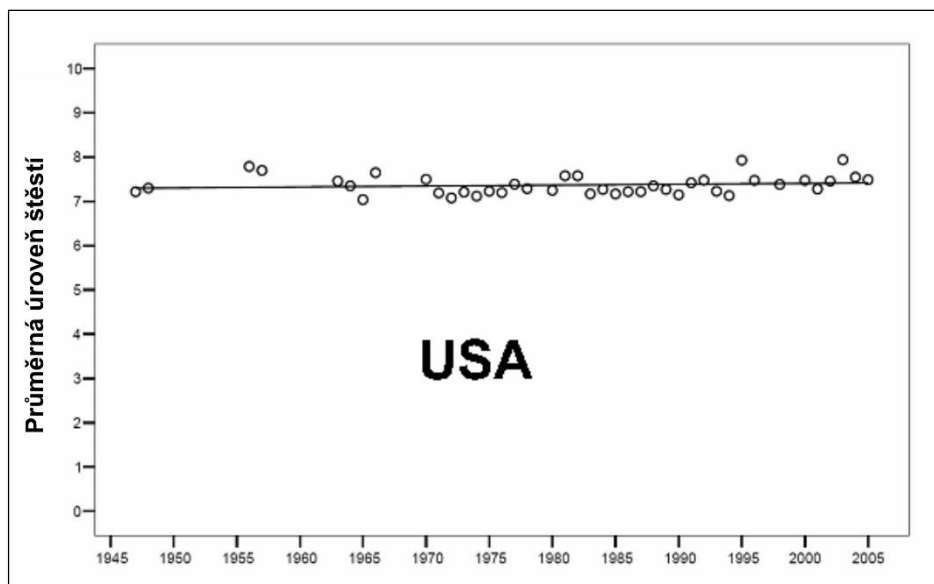
Graf 6 Vztah příjmů a kvality života (SWB)

Zdroj: Hnilica, K. (2009) *Reciproční účinky kvality života*. Československá psychologie, 53, 224-240.

Je patrné, že do určitého bodu je kvalita života silně závislá na příjmech. To platí především pro postkomunistické státy, ve kterých je také celkově nejnižší subjektivní kvalita života, jinými slovy, ve kterých jsou lidé nejméně šťastní a v průměru poměrně nespokojeni se svými životy. Od tohoto bodu však naopak kvalita života s příjmy nespojuje.

Příjmy a kvalita života uvnitř států v historické perspektivě

Paradoxně se však současně ukazuje, že je kvalita života vysoce stabilní charakteristikou států. Ve státech, jako jsou USA, ve kterých se kvalita života měří již několik desetiletí na národně reprezentativních souborech, se ukazuje, že dnešní mladí lidé jsou stejně šťastní a spokojení se svými životy jako byli jejich prarodiče. To ukazuje například následující graf. Současně se ale ukazuje, že se za sledované období zvýšil GDP/c v USA zhruba *tříkrát*. Jak je tedy možné, že lidé nejsou spokojenější?



Graf 7 Stabilita průměrné úrovně štěstí v USA.

Zdroj: Zpracováno podle publikovaných dat.

Sociální srovnávání a změna aspirací

Jedno z vysvětlení této skutečnosti předložil R. Easterlin. V této teorii mají hlavní roli procesy sociálního srovnávání, adaptace na dosažený standard a následné zvýšení aspirace.

Podle Easterlina (1974)

a) jedinec porovnává svoji materiální situaci s určitým standardem a snaží se tohoto standardu dosáhnout (*aspirace*); inspirací jsou zde především srovnatelní druzí;

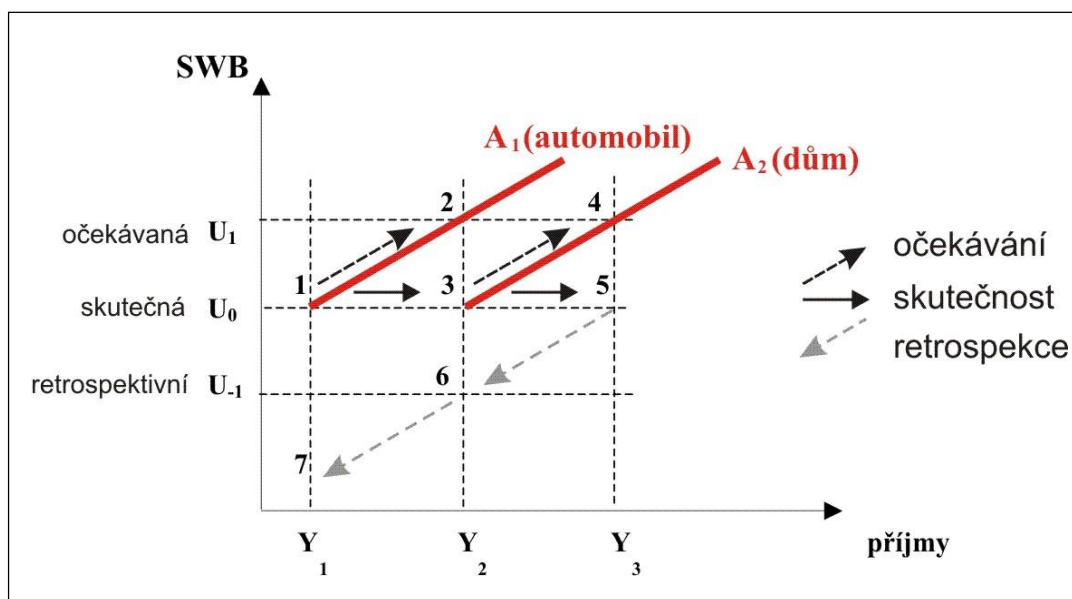
b) na dosažení požadovaného standardu reaguje

- krátkodobým štěstím, tj. krátkodobým zlepšením kvality života
- stanovením si vyšších cílů/aspirací a
- návratem na původní hladinu kvality života;

c) v důsledku toho

- přes zlepšující se materiální úroveň jedinců je jejich kvalita života na konstantní úrovni
- zvyšují se materiální aspirace ve společnosti
- k dosažení stejné úrovně spokojenosti se životem je nutno vyšších příjmů.

Easterlin svoji teorii objasňuje pomocí následujícího obrázku. Hodnoty na horizontální ose představují **příjmy**, které se stále zvyšují ($Y_1 < Y_2 < Y_3$). Protože se příjmy zvyšují zpravidla v souvislosti s věkem, je tuto osu možno do určité míry současně chápat jako osu věku (v produktivních letech). Vertikální osa vyjadřuje skutečné, retrospektivní a očekávané hodnoty kvality života; ty zde jsou označeny ekonomickým termínem **utilita** (U). Konečně **aspirace** jsou zde označeny formálně písmenem A . Opět platí, že $A_1 < A_2 < A_3$.



Obrázek 31 Změna aspirací v závislosti na dosažené úrovni příjmů.

Zdroj: Easterlin, R. (1974). Does Economic Growth Improve the Human Lot? Some Empirical Evidence. In P. A. David, & M. W. Reder (eds.) *Nations and Households in Economic Growth: Essays in Honor of Moses Abramovitz*, New York: Academic Press.

V bodě Y_1 (tj. při poměrně nízkých příjmech) si jedinec přeje mít auto a domnívá se, že až bude mít vyšší příjmy (Y_2) a auto si bude moci koupit, bude výrazně šťastnější, než je dnes. Avšak když se po letech skutečně dostane na příjmovou úroveň Y_2 , nepřinese mu zakoupený automobil dlouhodobé štěstí; zejména proto, že v té době již bude mít automobil většina lidí, s nimiž se srovnává. Vysní si tedy další cíl: „Šťastný budu, až budu mít vlastní dům!“ Situace se však opakuje: po letech si koupí vlastní dům, chvíli se z něj bude radovat – a začne snít o něčem, co ho konečně už učiní trvale šťastným.

Podle Easterlina je tedy v životním cyklu typický pohyb po bodech označených jako 1, 3 a 5. S věkem se zvyšují současně příjmy i aspirace. Důsledkem je relativně stabilní úroveň SWB.

1.5 Sociální opora

V této části se věnujeme otázce vztahu mezi sociální oporou a zdravím. Zaměříme se i na souvislosti mezi sociální oporou a mortalitou, morbiditou a uzdravením z nemoci.

V průběhu posledních let byla předložena řada teorií, které se pokouší objasnit vztah mezi touto abstraktní sociální proměnnou (sociální oporou), fyziologickými a psychologickými procesy a proměnnými (například krevní tlak či emoce) a indikátory tělesného zdraví.

1.5.1 Co je sociální opora

Sociální opora představuje veškeré sociální zdroje, které jedinci umožňují vyrovnat se s problémem, zejména se stresorem nebo stresem.

1.5.2 Druhy sociální opory

Tyto zdroje lze rozdělit na strukturní a funkční. Mezi **strukturní zdroje** se zahrnují například celkové počty jedinců, s nimiž je jedinec v kontaktu, velikost rodiny, rodinný stav jedince (svobodný/á, ženatý/vdaná, rozvedený/á, vdovec/vdova). Strukturní analýza odhlíží od *kvality* těchto vztahů a sítí.

Mezi **funkční zdroje** se zahrnují naopak ty zdroje, které jsou definovány kvalitou. Patří sem zejména zdroje, které jedinci poskytují emocionální podporu. Intenzita této podpory přitom nemusí souviset s počtem lidí, kteří jsou jedinci dostupní. Tyto zdroje se zpravidla dále třídí podle formy podpory, již nabízejí, na podporu celkovou, nebo podporu v určitých oblastech. Mezi hlavní oblasti podpory patří

- **emocionální** podpora (přítomnost někoho, s kým můžeme sdílet své myšlenky, obavy, úzkosti, komu věříme)
- **instrumentální** podpora (přítomnost někoho, kdo nám poskytne hmatatelnou pomoc ve formě finanční půjčky, nebo nám poskytne praktickou pomoc, která může mít nejrozmanitější podobu, například nás dovezde k lékaři)
- **informační** podpora (máme někoho, kdo nám poradí, kde hledat pomoc, co si o problému přečíst, s kým konzultovat, kdo prošel stejným stresem)
- **přátelská** podpora (máme někoho, s kým trávíme volný čas, chodíme do divadla, na procházky, na výlety atp.)

Výsledky výzkumů ukazují, že strukturní a funkční zdroje spolu příliš silně nekorelují. Oba přitom souvisejí se zdravím, avšak každý z nich k němu přispívá odlišným způsobem a odlišným dílem. Někdy se jejich účinky liší i podle povahy onemocnění.

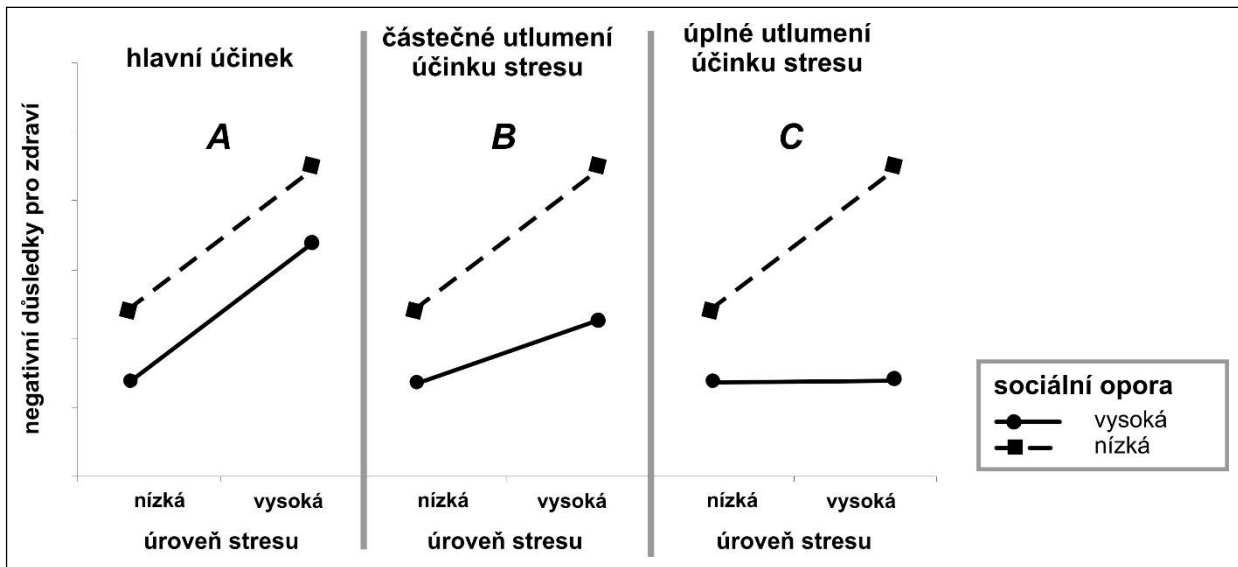
1.5.3 Modely účinků sociální opory

Účinky sociální opory můžeme rozlišit z formálního hlediska na

- hlavní nebo moderované
- přímé nebo zprostředkované.

Hlavní a moderované účinky sociální podpory

Toto rozlišení souvisí s otázkou, zda má sociální opora stejné účinky nezávisle na úrovni stresu, nebo zda jsou její účinky odlišné pro odlišné úrovně stresu. V prvním případě by platilo, že čím vyšší mírou sociální opory (ať již strukturní nebo funkční) jedinec disponuje, tím nižší vliv na něj stresující události mají. Ve druhém případě by platilo, že sociální opora má odlišné účinky pro odlišné úrovně stresorů nebo stresu. Nejznámější je jedna z možných variant této interakce, která bývá označována jako částečné tlumení nebo úplné anulování účinku stresu (buffering effect). V následujícím obrázku jsou znázorněny některé možnosti.

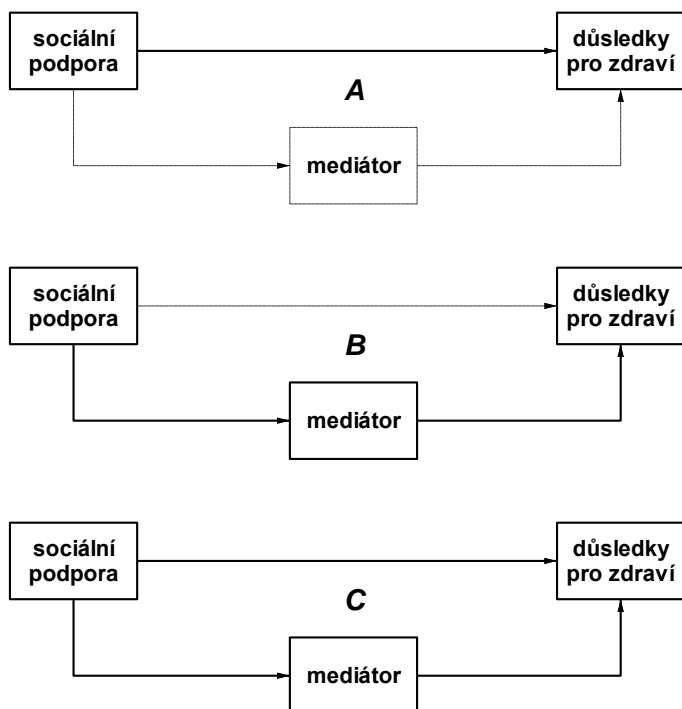


Obrázek 32 Hlavní a moderované účinky sociální opory

První obrázek (A) ukazuje hlavní (nezávislý) účinek sociální opory. Z vysoké míry sociální opory těží jedinci s různými úrovněmi stresu úplně stejně. Druhý obrázek (B) ukazuje možnost, že pro některé stresory je účinek sociální opory tím prospěšnější, čím vyšší úrovni stresorů je jedince vystaven. Poslední obrázek (C) ukazuje situaci, v níž silná sociální opora sníží důsledky stresorů nezávisle na jejich intenzitě na stejně nízkou úroveň, případně jejich účinek úplně anuluje.

Přímé a zprostředkované účinky sociální podpory

Druhé rozlišení souvisí s otázkou, zda je účinek stresorů sociální oporou snížen nebo anulován přímo (například jsme ve finanční tísně a někdo nám daruje dar, který vše vyřeší), nebo zprostředkovaně (například nám někdo dá radu, co udělat, abychom se z tísně dostali). Zde můžeme rozlišit opět tři hlavní situace.



Obrázek 33 Přímý, zprostředkovaný a částečně zprostředkovaný účinek sociální opory na zdraví.

V první situaci (obrázek A) má sociální opora na zdraví přímé účinky, které nejsou zprostředkovány žádnými dalšími proměnnými. Ve druhé situaci (obrázek B) je naopak účinek sociální podpory plně zprostředkovaný proměnnými, které jsou označovány jako mediátorové nebo mediátory. Ve třetím případě (obrázek C) je účinek sociální podpory zčásti přímý a zčásti zprostředkovaný dalšími faktory.

Přímé účinky

Jeden z možných mechanismů přímého působení sociální podpory spočívá v tom, že samotná přítomnost druhých vede k tomu, že je jedinec více relaxovaný a kladněji *emocionálně* naladěný. Například J. Bowlby dospěl k závěru, že jsou lidé v každém věku nejšťastnější a nejefektivnější tehdy, jsou-li si jisti tím, že mají za sebou důvěryhodné osoby, které jim přijdou – v případě nouze – na pomoc. Tyto osoby představují bezpečný základ, jakousi osu jistoty, z níž lze vykročit. Tento účinek je patrně vrozený různým sociálním druhům, včetně lidí.

Jiný přímý účinek může spočívat v tom, že přítomnost druhých snižuje riziko, že se jedinec dopustí nějaké formy sebepoškozujícího *chování*. Nebude například tolik kouřit, nebude popíjet tolik alkoholu ani požívat jiné návykové látky, které mají negativní účinky na zdraví. Nebude také (z ohledu na druhé) jezdit tak rychle automobilem.

Nepřímé účinky

Mezi mediátory, které zprostředkovávají účinek stresorů na zdraví, lze započít řadu proměnných fyziologické, psychologické nebo behaviorální povahy.

Sociální opora může například vést k vyšším intenzitám kladných emocí, relaxace a citových vazeb, které vedou ke zlepšení funkce imunitního systému. Tyto fyziologické změny jsou pak vlastní příčinou lepšího zdraví nebo lepšího vyrovnávání se se stresory.

Další možností je, že druzí představují potenciální síť, která zahrnuje moment *prevence*. Druzí nás mohou vybízet, abychom chodili pravidelně na kontroly, na mamograf, objednájí nás u lékaře atp. Samotné toto chování jednak může vést ke snížení rizika, že se setkáme se stresory, které ohrožují naše zdraví, jednak může vést ke snížení úzkosti a k odstranění nežádoucích myšlenek, týkajících se zdraví – a tedy i k pozitivním důsledkům vyplývajícím z absence úzkosti, nejistoty, obav, depresí atp.

Kombinované účinky

V některých případech se účinky psychologických a fyziologických zprostředkujících proměnných zřetězí. Kromě toho může dojít ke kombinaci zprostředkování a moderování (tlumení).

Například někdy druzí pomáhají svými radami a názory k tomu, že jedinec přehodnotí situaci. Přestane se mu zdát tak nebezpečná. Toto přehodnocení situace se pak může projevit nižší úrovní úzkosti, tenze a jiných proměnných, které mají potenciálně negativní účinky na zdraví, mj. i přetěžováním kardiovaskulárního systému. Tento účinek sociální opory je tedy **zprostředkovaný**. Do hry zde může navíc vstupovat mechanismus **moderování** účinku sociální podpory. Například osobě typu A se může dostávat sociální opory méně často, než osobě typu B. Přitom však sociální opora může být účinnější právě u těchto jedinců, neboť u nich dochází snadno ke stresové reakci spojené se zvýšením krevního tlaku a celkově s přetěžováním kardiovaskulárního systému.

1.5.4 Některá výzkumná zjištění

Sociální opora a mortalita

Byla realizována řada longitudinálních šetření, která při prvním měření zjišťovala zdravotní stav a údaje o sociální podpoře u souboru starých lidí (zpravidla nad 65 let). Po určité době (zpravidla v rozpětí 5 až 9 let) se v těchto šetřeních zjišťovaly údaje o počtu úmrtí a uváděly se ve vztah s údaji o sociální opoře.

Ve studiích, v nichž se zjišťují údaje o **strukturních aspektech sociální opory**, vedou výsledky k závěru, že celkové množství sociálních vztahů a velikost sociální sítě, jíž je jedinec členem, souvisí signifikantně a záporně s pravděpodobností úmrtí. Tento vztah platí pro obě pohlaví, silněji však pro muže. Muži se slabou sociální oporou umírají při kontrole ostatních faktorů častěji než ženy, které mají srovnatelné hodnoty ostatních proměnných (věk, vzdělání, příjmy, počet předchozích onemocnění atd.).

Badatelé věnovali pozornost i otázce, zda jde o lineární vztah, ve kterém se se zvyšující velikostí sociální sítě snižuje pravděpodobnost úmrtí, nebo o nelineární model, ve kterém po dosažení určitého počtu sociálních vztahů přestávají mít další vztahy účinek. Výsledky neumožňují dosud jednoznačnou odpověď. Naznačují, že například u kardiovaskulárních problémů se snižuje pravděpodobnost úmrtí s rostoucí velikostí sociální sítě takřka lineárně, u karcinomů patrně jde o jakýsi práh, po jehož dosažení již další vztahy ke snížení pravděpodobnosti úmrtí nepřispívají. V jedné prospektivní studii, jíž se zúčastnilo více než 120 tisíc amerických zdravotních sester, se ukázalo, že mezi těmi ženami, které prodělaly rakovinu prsu, zvyšuje nedostatek sociální podpory pod určitý práh následnou úmrtnost přibližně o 30 % (Kroenke et al., 2006).

Většina z těchto studií vede k závěru, že sociální opora vykazuje **hlavní účinek**, tj. čím vyšší míra sociální opory, tím příznivější účinky; ty jsou zhruba stejné pro všechny úrovně stresu.

V šetřeních, v nichž se pozornost věnovala **funkčním aspektům sociální opory**, dospěli autoři k závěru, že zejména tzv. *percipovaná sociální opora*, tj. přesvědčení jedince, že mu je nebo naopak není k dispozici někdo blízký nebo alespoň někdo, kdo by pomohl, kdyby

bylo třeba, výrazně snižuje pravděpodobnost úmrtí. Mezi klíčové formy mající kladný efekt patří emocionální a instrumentální opora. Tyto formy opory vykazují zpravidla rovněž hlavní (nezávislý) efekt.

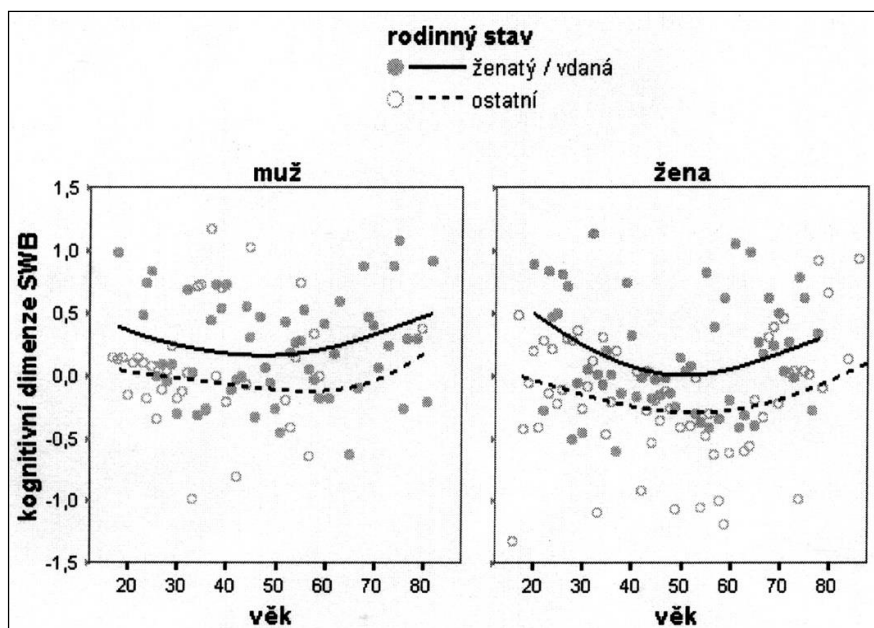
V některých studiích je demonstrován tlumivý účinek sociální opory. Zejména pracovní stres je někdy tlumen sociální oporou při vyšších mírách více než při hodnotách nižších. V některých studiích se ukázalo, že při vysokých hodnotách stresu (nikoli však při nízkých) mají muži s vysokou mírou sociální opory cca třikrát nižší pravděpodobnost úmrtí než muži s nízkou oporou.

Sociální opora, morbidita a kvalita života

Další významná zjištění se týkají souvislostí mezi sociální oporou a incidencí a prevalencí různých nemocí, a to zejména v pokročilejším věku. Je to hlavně díky tomu, že starší generace jsou postiženy silněji různými chronickými nemocemi než generace mladší a jsou proto zpravidla delší dobu vystavené působení stresorů. Ale významná zjištění jsou získávána i ve studiích s lidmi mladšími, například ve středním věku. Například v jedné studii (Seeman et al., 1987) analyzovali autoři data ze souboru, u kterého proběhlo první měření v době, kdy jim bylo 38 let a více, a druhé měření cca po 18 letech. Výsledky ukázaly, že sociální opora (globální strukturní index) vykazovala silný negativní vztah s nemocností mužů i žen. Tyto výsledky jsou získávány u lidí z různých kultur.

V řadě výzkumů se rovněž ukazuje, že i samotná informace o rodinném stavu je spolehlivým prediktorem zdravotního stavu (a mortality). I při kontrole řady dalších faktorů se ukazuje, že rozvedení nebo ovdovělí jedinci mají vyšší pravděpodobnost onemocnění než jedinci žijící dlouhodobě v manželském nebo v partnerském vztahu. Partnerka či partner zřejmě výrazně ovlivňuje vyrovnávání se se stresem. Opora je zde zjevně multifunkční. Zahrnuje emoce, praktickou pomoc, společné trávení času a poskytování nejrozmanitějších informací.

Rodinný stav rovněž vykazuje u mužů i u žen systematické vztahy s kvalitou života, která souvisí se zdravím. Kromě toho se ukazuje, že například u nás mají sezdaní lidé v každé věkové kategorii v průměru lepší kvalitu života než lidé rozvedení (Hnilica, 2005). To ukazuje následující obrázek. Data jsou v něm založená na reprezentativních souborech českých mužů a žen. Kognitivní dimenze SWB (subjective well-being) zjišťovala škála měřící spokojenost se životem.



Graf 8 Rodinný stav a spokojenost se životem

Zdroj: Hnilica, K. (2005) Věk, pohlaví a kvalita života. In J. Payne et al. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, str. 431.

Z grafu je patrné, že účinek této formy strukturální sociální opory je výrazný v každé věkové kategorii a že je srovnatelný pro muže i pro ženy.

Protože je subjektivní kvalita života (zejména životní spokojenost a emocionální vyrovnanost) důležitým indikátorem jedné dimenze zdraví, je otázkou, zda sociální opora může mít vliv nejen na průběh a důsledky stresů na nemoc, ale i na samotný vznik onemocnění. Působí sociální opora jako svého druhu štít?

Výzkumů na toto téma je dosud velmi málo. Ale některé ukazují, že sociální opora může mít tyto preventivní účinky. Například v jedné prospektivní epidemiologické studii vykonané v Honolulu byly zjištěny v první etapě údaje o zdravotním stavu a sociální opoře zdravého souboru dospělých jedinců. Analýzy po sedmi letech ukázaly, že se u jedinců s vyšší sociální oporou méně často vyskytly různé kardiovaskulární nemoci. Obdobně tomu do jiné studie vykonané v Goteborgu bylo zahrnuto cca 700 zdravých mužů. Po šesti letech se ukázal negativní vztah mezi emocionální sociální oporou a indexem celkového začlenění do sociální sítě a výskytem kardiovaskulárního onemocnění.

Vliv sociální opory na zotavení se z nemoci

Výzkumy zkoumající vliv sociální opory na pravděpodobnost uzdravení či jinak definovaného vypořádání se s nemocí je málo. Nicméně některé z nich naznačují, že i v této etapě má sociální opora významný vliv. Například v jedné studii sledovali badatelé skupinu pacientů, kteří byli hospitalizováni se závažným onemocněním koronární artérie (se silnou stenózou). Hlavními ukazateli sociální opory byl rodinný stav a existence přítele/přítelkyně, kterým by se mohl pacient svěřit. Výsledky ukazují, že i při kontrole řady faktorů měli jedinci s vysokou mírou sociální opory výrazně vyšší pravděpodobnost přežití než jedinci s nízkou mírou (83 % oproti 50 %).

Některé studie se věnují otázce vlivu sociální opory na pravděpodobnost přežití různých druhů nádorových onemocnění. Výsledky zde však nejsou jednoznačné. Některé výzkumy vedou ke zjištění negativního vztahu mezi sociální oporou (definovanou zpravidla rodinným stavem) a pravděpodobností návratu onemocnění, výsledky řady jiných však tak optimisticky nevznívají.

Vcelku je tedy nesporné, že opora ve druhých lidech je velmi významným faktorem, který zvyšuje kvalitu života a přispívá jak k prevenci, tak i lepšímu vyrovnání se s nemocí a u řady nemocí i k úspěšnosti jejich vyléčení.

1.6 Kontrola a sebeúčinnost

V tomto textu věnujeme na více místech pozornost pojmům, které souvisejí s otázkou vnitřní a vnější kontroly chování. Patří mezi ně například naučená bezmocnost, lokalizace kontroly a sociální podpora. Na tomto místě věnujeme pozornost dvěma problémům teoretickým. První z nich se týká otázek tzv. vnitřní a vnější motivace, druhý teorii sebeúčinnosti.

1.6.1 Vnitřní a vnější motivace

V kapitolách o motivaci a o učení jsme se věnovali třídě motivů označené jako **incentivy**. Schizofrenní pacienti se například naučí vlivem vypracovaného systému zpevnování (odměn) měnit svoje chování v požadovaném směru. Tyto incentivy jsou vždy ve vztahu k nějakým potřebám. Některé chování však jedinci vykonávají bez zjevných vnějších důvodů. Patří mezi ně například tendence prozkoumávat své prostředí, věnovat pozornost novým podnětům, aktivně manipulovat s různými předměty (například řešit hlavolamy). Jak těmto jevům porozumět?

Proaktivní vlivy na prostředí

Zkoumáme-li psychické jevy z hlediska incentivní motivace, zapomínáme na důležitý moment, jímž je **vliv chování na prostředí**. Tento aspekt zdůraznil zejména B.F. Skinner, který zavedl pojem **operant**. *Operant* doslova znamená „mající účinky na prostředí“. Tyto účinky, které znamenají změnu prostředí v důsledku působení jedince, mohou sloužit ke **zpevnění** chování, ačkoliv nejsou aktivovány žádnou biologickou potřebou. S podobným konstruktem jsme se seznámili u J. Piageta (sekundární kruhové reakce): Dítě například náhodou zatahá za chrástítko a ono zachrástí. Co udělá? Zatahá za něj ještě jednou. Proč? Jakoby mu bylo odměnou to, že prostředí reaguje.

Kompetence a effectance motivation (motivace účinnosti)

Robert W. White dospěl v roce 1959 k závěru, že jsou behavioristická a psychoanalytická pojetí motivace neúplná. White předložil hypotézu existence specifického druhu motivace, již označil jako „**effectance motivation**“. Effectance (účinnost) je popsána jako tendence organismu **prozkoumávat (explorovat) prostředí, manipulovat věcmi v něm a ovlivňovat ho svým chováním**. Podle Whitea **není** organismu odměnou samotná tato aktivita. Proč to tedy dělá? Podle něj je to otázkou úrovně analýzy. Při analýze jednotlivých aktů můžeme předložit tento jednoduchý model:



Obrázek 34 Vznik pocitu kompetence

Zdroj: White, R. W. (1959) *Motivation reconsidered: The concept of competence*. *Psychological Review*, 66, 297-333.

Podle Whitea je pro organismus hlavní *odměnou* či *zpevněním* takového chování *růst a zdokonalování kompetence*, tj. *schopnosti organismu efektivně interagovat s prostředím*. Jde tedy o pojem *vývojový*. Kompetence se vyvíjí v procesu interakcí s prostředím.

Tento trend je spojen s emocí, již není spokojenost, ale pocit účinnosti, *feelings of efficacy*. Na rozdíl od biologických potřeb nelze tuto potřebu nikdy úplně uspokojit. Slouží k *rozvoji schopností organismu* spíše než k regulaci biologických procesů. Není založena na biologické deprivaci. Slouží spíše k *růstu a zdokonalování funkčnosti organismu*. Tato motivace zahrnuje u lidí snahu o *porozumění, predikci a kontrolu* prostředí. *Effectance motivation* je tedy *růstovou* motivací.

Ilustrace

- Když dítě prozkoumává prostředí, získává *poznatky*, kognitivní mapu, představu o světě, která mu umožní se v něm efektivněji pohybovat.
- Když si děti hrají, zdokonalují se stále ve svých *dovednostech* – naučí se běhat, skákat přes švihadlo, číst, psát, atp.
- Děti se současně stávají efektivnější ve svém *myšlení a řešení problémů* – naučí se počítat, usuzovat, „hádat“ různé věci atp.
- Děti – a nejen ony – při tom všem také *poznávají sebe samé*. Dozvídají se, na co mají a na co ne, čeho se mohou odvážit a čeho ne, na co jsou ještě malé, co se ještě musí naučit, aby zvládly něco jiného.

To vše jsou složité procesy, jejichž výsledkem je získání *předpokladů* (kompetencí) pro efektivnější chování či – jak říká White – efektivnější interakce s prostředím.

Jejich psychickým důsledkem není slast nebo jiná emoce, neboť jde o učení a kognice, ale *pocit efektivnosti*. Máme prostě pocit, že to, co bychom ještě před rokem nezvládli – třeba vypracování seminární práce – nyní zvládneme. Že jsme lepší, dál, připravenější, zralejší, starší, že toho umíme a víme víc, že víme, jak na to, že děláme méně chyb atp.

Vztah vnější a vnitřní motivace

Někdy jsme tedy pro určité aktivity motivováni zvnějšku, incentivy, jindy zevnitř, na základě vrozené potřeby zdokonalovat se a růst. Můžeme se ptát, jaký je vlastně vztah těchto dvou motivací.

Mezi nejvýznamnější a nejzajímavější zjištění patří, že „vnější motivace často podkopává motivaci vnitřní“. Že děláme-li něco z vnitřního zájmu a začneme za to být odměňováni, trestáni, nebo jinak kontrolováni zvnějšku, vnitřní zájem se vytratí a my přejdeme na vnější motivaci, tedy na kontrolu našeho chování vnějšími odměnami nebo tresty. K vysvětlení tohoto jevu bylo předloženo více teorií, zde zmíníme dvě hlavní. Nejprve ale uvedeme dva slavné výzkumy, které tento jev demonstrují.

V prvním z nich předložil Edward Deci (1971) studentům – byli jimi především studenti technických oborů – v první etapě šetření k řešení čtyři hlavolamy. Jejich úkolem bylo sestavit vždy z více než dvaceti kostiček podle předlohy určitý obrazec. Když student hlavolam nevyřešil do časového limitu (13 minut), ukázal mu experimentátor řešení a předložil mu další hlavolam. Hlavolamy samy o sobě studenty bavily. Řešit je však nemuseli, mohli si například prohlížet časopisy, které byly na stole před nimi. Experimentátor během této etapy na osm minut opustil místnost a – aniž to student tušil – pozoroval studenta z vedlejší místnosti a registroval čas, který po tu dobu věnoval řešení hlavolamu.

Ve druhé etapě experimentátor polovině studentů (experimentální skupina) řekl, že za každý vyřešený hlavolam dostane *jeden dolar*. A skutečně vždy studenta za každý správně vyřešený hlavolam odměnil. Druhá polovina (kontrolní skupina) tento slib – ani odměnu – nedostala. I zde experimentátor v určitém okamžiku opustil místnost na osm minut, aby studenta pozoroval z vedlejší místnosti a registroval čas, který věnoval řešení hlavolamu.

Třetí etapa byla totožná s etapou první. Studenti v žádné skupině nedostali slib za vyřešení hlavolamů ani nebyli za jejich vyřešení odměňováni. Po ukončení této etapy zadal experimentátor studentům dotazník, který zjišťoval, jak je řešení hlavolamů bavilo.

Autor porovnal délku řešení hlavolamů v první a třetí etapě (tedy bez odměn). Výsledky ukazují, že studenti v kontrolní skupině (tj. neodměňovaní) řešili během sledovaných osmi minut ve třetí etapě hlavolamy v průměru signifikantně déle (o 75 sec.) než studenti ve skupině experimentální. Kromě toho – jak uváděli v dotazníku – je řešení hlavolamů v průměru bavilo více.

O dva roky později Lepper et al. (1973) realizovali výzkum, jehož se zúčastnily děti ve věku od 40 do 64 měsíců (tj. 3,3–5,3 roku). Tyto děti navštěvovaly čtyři různé třídy mateřské školy (po cca 35 dětech na třídu; N = 139). Experimentátoři dali do těchto tříd sady barevných pastelek (fixů), s nimiž děti mohly zcela libovolně malovat. U každého stolu, na němž byla tato sada, mohlo sedět vždy maximálně šest dětí. Aniž to děti tušily, pozorovali je vždy z druhé místnosti přes jednostranně průhledný obraz po tři dni vždy jednu hodinu dva pozorovatelé. Ti registrovali, zda mají děti zájem o malování. Zájem definovali tím, že dítě vezme fixu do ruky. Po třetím dnu pozorování byly fixy ze tříd odebrány. Celkem 102 dětí si alespoň jednou sedlo a malovalo, z toho 69 dětí sedělo a malovalo déle než čtyři minuty. Tento podsoubor se zúčastnil dalších sezení.

Pokračování proběhlo po dvou týdnech. Tyto děti byly jednotlivě brány do místnosti, v níž byly jim známé barevné fixy. Experimentátor dítě poprosil, zda by mu nenamalovalo nějaký obrázek pro jeho známého. Některým dětem přitom za namalování obrázku slíbil určitou odměnu (diplom opatřený zlatou pečetí a stužkou se jménem dítěte), jiným dětem za namalování obrázku neslíbil nic, ale po jeho namalování jim nečekaně dal tento diplom, ještě jiným dětem žádnou odměnu ani neslíbil, ani nedal.

Asi za jeden až dva týdny se opakovala stejná situace, jaká proběhla v první etapě. V ní byly po čtyři po sobě následující dny opět po jednu hodinu denně pozorovány všechny děti ve třídách, do nichž byly opět dodány sady barevných fixů.

Výsledky ukazují, že děti z první podmínky, tj. ty, které byly za své obrázky odměňovány, si malovaly cca dvakrát méně často než děti z ostatních dvou podmínek. Čím tento jev vysvětlit?

Kauzální atribuce a „overjustification“

Než přejdeme k vysvětlení, zmíníme ještě jeden významný výzkum. Jeho autoři Mark R. Lepper a Richard Nisbett rozpracovali pojem *overjustification*, tedy nadbytečného zdůvodnění. Navazují v něm na některé poznatky z teorií atribucí (*discounting principle* a *autoatribuce*). Podle této teorie platí, že vykonává-li jedinec nějakou aktivitu, má možnost ji *sám sobě vysvětlit* buď jako aktivitu vyvolanou prostředím (za odměnu, pod vlivem hrozby atp.), nebo – pokud pro ni nenajde vhodné vnější vysvětlení – jako aktivitu determinovanou zevnitř, například zájmem. Čím více si ji vysvětluje vnějším prostředím, tím méně si ji vysvětluje vnitřním zájmem. Vykonává ji **pro** vnější odměnu. A přestane-li za ni být odměňován, přestane ji vykonávat. Odměny tak vedou k **reatribuci** příčin aktivity od vnitřního zájmu k vnějším příčinám. Následkem je snížení zájmu o danou aktivitu.

Vysvětlení uvedeného druhého výzkumu podle těchto autorů spočívá v tom, že dítě začne připisovat svoji aktivitu nikoli vnitřnímu zájmu, ale vnější odměně. S podobnými jevy se

setkáváme velmi často. Například pracovníci, které baví jejich práce, začnou pracovat méně a s menším zájmem, jsou-li pravidelně kontrolováni svými vedoucími, je-li sledováno, zda dodržují různá zbytečná nařízení, prostě – přejde-li vnitřní zájem na vnější kontrolu. Stejně tak pacienti, kteří přenechají kontrolu nad věcmi, které by mohli vykonávat sami ošetřujícími personálu, získávají někdy pocit jakýchsi pasivních objektů, s nimiž je manipulováno.

Teorie kognitivního ohodnocení (CET)

Jiná teorie (Deci, 1971; Deci, Ryan, 1980) vychází z předpokladu, že **organismus** je **proaktivní**. To znamená, že jeho aktivity nejsou vyvolány působením vnějšího prostředí (nejsou re-aktivní), ale že *je aktivita jeho přirozeností*. K přirozenosti organismu patří dále to, že **se vyvíjí**, že se stává složitějším a integrovanějším. A má-li se zdravě vyvíjet, musí být uspokojovány jeho **základní potřeby**. Teorie kognitivního ohodnocení specifikuje tři potřeby, jimiž jsou **kompetence, autonomie a vztaženosti**.

Aby se organismus zdravě vyvíjel, musí jeho aktivity uspokojovat jeho potřeby kompetence a autonomie; jinými slovy, musí být **vnitřně motivované**.

Podle teorie kognitivního ohodnocení plní **vnější odměna (reward)** dvě základní funkce:

- poskytuje informaci o kompetenci a
- kontroluje chování.

Je-li úkol například *nový* nebo *optimálně náročný*, tj. poskytuje-li příležitost k rozvoji **kompetence**; pak je vnitřně motivující. V souladu s tím, je-li odměna percipována coby *informace o kompetenci*, povede ke zvýšení zájmu o danou aktivitu. Na druhou stranu ale i tehdy, je-li úkol podnětný, nebude pro něj jedinec vnitřně motivován, má-li pocit, že se pro něj *nerozhodl svobodně*, nemá-li *pocit sebeurčení či autonomie*. Je-li odměna chápána jako způsob *kontroly chování*, je v rozporu s potřebou *autonomie* a následkem je snížení zájmu o danou aktivitu. Jedinec je tím více vnitřně motivován, čím více jsou uspokojovány obě potřeby; potřeba autonomie se přitom zdá být důležitější.

Koncept **autonomie** je ovšem spíše teoretický než empirický. Autonomie znamená **vnitřní stvrzení vlastních akcí**, pocit, že tyto akce pramení zevnitř jedince a jsou jeho vlastní. Čím je chování autonomnější, tím více je schvalováno celou bytostí (self) a tím více je prožíváno jako chování, za které je jedinec odpovědný. **Svobodná volba** a **odpovědnost** jsou tedy dvěma hlavními znaky autonomního chování. Autonomní chování je zvoleno; nejde zde však o volbu ve smyslu volby mezi dvěma alternativami, ale o volbu založenou **na smyslu pro plnější a integrovanější fungování celku osobnosti**.

Kontextuální faktory (odměny) přitom nedeterminují chování, ale nabývají psychologický či **funkcionální význam**. Tento význam, tj. subjektivní interpretace situace, je kritickým elementem v determinaci chování. Jestliže jedinec dospívá k závěru, že ho kontext povzbuzuje ke konání vlastních voleb a umožňuje mu tyto volby činit, je vnímán jako kontext *podporující autonomii*. Jestliže ho naopak vnímá jako kontext, který ho tlačí k určitým formám chování a k výkonům, je vnímán jako kontext *kontrolující*.

Autoregulace a přechod od vnější kontroly na vnitřní

Teoretici operantního učení (Skinner) a sociálního učení (Bandura, Mischel) věnují velkou pozornost tomu, jak se z původně vnější kontroly chování stává kontrola vnitřní. V češtině se pro tyto procesy používá termín **autoregulace**. Otázkou zde je, jak si jedinci v ontogenezi

- sami začínají vytyčovat cíle
- kontrolovat jejich plnění a
- následně se odměňovat za jejich splnění.

Ryan (1982) pro tuto situaci, kdy si jedinec uloží sám sobě úkol a kontroluje a hodnotí vlastní výsledky tak, jako by byl hodnocen zvnějšku, zavádí pojem **ego-involvement**. Otázkou je: slibuje a poskytuje si zde jedinec odměny jako informace o kompetenci, nebo jako zdroj vnější motivace?

Oproti této situaci stojí situace označená jako **task-involvement**, kdy je jedinec „pohlčen“ aktivitou pro její vlastní kvality, jakými jsou zajímavost a taková úroveň náročnosti, která představuje výzvu pro jeho kompetence (challenge).

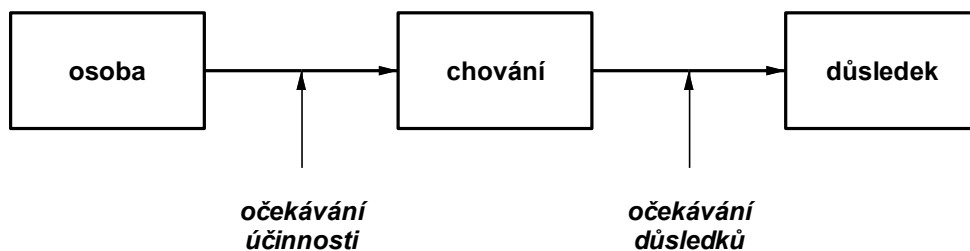
Podle Nichollse (1984) je první orientace spojená s tím, že se jedinec snaží **demonstrovat** své kompetence ostatním nebo sám sobě; zvládnutí úkolu je prostředkem k dosažení tohoto cíle. Ve druhé situaci je jeho cílem **naučit se** vykonávat danou aktivitu a **zvládnout** úkol. Získání kompetence je zde tedy cílem samo o sobě.

Koestner et al. (1987) ukázali, že jsou-li pokusné osoby v situaci *pohlčení aktivitou* (*task-involvement*) pochváleni za vysokou míru vynakládaného úsilí, zvyšuje se jejich vnitřní motivace. Interpretují zjevně tuto pochvalu jako informaci o kompetenci. Naopak v situaci *ego-involvementu* interpretují pochvalu za vysokou míru vynakládaného úsilí jako informaci o menší míře kompetence, kterou musí kompenzovat vyšším úsilím.

V souvislosti s tím Jagacinská a Nicholls (1984) ukázali, že v situaci *task-involvementu* vedla vysoká míra vynaloženého úsilí u studentů ke kladným emocím a k přesvědčení o vysoké míře kompetence, zatímco v situaci *ego-involvementu* vedlo vysoké úsilí k negativním emocím a k menší víře ve vlastní kompetence.

1.6.2 Pojetí a druhy sebeúčinnosti

Další významné pojetí kontroly v psychologii operuje s termínem self-efficacy, který je do češtiny často překládán jako sebeúčinnost. Podle Bandurova (1986) názoru jsou všechny formy psychologického působení (např. psychotherapeutické) zprostředkovány vytvářením a zesilováním očekávání vlastní účinnosti (efficacy). Toto očekávání Bandura odlišuje od očekávání důsledků chování takto:



Obrázek 35 Vymezení základních pojmů v Bandurově teorii

Zdroj: Bandura, A. (1986) *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

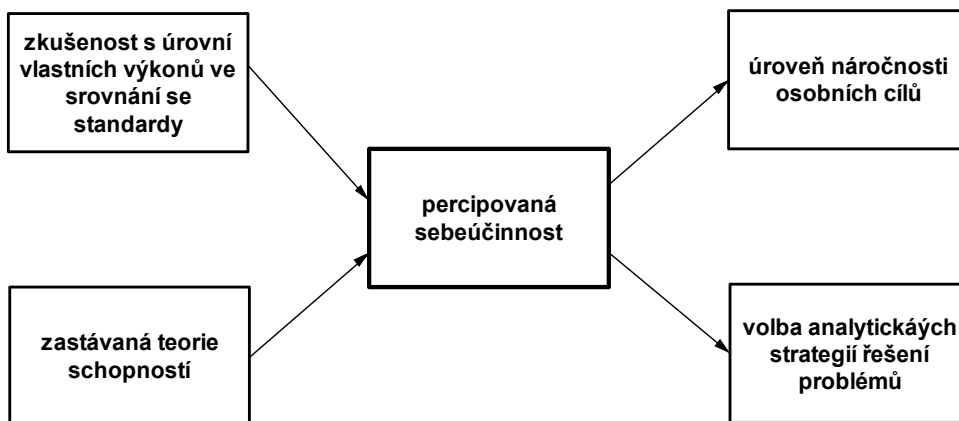
Percipovaná sebeúčinnost je definována jako přesvědčení, že jedinec disponuje schopnostmi nutnými k organizaci a realizaci chování, které povede k dosažení zamýšleného výkonu (chování). Toto očekávání je odlišné od očekávání, že určité chování povede k určitému důsledku.

Percipovaná sebeúčinnost ovlivňuje

- náročnost úkolů (aspirační úroveň), které si jedinec klade,
- výši vynaloženého úsilí,

- perseveranci (úpornost, vytrvalost, houževnatost) tváří v tvář obtížím,
- náchylnost ke stresovým stavům a depresím, a rovněž
- myšlenkové strategie, které facilitují nebo naopak inhibují chování. Má tedy determinační roli v procesu stanovení osobních cílů a při volbě strategií jednání.

V Bandurově systému hrají významnou roli zejména koncepce a atribuce schopností jedince. Tyto souvislosti formuluje Bandura takto:



Obrázek 36 Zdroje a následky percipované sebeúčinnosti.

Zdroj: Bandura, A. (1986) *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Bandura zde pracuje se dvěma hlavními **pojetími schopností**, která běžně zastávají laici při dospívání závěrů o vlastní sebeúčinnosti. Jsou jimi:

1. Schopnost coby **zvyšující se dovednost**. Schopnost je v tomto pojetí vlastností, která může být průběžně zdokonalována a zvyšována prostřednictvím nabývání nových vědomostí a osvojování si nových dovedností. Lidé s touto koncepcí schopností přijímají za své určité cíle učení a vyhledávají stimuluující úkoly, které umožňují rozšiřování jejich vědomostí a kompetencí. Na své chybné výkony nahlíží jako na přirozenou a informativní součást procesu učení. Svě schopnosti posuzují spíše z hlediska osobního vývoje než ve srovnání s ostatními.

2. Schopnost coby **fixní entita**. Schopnost je v tomto pojetí určitou neměnnou vlastností, jejíž úroveň je možno diagnostikovat podle úrovně obvykle dosahovaného výkonu jedince. Přítomnost chyb a nedostatečných výkonů je proto nahlížena jako potenciální osobní a sociální hrozba, neboť vede k diagnóze nízké intelektové kapacity. Lidé s tímto pojetím schopností vyhledávají takové cíle, které umožňují demonstrovat jejich kompetence. Preferují úkoly, které minimalizují pravděpodobnost chyb a umožňují snadné vystavení na odív intelektuální výkonnosti na úkor rozšiřování vědomostí a získávání nových dovedností. Vynakládání vysokého úsilí je stoupenci této koncepce spjato s určitou hrozbou, neboť vysoké úsilí může být chápáno jako kompenzace nedostatečných schopností. Toto pojetí schopností vede při nutnosti vyrovnat se s neúspěchy a stresory u jeho stoupenců k horším výsledkům než pojetí předchozí.

E. Archová (1992) rozlišila **čtyři druhy** percipované sebeúčinnosti :

1. Úkolovou sebeúčinnost. Jde o víru ve schopnost zvládnout daný **úkol**.

2. Adaptační sebeúčinnost. Zde jde o víru ve schopnost čelit negativním souvislostem **důsledků** vlastního chování ve vnějším prostředí.
3. Účinnost kognitivní kontroly. Ta je vymezena jako víra ve schopnost ovládnutí těch vlastních **myšlenek**, které stojí v cestě k cíli. Tedy myšlenek spjatých se sebenedůvěrou, úzkostí, obavami apod.
4. Účinnost afektivní kontroly. Ta, jak název napovídá, je založena na víře ve schopnosti ovládnutí vlastních **afektů**, zejm. úzkosti a strachu.

V návaznosti na některé své dřívější výzkumy autorka předpokládala, že percipovaná účinnost afektivní kontroly bude mít významnější vliv na ochotu zúčastnit se určité výkonové situace u žen než u mužů. Vlastní výzkum realizovala na vzorku 155 studentů, a to zejména studentů učitelství. Tito studenti byli vyzváni, aby vyplnili dotazníky, které zjišťovaly jejich ochotu účastnit se diskuse o efektivnosti vyučovacích metod. Kromě toho zjišťoval dotazník i úzkostnost, spojenou s danou situací, víru ve schopnost opanovat tuto úzkostnost (tj. percipovanou sebeúčinnost afektivní kontroly) a rovněž víru ve schopnost produkce idejí užitečných pro zdokonalení dané vyučovací metody (úkolovou účinnost). Výsledky tohoto výzkumu potvrdily existenci významných rozdílů mezi muži a ženami v percipované účinnosti afektivní kontroly: muži vykazují v průměru vyšší míru této kontroly než ženy. Dále se ukázalo, že pro muže byla nejspolehlivějším prediktorem ochoty zúčastnit se diskuse percipovaná úkolová účinnost, pro ženy pak percipovaná účinnost afektivní kontroly.

V další práci autorka (Archová, 1992) dále rozpracovává a diferencuje pojem eficeince afektivní kontroly. Věnuje se zejména vlivům přesvědčení o schopnosti ovládnout nežádoucí emocionální stavy (nervozitu) na volbu určitých situací. Ve výzkumu, který realizovala na vzorku 55 mužských a 135 ženských představitelů učitelského povolání, byly pokusné osoby dotázány, jak by se cítily, kdyby měly před poměrně značným publikem přednést přednášku na téma, které dobře znají, a poté na dané téma diskutovat s publikem. Současně byla zjišťována jejich ochota zúčastnit se této akce. Výsledky ukazují na významné souvislosti mezi ochotou zúčastnit se přednášky a mírou přesvědčení o schopnosti zvládnout vlastní nervozitu v dané situaci. Čím silněji je jedinec – muž i žena – přesvědčen, že opanuje své emoce, tím by byl ochotnější se dané akce zúčastnit.

1.6.3 Měření sebeúčinnosti

K měření sebeúčinnosti se používá řada nástrojů. Liší se mimo jiné i podle toho, na jaký typ sebeúčinnosti je daný nástroj zaměřen. Některé z nich měří celkovou či obecnou sebeúčinnost, jiné percipovanou účinnost v různých dimenzích (úkolovou, adaptační atd.) nebo v různých oblastech života (školní sebeúčinnost atp.).

Například níže je uvedeno několik položek z jedné škály měřící obecnou sebeúčinnost. K vyjádření míry souhlasu či nesouhlasu s jednotlivými výroky se používá zpravidla sedmibodová stupnice.

Když se o to opravdu usilovně snažím, pak mohu vždy zvládat nesnadné problémy.

Díky svým zkušenostem a možnostem vím, jak zvládat neočekávané situace.

Vynaložím-li na to potřebné úsilí, dokážu nalézt řešení téměř pro každý problém.

Když se dostanu do obtíží, dokážu zachovat klid, neboť se mohu zcela spolehnout na svoji schopnost zvládat těžkosti.

Když se dostanu do tísnivé situace, podaří se mi obvykle přijít na něco, co by se dalo dělat.

1.6.4 Vlivy sebeúčinnosti na duševní zdraví

Podle Bandury (1986) je hlavním cílem terapie zvýšit percipovanou sebeúčinnost jedince. Pokud jedinec dospěje k přesvědčení, že je úkol schopen zvládnout, bude ve snaze o dosažení cíle mnohem houževnatější a bude mnohem odolnější vůči faktorům, které by ho od jeho dosažení odváděly.

Například dítě, které se bojí psa, se podle Bandury neodnaučí tento strach na základě opakovaného zpevnování chování, ale na základě zvýšení tohoto přesvědčení. Dítě například nejprve vidí nějaké jiné dítě, že psa hladí. To mu dodá důvěru, že by i ono mohlo tuto situaci zvládnout. Postupně se ke psu přiblíží, dotkne se ho, pohladí ho. Při postupném setkávání se s tímto stresem a získávání zkušenosti s ním tedy dítě získá přesvědčení o tom, že danou situaci zvládne.

1.7 Chování podporující zdraví

Naše chování může podporovat zdraví různými způsoby. Některým z nich jsme se již věnovali. Zde se zaměříme na tři další formy chování, které podporují zdraví. První z nich je udržování tělesné kondice na úrovni, která napomáhá k dobrému životnímu pocitu a k lepšímu vyrovnávání se s případnými stresory. Druhá spočívá v psychohygieně, která plní obdobné cíle. Konečně třetí forma spočívá v chování, které snižuje riziko setkávání se se stresory. V této kapitole se věnujeme prvním dvěma z nich.

1.7.1 Fyzická aktivita

Výsledky výzkumů v souladu s názory veřejnosti dospívají ke zjištění, že pravidelné tělesné cvičení přispívá k pocitu životní síly, svěžesti a k větší odolnosti. Kromě toho snižuje výskyt pocitů úzkosti, deprese a tenzí.

Výsledky těchto výzkumů jsou však spojené s některými metodologickými problémy. Hlavní z nich spočívá v tom, že jde většinou o korelační studie; tento typ studií ponechává vždy prostor pro různé interpretace dat. Je cvičení příčinou zlepšení zdraví, nebo naopak zdraví lidé častěji cvičí? Nemají oba tyto jevy nějakou skrytou společnou příčinu? Nejde o placebo efekt? Necítí se lidé, kteří cvičí, lépe proto, že očekávají, že se budou cítit lépe?

Kontrolované experimenty jsou v tomto ohledu přesvědčivější, avšak mnohem skrovnější. Tyto experimenty typicky vypadají tak, že se osoby, které prošly nějakou traumatizující nebo stresovou situací, náhodně rozdělí do několika skupin. V elementárním případě jsou tyto skupiny dvě. V jedné z nich jsou její členové zahrnuti do několikatydenního programu. Například pravidelně denně cvičí, běhají, nebo plavou. Vynakládají tedy pravidelně poměrně namáhavou fyzickou aktivitu. V kontrolní skupině buď vůbec necvičí, nebo provozují pravidelně výrazně méně náročnou fyzickou aktivitu. Výsledky těchto kontrolovaných studií zpravidla vedou k podobným závěrům: náročnější programy mají příznivý vliv na výsledky některých negativních emocí, například úzkostí a depresí. Tento účinek fyzické aktivity na mentální zdraví je poměrně silný, zejména trvá-li tento program alespoň dva měsíce.

V jedné studii například rozdělili její autoři mladé zdravé muže, kteří měli sedavé zaměstnání, do čtyř skupin. Ty se lišily v úrovni požadované fyzické náročnosti aktivit. Například v nejnáročnější skupině museli po dobu 40 denně provádět různé fyzicky velmi náročné úkony. Šetření trvalo čtyři měsíce. Na konci tohoto programu byla prováděná různá fyziologická měření v klidu a při vystavení stresu. Ukázalo se, že čím náročnější fyzickou aktivitu jedinci po dobu programu vykonávali, tím příznivější měli některé fyziologické

ukazatele jak v klidu (došlo například ke snížení krevního tlaku), tak v situaci zátěže (rychleji došlo k návratu na původní hodnoty tlaku a tepu, rekuperace).

1.7.2 Duševní hygiena

Pojmem **duševní hygiena** se chápe soubor rad a pravidel, která vedou k udržení, zdokonalení nebo opětovnému získání duševního zdraví a ke zmírnění škod napáchaných stresem. Někteří autoři používají v podobném smyslu pojem **psychohygiena**. V širším slova smyslu sem spadá poznávání příčin duševních poruch, informování veřejnosti pomocí přednášek a publikací nebo besed a léčba duševních poruch. Duševní hygiena má velmi blízko k psychoterapii, je zaměřena na problémy adaptace, na lehčí poruchy duševní rovnováhy, zabývá se autoregulačními možnostmi jedince, působením na sebe sama i na prostředí se zaměřením na psychickou regulaci, sebevýchovu, hygienu myšlení, představ, pozornosti apod. Celkově se duševní hygiena orientuje spíše na jedince a jeho schopnost ovlivnit sebe samotného a vlastní prostředí, zatímco psychoterapie léčí psychotické a neurotické poruchy a vyžaduje spolupráci klienta a terapeuta. Podle Kratochvíla „Duševní hygiena přináší souhrn poznatků a zásad, které jsou potřebné pro ochranu před neurotickým a duševním onemocněním, eventuelně pro ochranu před jejich recidivami, a v pozitivním smyslu vedou ke zvýšení výkonnosti a k pocitu životního štěstí“ (Kratochvíl, 1998, s. 127).

Postavení duševní hygieny v systému věd

Podle Míčka (1984) můžeme duševní hygienu označit jako hraniční vědní disciplínu, jejíž metody práce pramení z věd *lékařských* (psychiatrie, obecná hygiena, léčebná rehabilitace), *psychologických* (psychologie osobnosti, pedagogická psychologie, vývojová psychologie klinická psychologie) i *sociálních*. V současné době je dlouhodobějším předmětem zájmu především autoregulace jedince a jeho adaptace na nové sociálně-ekonomické podmínky.

Metody duševní hygieny

Existuje velký počet různých technik a metod duševní hygieny. Některým z nich se věnujeme podrobněji v dalších kapitolách tohoto textu. Zde pouze uvádíme jejich stručný celkový přehled. Patří mezi ně například

- Autoregulační techniky založené na sebezpozorování a sebeřízení jedince.
- Schultzův autogenní trénink, který vyvolává svalové uvolnění, prokrvení částí těla, regulace tepla či tepu s pomocí autosugesce.
- Jacobsonova progresivní relaxace zaměřená na svalové uvolnění.
- Jógová relaxace zahrnující celou škálu cvičení na svalové uvolnění, používání dechu, autosugesce apod.
- Bensonova relaxační technika zaměřená na repetici určitého slova či věty a pasivní pozorování myšlenkového proudu.
- Buddhistické meditační techniky zaměřující se na uvědomování si fyzických i psychických pocitů.
- Biofeedback umožňující sledovat změny kožního galvanického odporu, změnu povrchové teploty a svalové uvolnění.

1.7.3 Autoregulační techniky

Náš přední odborník na téma duševní hygieny L. Míček (1976) vychází z teorie autoregulace. Postupně specifikuje některé hlavní kroky vedoucí k sebezpozorování a odstranění příčin stresu. Míček hovoří často o sebevýchově k duševnímu zdraví.

Sebepoznání

Pokud se má jedinec změnit k lepšímu, musí hlavně chtít. Pro sebevýchovu je tedy bezpodmínečně nutná ochota k poznání vlastního já; připustit si vlastní chybu je základem pro její napravení. Sebepoznávání činí člověka otevřenějším vůči osobním zkušenostem a zvyšuje jeho ochotu k nápravě a k sebevýchově – odmítat sebepoznávání nepřímo znamená také odmítat sebevýchovu, jež je nejpozději v adolescenci (a po ní v dalším životě) hlavním pramenem pokroku ve vlastním vývoji jedince. Samotný proces sebepoznávání má několik metod, které Míček dále podrobně popisuje.

Pravidelné zaznamenávání svého chování

Při této metodě jedinec pravidelně (například večer) prochází to, co se za určitý časový úsek odehrálo, snaží se uvědomit si své prožitky, hodnotit své chování a jednání. Někdy k tomu používá diář (viz dále), posuzovací škály, dělá si poznámky. Velkou výhodou této metody je její nenáročnost. Psychohygienicky je prospěšné procházet spíše zážitky příjemné, například si v duchu promítat kladné zážitky z uplynulého dne. Jedinec se snaží vyhnout negativnímu působení nepříjemných zážitků. Je-li pozorování prováděno pravidelně, vede navíc ke zlepšení plánování činností během dne a tím ke zlepšení celkové pracovní výkonnosti. Po určité době jedinec postupně dospěje k časnému rozpoznání vlastních chyb v chování a tedy i k možnosti jejich prevence a nápravy.

Pravidelné úvahy

Jedinec si nejen vybavuje a rozebírá události uplynulého dne, ale snaží se uvažovat nad jejich příčinami, průběhem i následky. Součástí toho je, že si obvykle vytyčí určitý ideál, kterému se chce přiblížit. Podrobná analýza jeho jednání mu umožňuje uvědomit si, jak moc se od tohoto ideálu vzdaluje nebo jak se k němu naopak blíží. Použití této metody přispívá k tomu, že si jedinec postupně uvědomí své chyby a naučí se, jak jim předcházet. Jedinec analyzuje také jednání ostatních. Na základě analogie s výsledky analýz příčin vlastního chybného jednání si dokáže odvodit i původ chyb druhých. To může mít pozitivní vliv na posuzování chyb v chování jedinců v jeho okolí. U této metody se ale někdy naopak setkáváme s jistými nevýhodami, jakými jsou například zhoršení neurotických potíží vlivem nedostatečného pochopení metody, opakování svých vlastních problémů v duchu stále dokola či setrvávání na nepříjemných zážitcích, což může někdy vést k „utápění se“ ve vlastní minulosti. Někdy se setkáváme s výskytem úzkostí, pokud jedinec lpí na nepříjemných vzpomínkách v době, kdy je sám ve špatné psychické kondici.

Písemné zaznamenávání reflexe

Jak naznačuje název, zde jedinec pravidelně zaznamenává své chování, podmínky, za kterých nastalo, jeho pravděpodobné příčiny a někdy rovněž důsledky, k nimž vede. Tato metoda se jeví jako nejefektivnější. Je zdrojem největšího přínosu v oblasti sebepoznávání. Funguje na obdobném principu jako metody již zmíněné, ale skutečnost, že jde o písemnou formu, ji obohacuje o moment uchování vzpomínek a reflexí. Kromě toho při ní někdy dochází k odreagování. Problémy, které jedince trápily, se více objektivizují, čímž se zvyšuje požadovaný efekt odstraňování vlastního chybného jednání a chování.

Sebepoznávání očima druhých osob

Zobrazení vlastních chyb prostřednictvím připomínek ze strany okolí je dobrým zdrojem sebepoznání. Osoby, které nás znají, jsou dobrým zdrojem informací o našich chybách a chybných návycích. Nezřídka má příznivý účinek i to, když si jedinec uvědomuje věci

nahodile řečené. Ale rovněž přímé odpovědi na jeho dotazy jsou cenné. Pozitivní vliv má dobře míněná kritika. Jedinec se pak snaží přihlížet k úsudku druhých a mírnit kritizované jednání. K sebepoznání mohou pomoci přátelé, rodiče, ale také třeba pracovní skupina. Nevýhodou může být určité podlehnutí názorům či negativním vlivům druhých.

Vedení deníku

Aby tato metoda byla efektivní, je nutné psát si deník upřímnou formou, nikoliv se snažit být bezchybným a nevinným, ale otevřeně psát o svých názorech na sebe i druhé, o svých vnitřních stavech apod. Psaní deníku je osvědčenou psychoterapeutickou metodou, umožňuje sledování vnitřních pochodů po dlouhý časový úsek. Deník by měl sloužit jeho pisateli, nikoliv ostatním. Celkově se v klasickém pojetí psychohygieny opět doporučuje zaznamenávat a připomínat si spíše pozitivní než negativní zážitky.

Volné asociace

Tato metoda vychází z psychoanalýzy. Při sebeanalýze se zachycuje asociální proud myšlenek buď na papír, nebo se zapamatovává, což může vést k porozumění svým problémům. Jedinec má možnost registrovat a reflektovat to, co se děje v jeho vědomí. Zaznamenávání může být někdy problematické, neboť myšlenky jsou zpravidla rychlejší než ruka. V takových případech se doporučuje zapsat slova, která jsou pro asociaci klíčová.

Introspekce

Introspekci rozumíme okamžité pozorování sebe sama. Jedná se o poměrně složitou metodu sebepoznávání, kdy se jedinec snaží okamžitě registrovat své somatické či psychické stavy. Introspekce se vyznačuje značnou subjektivitou. Tato metoda přináší mnohé výhody, jako například zjištění původů emocí, poznání citového života druhých, uvědomění si svých vlastních postojů nebo schopnost ovládat afekty. To je užitečné například při explozi hněvu. Méně efektivní je introspekce při potlačování strachu, trémy, či úzkosti.

1.7.4 Relaxační techniky

Poněkud jiný pohled na duševní hygienu vychází z koncepce autogenního tréninku. Zmíňme zde jeho dvě hlavní součásti.

Koncentrace

Koncentrace, neboli soustředění je důležitou součástí všech relaxačních i meditačních cvičení. Na první pohled je možné rozeznat člověka, který se na svoji práci plně koncentruje, od toho, kdo je roztěkaný a svoji činnost pojímá spíše chaoticky. To se také nezřídka projeví na efektivitě zvládnutí daného úkolu. Čím lépe je člověk schopný soustředit se na daný úkol, tím snadněji jej vyřeší. Nejedná se ale o nějaké křečovitě soustředění, ale o klidnou, uvolněnou a jakoby pasivní pozornost.

Autogenní trénink

Východiskem pro autogenní trénink se stalo vyvolání pocitu tíhy (vlivem uvolnění svalů) a tepla (vlivem otevření krevních cév) v různých oblastech těla s cílem uvolnění organismu. Autogenní trénink pramení z tzv. prázdné hypnózy, při které není používána hypnotická sugesce. Hypnózu může správně navodit zkušený terapeut, který však nemusí být vždy k dispozici, což vedlo ke vzniku autogenního tréninku. Metodu vynalezl lékař německého původu Johann Heinrich Schultz, podle kterého se také někdy označuje termínem Schultzův autogenní trénink. Cílem soustředěného sebeuvolnění při autogenním tréninku je, aby se

člověk přesně předepsanými cvičeními stále více vnitřně uvolňoval a ponořoval do sebe a aby dosáhl z nitra vycházející přestavby celého organismu, která umožňuje posílit to, co je zdravé, a zmírnit nebo odstranit to, co je nezdravé. Pomocí této techniky je možné dosáhnout:

- zotavení
- zklidnění
- autoregulace
- zvýšení výkonnosti
- eliminace bolesti
- sebeurčení
- sebekritiky a sebekontroly.

Při pohledu na tato hesla je patrný význam autogenního tréninku v rámci duševní hygieny, protože to, co Schultz uvádí jako cíle autogenního tréninku, obecně považujeme za to, čeho by mělo být dosaženo metodami duševní hygieny. Soustředěné uvolnění se postupně vyvolává v pořadí – svalstvo – cévy – srdce – dýchání – tělesné orgány – hlava. Autogenní trénink vzbuzuje soustředěné uvolnění, které umožňuje dosažení klidového stavu podobného spánku bez spolupráce další osoby. Autogenní cvičení je nutné provádět mlčky. Vytváří se individuální formulky, kdy je důležité zařadit novou formuli až tehdy, kdy je zvládnutá ta předchozí. Návlek autogenního tréninku se provádí každý den po dobu tří měsíců. Autogenní trénink je osvědčenou metodou, která se stává předmětem zájmu mnoha lékařských i nelékařských profesí.

Podle Schultze je možné využít autogenní trénink například v těchto oblastech

- Uvolnění jako rekreace. Pokud je člověk v napětí, dochází k úbytku energie. Pět až dvacet minut trvající autogenní pohroužení má velmi osvěžující účinek, který má za následek obnovu celkových sil.
- Uvolnění jako uklidnění. Při dostatečném a vytrvalém tréninku se dostavuje celkově klidnější a pokojnější přístup k životu.
- Zvyšování intenzity a výkonu. Autogenní trénink napomáhá zvyšovat výkony tak, že osoba snažící se vzpomenout si na určitý zážitek nebo vybavit si určitou informaci, je schopna v autogenním pohroužení vidět svým „duševním zrakem“ celý vzpomínkový obraz.
- Sebeovládání a sebeurčení. Autogenní trénink napomáhá k celkovému uvolnění a k uklidnění, což vede i ke zvýšení schopnosti sebeovládání. Člověk praktikující tuto metodu, je schopný ovládat i takové fyzické funkce (např. tep), které se jeví jako vůlí neovladatelné.

1.8 Základní psychoterapeutické intervence

V této kapitole navážeme na téma psychohygieny z kapitoly předchozí. Existuje řada různých psychoterapeutických intervencí, které směřují k vyrovnání se stresem. Zde se zaměříme na některé z nich.

1.8.1 Relaxační techniky

K nejrozšířenějším podobám psychoterapeutické intervence patří různé relaxační techniky. Zde zmíníme pouze některé jejich společné prvky. Patří k nim zajištění *vnějších podmínek* pro *uvolnění* a vytvoření *vnitřních podmínek* pro prevenci stresu, například pomocí *pozitivního myšlení*. Dále je použita některá z celé řady existujících *relaxačních technik*.

Vnější podmínky

Navození uvolněného stavu napomáhají některé vnější podmínky. Patří k nim tyto

1. Pohodlí:

- volný oděv, který vás netísí; doporučuje se zout si obuv, povolit kravatu, povolit opasek
- běžná židle s rovným opěrátkem
- teplota místnosti 20–21 °C

2. Čerstvý vzduch:

- čerstvý vzduch je silnou protiváhou stresu; ať již v podobě volného nebe nad hlavou (procházka v parku nebo v lese), nebo křesla u okna.

3. Stimulanty:

- Káva, čaj, cigareta, alkohol, hlasitá hudba a některé jiné faktory působí jako stimulanty, které spíše náš nervový systém vzrušují a dráždí, než aby ho uklidňovaly; je-li cílem dosažení klidu a uvolnění, vzdejte se jich; naopak se doporučuje pití *čisté vody*.

4. Ticho:

- Vnější klid a ticho, dokážeme-li se do nich ponořit, napomáhají velmi silně k získání vnitřního klidu.

Vnitřní podmínky

5. Motivace:

- Žádná z těchto vnějších podmínek nenavodí uvolnění a klid v mysli sama; je nutné převzít odpovědnost, věřit ve svou schopnost zvládnutí stresu a snažit se o to.

6. Positivní myšlení:

3. „Berte vždy vše z té lepší stránky!“ (Albert Ellis)

Podstata pozitivního myšlení spočívá v *odbourávání negativních myšlenkových schémat a stereotypů*. Positivní myšlení není útěk od skutečnosti, není sněním, ale realismem.

- Ujede-li nám autobus, můžeme strávit čas, než přijede další autobus, nadáváním na hlupáky a bezcharakterní lidi na celém světě. To je běžná reakce, stereotyp – po frustraci přichází agrese, byť pouze v myšlenkách.

- Situace je ale tato – autobus je pryč a vy jste zde. Je možné, že tato situace zakládá řadu nových možností, které by jindy, kdy běží vše podle plánu, vůbec nevznikly. Možná se setkáte s nějakým zajímavým člověkem, možná si všimnete krásy přírody, možná se zamyslíte a přijdete na něco, na co byste byli nikdy nepřišli. To, jaký význam přisoudíte této situaci, je na vás, je to otevřené. Negativní myšlení hledá ty horší stránky věci, pozitivní se naopak snaží odhalit ty lepší.

Techniky relaxace

Mezi nejčastěji používané techniky patří **hluboká relaxace**. Dochází při ní k postupnému uvolňování jednotlivých svalů. Postupy směřující k dosažení tohoto cíle jsou rozmanité. Některé například začínají od chodidel a kotníků a postupují až ke krku a obličeji. Osoba se učí vnímat svoje tělesné pocity a rozlišovat různé stavy uvolnění a napětí. Lidem, kterým se relaxace nedaří, může terapeut pomoci léky nebo hypnózou.

1.8.2 Behaviorální terapie

Termín *behaviorální terapie* zahrnuje řadu různých terapeutických metod založených na principu učení a podmiňování. Behaviorální terapeuti předpokládají, že problémové (maladaptivní) chování představuje naučené způsoby zvládnání stresu a že k jejich nahrazení vhodnějšími způsoby chování lze použít určité techniky. Behaviorální terapeuti se zaměřují přímo na chování, které souvisí s problémem. Vycházejí z poznatku, že často rozumíme tomu, proč se v nějaké situaci chováme určitým způsobem, a víme, že změna tohoto chování by měla žádoucí důsledky, ale i přesto nejsme své chování schopni změnit. Máte-li například

trému při vystoupení před třídou, můžete si ji vysvětlit tím, že otec neustále kritizoval vaše názory a matka opravovala váš gramatický projev atp., ale tento vhléd vás trémy nezabaví a vy se ve třídě do diskusí nezapojíte.

Diagnóza a návrh behaviorální terapie

Behaviorální terapie se zaměřuje na jasně vymezený cíl, jímž je změna maladaptivního chování v určitých situacích. Při úvodním sezení proto terapeut pozorně vyslechne pacientův popis problému. Co přesně chce změnit? Není schopen ovládat jedení a pití? Má pocity neschopnosti nebo bezmocnosti? Není schopen soustředit se na práci? První krok spočívá v jasném vymezení problému a v jeho rozložení do řady specifických cílů. Jestliže si například klient stěžuje na pocity celkové neschopnosti, snaží se ho terapeut přimět k tomu, aby tyto pocity lépe popsal, aby lépe vymežil druhy situací, v nichž se tyto pocity dostavují, a druhy chování, které jsou s nimi spojeny. Co není schopen udělat? Mluvit nahlas před více lidmi? Dokončit včas úkoly? Určit, kolik a kdy bude jíst? Na základě těchto rozhovorů společně vyberou určité konkrétní chování, které je třeba změnit, a vypracují terapeutický program. Terapeut zvolí pro daný problém nejlepší léčebnou proceduru. Mezi nejčastěji používané patří:

- systematická desenzibilizace (relaxace coby paradoxní reakce na negativní podnět)
- expozice a zaplavení (klaustrofobie)
- selektivní zpevňování (token economy)
- modelování (pozorování a nápodoba)
- hraní rolí (nácvik asertivního chování)
- autoregulace (sebeřízení; například při přechodu z TABP na TBBP).

Tyto pojmy budou ještě vysvětleny a ilustrovány v následujících částech této opory.

Základní druhy behaviorální terapie

Systematická desenzibilizace a expozice

Systematická desenzibilizace a expozice jsou podobné postupy, avšak pracují s odlišnými technikami. Obě metody lze považovat za proces *odpodmiňování* nebo *protipodmiňování*. Tento postup je velmi účinný při odstraňování strachu nebo fobií. Princip této léčebné metody spočívá v nahrazení původní reakce takovou reakcí, která je neslučitelná se strachem. Touto reakcí je zpravidla uvolnění, relaxace. Není totiž snadné být uvolněný a současně prožívat strach. Terapeut nejprve natrénuje s pacientem **hlubokou relaxaci**. Dalším krokem je vytvoření **žebříčku** situací vzbuzujících strach. Situace jsou uspořádány od té, která vzbuzuje u pacienta nejmenší strach, až po tu, která je pro něj nejhroznější. Při **systematické desenzibilizaci** je pacient vyzván, aby *relaxoval* a postupně *si představoval* situace od nejméně stresujících až po nesnesitelně intenzivní (stoupá podle tohoto žebříčku). Při **expozici in vivo** je pacient *skutečně vystaven situacím*, které v něm vzbuzují úzkost nebo strach.

Uvedme si příklad klientky *trpící strachem (fobií) z hadů*. Fobie je tak silná, že nechce chodit ani na zahradu za domem. Žena se učí s terapeutem *relaxovat*. Současně vytvoří svůj *žebříček situací navozujících strach*. Ten by mohl začít obrázkem hada v knize. Přibližně uprostřed tohoto žebříčku by mohlo být prohlížení si živého hada v teráriu v ZOO. Za situaci navozující extrémní strach by mohl být pokládán fyzický kontakt s hadem. Po té, co se žena naučí relaxovat a sestaví si žebříček, začíná vlastní **desenzibilizace**. Sedí se zavřenýma očima v pohodlném křesle a terapeut jí přitom popisuje situaci, která vzbuzuje nejmenší strach. Jestliže se dokáže představit tuto situaci bez zvýšeného svalového napětí, přejde terapeut k další položce v seznamu. Jestliže naopak žena cítí při vizualizaci této scény strach, soustředí se na relaxaci; stejnou situaci vizualizuje tak dlouho, dokud strach nezmizí.

Tento postup pokračuje v řadě sezení, dokud situace, která původně vzbuzovala největší strach, nevyvolá pouze relaxaci. V tomto okamžiku je žena systematicky desenzibilizovaná vůči situacím, jež vzbuzují strach.

V procesu **expozice** by žena prožívala každou situaci uvedenou v seznamu v reálných podmínkách. I v tomto případě by postupovala postupně po žebříčku situací. Před vlastním fyzickým kontaktem s hadem by mohl terapeut použít *modelovou situaci*, kdy by například sám podržel hada bez sebemenších známek neklidu nebo strachu. Klientka by viděla, že situace není nijak nebezpečná. Cílem je kontakt klientky s hadem, kdy by jej po sobě nechala plazit a současně by se soustředila na relaxaci.

Selektivní zpevňování

Uvedené dvě formy terapie jsou založeny na principech klasického podmiňování. Oproti tomu je selektivní zpevňování založeno na principech *operantního učení*. Při něm jsou posilovány pouze určité formy chování – zpravidla je odměňováno žádoucí chování a nežádoucí chování je ignorováno.

Jedním z příkladů aplikace principů operantního učení na změnu chování je tzv. *token economy*, tedy *kuponové či žetonové hospodářství*. Žeton (token) zde plní roli sekundárního zpevnění; je jím například plastická známka, bodové hodnocení, žeton atp., jež je možné směnit za požadované předměty nebo aktivity.

Tato technika je velmi efektivní. Je účinná dokonce i v situacích a s pacienty, kdy je řada jiných technik neefektivní. Například Atthowe a Krasner (1968) aplikovali tuto techniku u 60 pacientů, z nichž většina byla hospitalizována po řadu let s diagnózou *schizofrenie*. Výzkum proběhl ve třech etapách. První etapa trvala šest měsíců. V této etapě badatelé *monitorovali* frekvenci chování, které chtěli u pacientů změnit. Diagnóza tedy probíhá v těchto případech na základě pozorování chování, nikoli vlastních výpovědí a motivů klienta. Patřily sem například projevy apatie, přílišné závislosti, ubližování druhým, obtěžování druhých atd. Ve druhé etapě, která trvala tři měsíce, byli pacienti *instruováni* o požadovaných změnách v chování a o případných kladných důsledcích (šlo o žetony různých hodnot, které bylo možné směnit v místní kantýně). Ve třetí etapě, trvající jedenáct měsíců, byli pacienti co nejdříve po výskytu požadovaného chování *odměněni* žetonem určité hodnoty. Výsledky ukazují, že došlo k signifikantnímu zvýšení frekvence výskytu požadovaného chování a současně ke snížení frekvence projevů nežádoucího chování, které bylo určeno k “vyhasnutí”.

Modelování

Dalším účinným prostředkem změny chování je modelování. **Modelování je proces, kterým se jedinec učí určitým způsobům chování pozorováním a napodobováním druhých, tzv. modelů.** Protože pozorování druhých je základní způsob, jímž se lidé učí, může sledování osob, které předvádějí adaptivní chování naučit lidi s maladaptivním chováním lepším strategiím zvládnutí situací.

Modelování je účinné při překonávání strachu a úzkosti, protože dává jedinci možnost sledovat v situaci nahánějící strach někoho jiného, kdo jí prochází bez újmy. Například sledování videozáznamů modelů, které beze strachu podstupují zubařské ošetření nebo různé lékařské zákroky v nemocnici, pomáhá jak dětem, tak dospělým překonat strach z ošetření.

Změna syndromu chování typu A

Modelování se používá například u pacientů, kteří prodělali kardiovaskulární chorobu a vykazují syndrom chování typu A. Tito pacienti jsou vedeni k tomu, aby napodobovali lidi, kteří vykazují syndrom chování typu B.

Například Burrell et al. (1994) nacvičoval po dobu jednoho roku u pacientů, kteří prodělali středně těžký infarkt myokardu, chování typu B. Tito pacienti se zúčastnili v průběhu roku celkem 45 devadesátiminutových skupinových sezení, jejichž cílem bylo:

- **uvědomování si vlastního chování** na základě pozorování svého chování v různých situacích, analýzy videonahrávek svého chování během skupinového sezení atp.
- **změna nežádoucího chování** na základě denního drilování žádoucích forem, napodobování vzorů (B), hraní rolí atp.; důraz byl kladen na změnu v netrpělivosti, nesoustředěnosti a hostilitě
- **změna myšlenkových vzorců a postojů** na základě sledování a modifikace myšlenkových obsahů, návyků a postojů, zejména v souvislosti se zápornými a nepřátelskými, hostilními postoji
- nácvik relaxačních technik.

Výsledky ukazují, že u pacientů, kteří prošli nácvikem, došlo k trvanlivým změnám v neverbálních objektivních projevech (hlasitost řeči, její rychlost, výbušnost, projevy hostility atd.) i v subjektivních údajích (pocitů hostility, pocitu časového presu atp.).

Kromě toho autoři studie sledovali rovněž změny v jejich **fyzické výkonnosti** (na rotopedu) v hladině **cholesterolu** v krvi. Výsledky ukazují, že se u experimentální skupiny zvýšila výkonnost signifikantně více než u kontrolní skupiny a že u ní došlo k signifikantně vyššímu poklesu hladiny cholesterolu.

Friedman et al. (1987) publikoval zprávu o důsledcích změny životního stylu u pacientů, kteří prodělali srdeční infarkt. V jejich vzorku (N = 591) vykazovalo 95 % pacientů syndrom chování typu A. Pacienti se v projektu učili kontrolovat a ovládat své chování nacvičováním ("drilováním") těchto forem chování ("B"):

- Nech si hodinky doma.
- Snaž se během dne při různých příležitostech naslouchat minimálně dvěma lidem, aniž bys je jedinkrát přerušil/a v hovoru.
- Všímej si pozorně všeho, co tě rozčiluje, a zapiš si to na papír.
- Občas si zahraj nějakou hru tak, abys prohrál; ať již proto, že se tím sám zdokonalíš, nebo proto, abys udělal radost svému méně zdatnému soupeři.
- Chod', mluv a jez pomaleji.
- Kup někomu z rodiny malý, ale pečlivě vybraný dárek.
- Přestaň se snažit myslet nebo dělat více věcí současně.
- Vidíš-li, že někdo dělá něco pomaleji, než bys to zvládl ty, nezasahuj.
- Záměrně řekni alespoň dvakrát denně? „Možná se mýlím!“ nebo „Asi se pletu!“, i když si vůbec nejsi jistý tím, že se skutečně pleteš.

Program trval tři roky. Výsledky ukázaly, že u pacientů, u nichž došlo ke změně životního stylu, došlo k výraznému snížení srdečních příhod. Účinek této terapie byl prokazatelný ještě 8½ roku po ukončení tohoto programu.

Další formy psychoterapie

Kromě uvedených druhů psychoterapie jich existuje ještě celá řada. Mezi hlavní patří

- psychodynamická psychoterapie
- humanistická terapie
- kognitivně-behaviorální terapie (KBT)
- gestalt terapie
- terapie realitou
- racionálně-emotivní terapie

- transakční analýza
- hypnoterapie

Nejvíce terapeutů používá eklektický přístup, kdy dochází ke kombinaci různých technik – například analytické a behaviorální – často podle povahy problému.

V kapitole o zvládání stresu se některým z nich ještě budeme věnovat (zejména kognitivně-behaviorální terapii). Zde věnujeme stručně pozornost ještě terapii humanistické.

Humanistické terapie

Humanistické terapie je souborem terapií, které jsou založeny na některých sdílených koncepcích člověka a na humanistickém přístupu k osobnosti (Rogers, Maslow). Ten klade důraz na přirozenou tendenci jedince k růstu a sebeaktualizaci. Humanističtí psychoterapeuti předpokládají, že se psychické poruchy objevují u lidí tehdy, když je proces realizace vlastního potenciálu blokován stresujícími nebo frustrujícími okolnostmi nebo druhými lidmi (rodiči, učitelé, partneři). Osoba potom vytěsňuje svoje skutečné pocity, vědomí vlastní jedinečnosti se zužuje a růstový potenciál klesá. Humanističtí terapeuti se snaží pomoci lidem, aby navázali vztah se svým skutečným já a záměrně prováděli rozhodnutí spíše s ohledem na vlastní chování a život, než aby se nechali ovlivňovat výhradně vnějšími událostmi a požadavky okolí. Cílem humanistické psychoterapie je pomoci klientovi, aby se stal plně osobou, kterou je schopen se stát.

Humanistický terapeut se podobně jako psychoanalytik snaží, aby si jeho klient uvědomil své skryté pocity a motivy. Klade však důraz spíše na to, co jedinec prožívá zde a nyní, než na to, co prožíval v minulosti. Chování neinterpretuje (na rozdíl od psychoanalytika), ani se je nepokouší měnit (na rozdíl od behaviorálního terapeuta), protože takové zásahy by vnucovaly klientovi terapeutův vlastní názor na klienta. Cílem humanistického terapeuta je usnadňovat klientovi zkoumání vlastních myšlenek a pocitů a napomáhat mu při hledání jeho vlastních řešení.

Například **terapie zaměřená na klienta** (C. Rogers) je vystavěna na předpokladu, že klient je největší odborník na sebe sama a že lidé jsou schopni vyřešit své problémy sami. Úkolem terapeuta je tento růst či „postup vpřed“ facilitovat (usnadňovat), nikoli klást otázky vedoucí k jádru problému, interpretovat nebo poskytovat návody k jednání.

Terapeut facilituje klientovy pokroky v sebepoznání přeformulováním klientových výroků o jeho potřebách a emocích. Rogers se domníval, že nejdůležitějšími vlastnostmi terapeuta jsou empatie, vřelost a autentičnost. *Empatie* je schopnost chápat pocity, které se snaží klient vyjádřit, a umění sdělit toto pochopení klientovi. Terapeut musí přijmout klientův referenční rámec a musí se snažit vidět problémy jeho očima. *Vřelostí* rozumí Rogers hluboké přijetí jedince takového, jaký je, včetně přesvědčení, že je tento člověk schopen konstruktivně se vyrovnat se svými problémy. *Autentický* terapeut je otevřený a upřímný a nehraje žádnou roli, neskrývá se za maskou profesionála. Lidé nejsou ochotní se odhalit někomu, koho vnímají jako falešného. Tyto tři vlastnosti umožňují podle Rogerse facilitovat klientův růst a sebezkoumání.

2 Psychologie stresu

2.1 Pojetí a modely stresu

Většina z vás zažila v životě chvíle, které jsou nepříjemné, smutné, které nás někdy vyvedou z míry, chvíle, jimž bychom se raději vyhnuli. Přišli jsme třeba někam pozdě, někdo nás předběhl ve frontě, řekli jsme něco trapného, úředníci s námi jednali arogantně. Někteří z nás

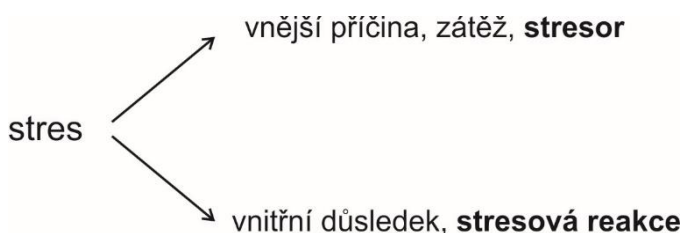
splácí s vypětím všech sil hypotéku, někteří vážně onemocněli, některým zemřel nečekaně někdo blízký.

Tyto události v nás zpravidla navozují různé nepříjemné emoce, například hněv, vztek, úzkost, strach, smutek, pocity zoufalství, někdy až těžké deprese. Kromě toho mohou vést k různě závažným psychickým a somatickým onemocněním.

Všichni lidé však nereagují na stejné události stejně. Naopak – každý z nás reaguje jinak. U někoho vedou takové události ke vzniku různě závažných psychických problémů, u někoho jiného se spíše projeví problémy somatické. U někoho dochází ke vzniku celých komplexů psychosomatických problémů. Každý přitom současně vnímá tyto události odlišně: Někoho vyvede z míry každá maličkost, někoho jiného „nezlomí“ snad žádná událost, někoho dokonce jako kdyby životní rány spíše posilovaly.

2.1.1 Definice stresu

Když někdo řekne, že je ve stresu, máme dojem, že dobře víme, co tím myslí. Zpravidla tím chce ve zkratce říct, že má pocit, že nedokáže zvládnout nároky, které na něj život klade, a že je z toho zoufalý, našťvaný nebo smutný. Definice stresu však ve skutečnosti není snadná. Již proto, že pojem stres je v psychologii používán ve dvou základních významech. A to jednak jako vnější příčina (stresující událost, stresor), jednak jako vnitřní stresová reakce (stres v užším slova smyslu).



Začneme tímto prvním pojetím.

2.1.2 Stres coby vnější příčina změn systému, stresor (S)

Obecně řečeno se termín stres vztahuje k událostem, které člověk vnímá jako ohrožení své tělesné nebo duševní pohody. Stres je zde chápán jako **vnější** síla, událost nebo požadavek působící na organismus. Jde o atribut situace; často je tento termín možno nahradit slovem *zátěž* nebo *břímě* („zkouška je pro mě hrozný stres“, „stěhování je stres“, „rozvod je stres“ atp.).

Z terminologických důvodů bývá tato událost označována často termínem **“stresor”**. Ne však vždy; řada autorů (zejména anglicky píšících) používá stále termín stres i v tomto významu.

Ne každá událost působící na organismus je ale stresorem; aby byla tato událost chápána jako “stresor”, musí mít za důsledek **signifikantní změnu či modifikaci systému**. Někdy je touto modifikací až deformace nebo zničení systému. V návaznosti na toto pojetí, jež pochází z fyziky, je dnes v psychologii stres(or) definován jako **vnější síla, událost nebo požadavek, který vyžaduje změnu v dosavadní struktuře života jedince** (Holmes, Rahe, 1967). Vychází z toho, že máme určité zvyky, životní stereotypy, rutiny a rituály, jež stresor narušuje. Jako příklad stresorů lze uvést *například sňatek nebo rozvod*. To jsou nesporně události, jež vyžadují změnu v dosavadní struktuře života jedince.

Toto pojetí stresorů jde někdy ještě dále, takže jsou za ně pokládány například i ztráta klíčů nebo přetržení tkaničky u bot – tedy všechny **události, které způsobují změny v běžné, normální rutině**.

Dimenze stresorů

Stresory podle intenzity působení:

Stresory se liší v množství dimenzí. Jednou z nich je jejich intenzita či závažnost. Volně lze rozlišit tyto čtyři hlavní kategorie:

- katastrofy (povodně, hurikán)
- životní krize (rozvod, úmrtí v rodině)
- životní změny (sňatek, ukončení studia)
- denní strasti (svár s partnerem, ztráta klíčů).

Stresory podle délky působení:

Podle délky působení lze rozlišit

- krátkodobě působící stresory (hádky, ztráta klíčů)
- střednědobě působící stresory (dovolená, služební cesta)
- dlouhodobě působící stresory (válka, dlouhodobá nemoc, rasová příslušnost).

Kromě toho lze rozlišit stresory, které působí **jednorázově** (jako například ztráta klíčů) od stresorů, které působí **opakovaně** (hádky manželů, přijímání dětských pacientů na onkologii).

Stresory podle charakteru stresorů:

Podle charakteru událostí, které jsou zdrojem stresu, můžeme rozlišit

- fyzické stresory (povodně, požáry, tropické sucho, hluk)
- biologické stresory (infekce, nemoc)
- psychické stresory (hrozba napadením, urážka, evokování pocitů viny)
- interpersonální stresory (narození dítěte, rozvod, hádka)
- sociální stresory (přelidnění, dav, válka).

2.1.3 Stres coby důsledek, stresová reakce (R)

V tomto pojetí je stres **vnitřní** reakcí, již v organismu vyvolá stresující událost. Stresem se zde rozumí **stresová reakce**.

Stresová reakce je chápána v souladu s evoluční teorií jako adaptační mechanismus, kdy organismus reaguje na změny v prostředí (představující hrozbu, nebezpečí nebo určitou výzvu) stavem zvýšené fyziologické a psychické excitace (arousalu, vybuzení). Tato komplexní reakce mu umožňuje, aby zaměřil na tyto změny okamžitě svoji pozornost a rychle a energicky na ně reagovat.

vnější příčina, **stresor** —————> **stresová reakce** —————> **vnější reakce (coping)**

Vezmeme-li v úvahu rozmanitost stresorů, lišících se co do intenzity, délky trvání i kvality, nepřekvapí nás, že je “stres” poměrně volným, ne příliš přesným označením pro řadu odlišných procesů. Ve skutečnosti nejde o jednotnou stresovou reakci, ale **o řadu volně spolu souvisejících fyziologických a psychologických procesů**, jež zjišťujeme indikátory - sahajícími od *biochemických změn krve* (například změněná hladina adrenalinu nebo imunoglobulinů)

- přes indikátory *fyziologického arousalu* autonomní nervové soustavy (tep, dech)
- k *objektivně pozorovatelným projevům* (třes, chaotické motorické aktivity)
- a *subjektivním prožitkům* (úzkost, deprese atp.).

Tyto indikátory reflektují odlišné úrovně analýzy, **fyziologickou a psychologickou**. Jejich vzájemné vztahy jsou stále málo objasněny. Z tohoto, co je známo, je zřejmé, že tyto odlišné **indikátory stresu spolu nekorelují příliš silně** a že je někdy obtížné stanovit, který z nich by měl být pokládán za **validní indikátor stresu**.

Psychologové zpravidla zdůrazňují *emocionální* komponenty tohoto stavu, jimiž jsou nejčastěji *úzkost, napětí (tenze), hněv, smutek, deprese* atp.

Jednotlivé symptomy, jež jsou sdruženy ve stresové reakci, mohou mít i jiné příčiny než je působení stresoru (autogenní, endogenní deprese). Pro stres je však typické to, že je reakcí na vnější stresory.

Dimenze stresové reakce

Různé stresory mají pro organismus různé důsledky. Například výhra v loterii nebo navázání partnerského vztahu jsou události, které vyžadují změnu ve struktuře našeho života a nové adaptace, jejich důsledky jsou však zpravidla příznivé. Proto někteří autoři rozlišují mezi kladným stresem (eustresem) a záporným stresem (distresem).

Eustres je chápán jako stres, který zlepšuje kvalitu života a napomáhá rozvoji zdravých adaptačních mechanismů osobnosti.

Distres je naopak stresem, který provázejí nejrozmanitější psychosomatické problémy.

Můžeme rozlišit rovněž mezi některými *kvantitativními atributy* stresu. Například

- podle intenzity stresové reakce
- podle rychlosti stresové reakce
- podle rychlosti návratu do původního stavu po ukončení působení stresoru (doba rekuperace)
- podle délky trvání stresové reakce lze rozlišit krátkodobý, střednědobý a dlouhodobý (chronický) stres.

4.

2.1.4 Modely stresu

Existují tři hlavní modely stresu:

- Model obecné adaptace organismu (GAS) – H. Selye
- Model životních změn/událostí – Holmes a Rahe
- Transakční model – R.S. Lazarus

V této části se zaměříme na první dva modely.

Model obecné adaptace organismu (GAS)

Jde o model sloužící původně k vysvětlení **somatických reakcí** na **biologické stresory**. Tento model předložil v roce 1956 profesor Montrealské university Hans Selye. H. Selye (1907-1982) byl kanadský lékař (endokrinolog) rakouského původu, který vystudoval medicínu v Praze.

Organismus podle této teorie reaguje na stresory – bez ohledu na typ podnětu – nesespecifickou, stereotypní reakcí, již Selye označil jako **obecný adaptační syndrom** (GAS).

Tento syndrom sestává ze tří etap či stádií, jimiž jsou

- stadium poplachu
- stadium resistance
- stadium vyčerpání.

V **prvním stadiu** je organismus “povolán do zbraně”. Jsou mobilizovány obranné mechanismy, které umožňují okamžitý boj se škodlivinou či nepřítelem. Toto stadium má *dvě podstadia*. Bezprostředně po setkání se stresorem dochází ke zpomalení srdečního tepu, snížení svalového napětí, snížení teploty a krevního tlaku. Tato reakce je následována opačnou reakcí, vyvolanou zvýšenou činností osy hypothalamus – hypofýza – nadledvinky. V této etapě je *organismus mobilizován k “boji nebo útěku”*, tedy ke zvýšenému výdeji energie. Projevuje se zvýšenou aktivitou sympatiku, vysokým výdejem adrenokortikotropního hormonu (ACTH), vyplavováním katecholaminů z dřene nadledvin a kortikoidů z kůry nadledvin. Zrychluje se srdeční tep, zvyšuje krevní oběh a tlak, prohlubuje se dýchání a mobilizují se zdroje energie (glukosa, mastné kyseliny); krví je přednostně zásobován mozek, srdce a kosterní svalstvo.

Při dalším působení stresoru nastává druhé stadium, **stadium resistance či adaptace**. V tomto stadiu se mobilizuje organismus k tomu, aby zneškodnil škodlivé činitele nebo aby se na ně adaptoval. Často dochází ke zlepšení stavu a k vymizení příznaků nemoci. Současně však *dochází ke snížení obranyschopnosti organismu* vůči většině jiných stresorů. Jedinec je tedy více náchylný k nakažení jinou infekcí nebo nemocí.

Jestliže stresor působí dále, může dojít k postupnému vyčerpání tělesných zdrojů rezistence (energetických zdrojů, zdrojů imunitní obrany) a nastává třetí stadium, **stadium vyčerpání**. Působí-li stresor v nezměněné míře dále, může následovat kompletní vyčerpání až smrt.

Somatické důsledky nebiologických stresorů:

Ačkoliv Selye původně rozpracoval svůj model k popisu tělesných reakcí na biologické stresory, následující výzkumy ukázaly, že fyzické, psychické a sociální stresory mají podobné důsledky. Je například prokázáno, že ženy, které v nedávné době ovdověly, mnohem pravděpodobněji umírají než stejně staré ženy, které jsou vdané. Jejich organismus je zřejmě vyčerpán do té míry psychickým stresem, že se neumí vypořádat s jinak zvládnutelnými stresory (nemocemi, infekcemi).

Mezi **hlavní somatické důsledky stresu** patří:

- chřipka
- žaludeční vředy
- hypertenze
- infarkt myokardu
- karcinomy.

Psychologické důsledky stresu – model dekompenzace

Biologické a nebiologické stresory mají navíc nejen biologické, ale rovněž psychické důsledky: úzkost, smutek, deprese, psychické tenze, dezorganizované chování atp.

R.J. Brady (1975) předložil určitou analogii modelu GAS, která platí pro psychický stres a která nese označení **model dekompenzace**.

V **první etapě** (krize) je jedinec *vyveden z rovnováhy* situací, na niž se neumí přizpůsobit pomocí svých běžných adaptačních mechanismů. Zaskočí-li jej například povodeň, ptá se, co se děje, proč k tomu došlo a jak je možno tuto situaci řešit. Zažívá pocity rozrušení a zmatenosti a jeho myšlení a chování může být dezorganizované, chaotické a neefektivní.

Toto vyvedení z míry je ve **druhé etapě** následováno *pokusy o znovunabytí rovnováhy*. Adaptačními strategiemi je zde řešení problémů nebo zvládnání emocionálních důsledků stresu. Ztratí-li klíče, vzpomene se a vypracuje plán jejich systematického hledání. V případě živelné katastrofy se může selektivně věnovat kladným stránkám situace („Přišli jsme sice o dům, ale alespoň jsme měli tolik štěstí, že jsme to všichni přežili. Dům se dá

vždycky postavit znovu.“) Jsou-li jeho snahy o řešení situace úspěšné, dostává se zpravidla na předkrizovou úroveň psychického fungování; v některých případech dokonce může překonání krize vést k vyšší kvalitě života.

Nepodaří-li se mu však zvládnout situaci, ocitá se jedinec ve třetí etapě, již Brady označuje jako etapu **dekompenzované adaptace či adjustace**. Ta je charakterizována primitivnějšími formami adaptace: depresemi, úzkostmi, apatií, pocity viny, autistickým stažením se do sebe, vztekem, agresivními výbuchy a jinými symptomy. Jejich konkrétní podoba je velmi rozmanitá, závisí současně na osobnosti jedince a na charakteru události.

Model životních změn

Thomas H. Holmes a jeho spolupracovníci přijali model GAS pro vysvětlení fyziologických reakcí na stresor. Předpokládají však, že události, které vedou ke stresovým reakcím, nemusí dosáhnout kritických či katastrofických rozměrů. I zcela banální, drobné denní události mohou přivodit závažný stres, dojde-li k jejich **kumulaci** v určitém období. Větší počet těchto událostí vyžaduje od organismu stejné vypětí a stejnou adaptaci, jako menší počet náročnějších stresorů.

V jednom z prvních výzkumů vlivu **kumulace** životních událostí na nemoc realizovali Holmes et al. (1950) interview s více než 5000 pacienty. V něm se soustředili především na výčet událostí, které předcházely vzniku nemocí. V této retrospektivní studii ukázali, že řada fyzických nemocí – například **chřipka, tuberkulóza, kožní ekzémy** – je patrně spoluzapříčiněna různými životními událostmi.

Navíc nemusí být charakter životních událostí podle této teorie **pouze záporný, ale rovněž kladný**. Organismus se musí adaptovat i na kladné změny a stává se stejně vyčerpaný a náchylný k onemocnění, jako kdyby šlo o události záporné.

K tomuto závěru přispěly zkušenosti s pacienty, kteří se léčili na tuberkulózu. Kupodivu se ukázalo, že nejčastěji uváděné události zde neměly záporný či nežádoucí charakter, ale charakter neutrální nebo dokonce spíše kladný. Patřily mezi ně například sňatek, začátek školního roku, získání půjčky či hypotéky, narození dítěte, odchod dospělých dětí z domova atp.

To, že **působí spíše psychické zpracování události než její reálná podoba**, dokládají například takto: Autoři požádali pacienty, kteří měli chřipku nebo infekce nosní dutiny, aby se po uzdravení dostavili ještě jednou k vyšetření. Při něm jim měřili průběžně krevní tlak, snadnost dýchání, sekreci a změny na povrchu nosní sliznice. V průběhu vyšetřování se zeptali respondentů na události, které předcházely vzniku jejich původní nemoci. Ukázalo se, že pouhé vzpomínky na tyto události a jejich vyprávění – například návštěva tchýně, rozvod, propuštění v zaměstnání – vedly k opětovnému výskytu příznaků nemoci. To potvrdila i biopsie tkáně nosní sliznice – pouhé vyprávění těchto událostí vedlo k jejich opětovnému poškození.

Prospektivní studie

Jednu z prvních prospektivních studií vlivu stresujících událostí na zdraví vykonal Rahe (1974). Tento autor zjišťoval frekvenci různých stresujících událostí, s nimiž se setkali vojenští námořníci před tím, než nastoupili několikaměsíční plavbu. Zjistil, že při stejném zdravotním stavu námořníci, **kteří uvedli před počátkem plavby více negativních událostí, prodělali během měsíců strávených na moři více nejrozmanitějších chorob** než námořníci, kteří uvedli těchto stresorů méně.

Měření vlivu životních událostí

Přirozeně, že myšlenka kauzální souvislosti mezi stresory a duševním a somatickým zdravím není nikterak nová; **nová je snaha o přesnější definici a měření stresorů a stresu.** Měření stresorů a jejich vlivům na psychické a somatické zdraví se věnujeme v následující kapitole.

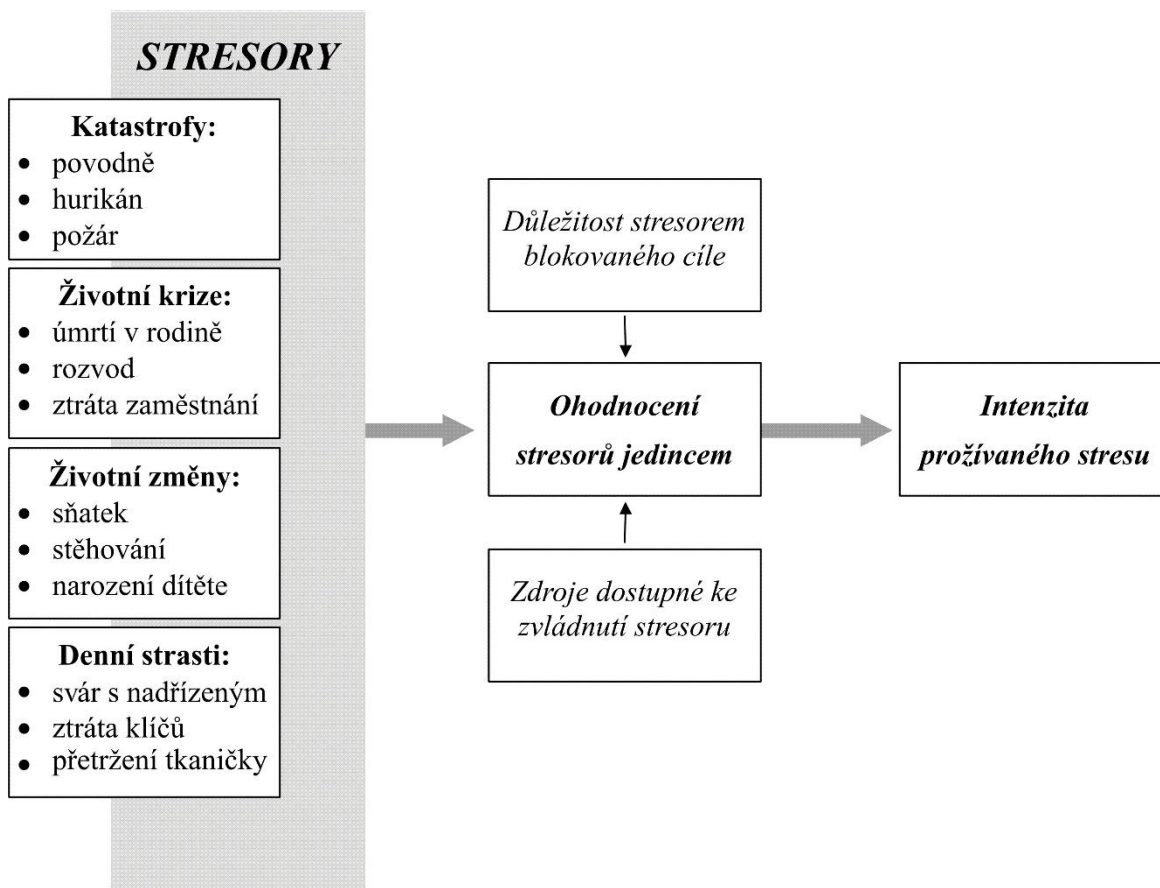
5.

2.2 Měření stresorů a stresové reakce

Zdrojem stresu mohou být nejrozmanitější události. Některé z nich mají charakter katastrof ovlivňujících životy řady lidí v celých státech nebo na celých kontinentech. Mezi ty patří například války, revoluce, ekonomické krize. Některé katastrofy postihují pouze určité lokality, města, obce, jako například povodně, tornáda, řádění gangů zlodějů. Jiné události mohou postihnout pouze jedince. Míra jejich závažnosti či intenzity může opět být různá – od nečekaného úmrtí někoho blízkého po přetržení tkaničky nebo polítí si trička limonádou. Některé z těchto stresorů jsou chronické, jako nešťastné manželství nebo nevyléčitelná nemoc, jiné krátkodobé, jako třeba našťvaný pohled nadřízeného. Žádná z těchto událostí ovšem nepůsobí na všechny lidi stejně.

2.2.1 Typické znaky stresorů

Volně lze rozlišit tyto čtyři hlavní kategorie stresorů:



Obrázek 37 Hlavní kategorie stresorů
Shrnuto z různých zdrojů.

Jejich působení je zprostředkováno jednak některými osobnostními charakteristikami jedince, jednak dostupností nejrozmanitějších zdrojů. Mezi nejvýznamnější zdroje patří sociální zdroje, tj. opora, již jedinec má v druhých.

Mezi charakteristiky, které se výrazným způsobem podílejí na tom, jaký vliv bude stresor mít, patří především míra ovlivnitelnosti a předvídatelnosti daných událostí.

Ovlivnitelnost události je mírou, v níž můžeme událost vyvolat, nebo naopak zastavit. Tato skutečnost hraje značnou roli v tom, zda ji vnímáme jako stresovou. Čím méně ovlivnitelná nám událost připadá, tím spíše ji budeme považovat za stresovou. Mezi závažné neovlivnitelné události patří přírodní katastrofy, ekonomické krize, smrt milovaného člověka, ztráta zaměstnání nebo vážná nemoc. Méně závažnou neovlivnitelnou událostí je, když přijdeme pozdě do divadla nebo když se nedostaneme do přeplněného autobusu. Těmto událostem nemůžeme zabránit.

V jedné studii předložili badatelé respondentům fotografie lidí, kteří zemřeli násilnou smrtí. Experimentální skupina mohla ukončit prohlížení fotografií stisknutím tlačítka. Kontrolní skupina si prohlížela tytéž fotografie stejně dlouho jako zkoumaná skupina, ale neměla možnost stisknout tlačítko a ukončit prohlížení. U příslušníků obou skupin byla zjišťována hladina rozrušení nebo úzkosti (pomocí měření kožně-galvanické reakce). Příslušníci experimentální skupiny vykazovali při pohledu na fotografie mnohem menší míru rozrušení nebo úzkosti než příslušníci kontrolní skupiny, i když všichni museli snášet pohled na fotografie stejně dlouho.

Přesvědčení, že můžeme ovlivnit průběh událostí, snižuje jejich nepříznivé dopady na naši psychiku, i když se o takové ovlivnění ani nepokusíme.

Intenzitu stresu ovlivňuje také **předvídatelnost** této události – tedy to, do jaké míry víme, zda a kdy událost nastane. Dokážeme-li předvídat nástup stresové události – i když ji nemůžeme ovlivnit – vnímáme ji jako méně stresovou. Lidé například obvykle dávají přednost předvídatelným elektrickým šokům před nepředvídatelnými. Když očekávají předvídatelné šoky, vykazují nižší emoční aktivaci a udávají menší tíseň. Předvídatelné šoky vnímají jako méně nepříjemné než stejně silné nepředvídatelné šoky.

2.2.2 Životní události

Mezi životní události můžeme volně zařadit všechny významnější události, které jedince postihnou. Patří mezi ně především životní krize a životní změny. Snaha o zkoumání vztahu mezi životními událostmi a nemocemi vedla ke snaze **kvantifikovat** a standardizovat různé škály, v nichž byly uvedeny klíčové události. Základní otázka, před níž stáli badatelé, zněla: Je možno kvantifikovat míru stresovosti jednotlivých událostí? Přisoudit různým životním událostem určitou váhu?

Konsensus

Jako základní předpoklad pro vypracování takové škály je prokázání, že mezi různými jedinci existuje shoda v posouzení závažnosti jednotlivých životních událostí. Výsledky zkoumání přitom ukazují, že panuje poměrně vysoká shoda či konsensus ohledně míry, v níž s sebou určité události přinášejí změnu a vyžadují tedy adaptaci. Například v jedné z prvních z těchto studií nechal Paykel a jeho spolupracovníci (1971) posoudit skupinou posuzovatelů 61 rozmanitých událostí. Autoři dospěli ke dvěma hlavním zjištěním:

- Hodnocení jednotlivých událostí se rozprostřelo po celé škále. To ukazuje, že jsou mezi událostmi vnímány rozdíly, že jsou vnímány odlišně.
- Jednotlivci se značně shodovali v hodnotách, jež jednotlivým událostem přidělili.

Současně se však ukázalo, že při posuzování některých událostí existují mezi posuzovateli značné rozdíly. Tyto rozdíly souvisely do určité míry zejména s tím, zda měl respondent s danou událostí sám osobní zkušenost.

Měrná jednotka – LCU

Nejslavnější z těchto škál však vypracovali Holmes a Rahe. Tito autoři uskutečnili tisíce rozhovorů a anamnéz, aby zjistili, které události jsou pro lidi stresové. V roce 1967 publikovali seznam těchto událostí – *Schedule of Recent Life Events*. Tento seznam sestává z kladných (sňatek) i záporných (rozvod) událostí, z událostí relativně častých (drobné porušení dopravních předpisů) i poměrně vzácných (úmrtí dítěte).

Na základě posouzení těchto událostí skupinami posuzovatelů pak přidělili jednotlivým událostem, u nichž existoval poměrně vysoký konsensus, určité váhy. Tato nová škála byla označena jako *Social Readjustment Rating Scale (SRRS)*. Sestává z celkem 43 položek. Protože sňatek je pro většinu lidí kritickou událostí, umístili ho autoři do středu škály a přiřadili mu hodnotu 50. Ostatní události jsou hodnoceny v rozpětí 0 až 100 v uvedeném pořadí. Respondenti měli posoudit, kolik životních změn každá jednotlivá událost od nich vyžaduje (odtud název **LCU** = Life Change Units).

Událost	Stresová hodnota (LCU):
Smrt partnera (manžela / manželky)	100
Rozvod	73
Manželská separace (rozluka)	65
Uvěznění	63
Smrt blízkého příbuzného	63
Vážnější nemoc nebo úraz	53
Sňatek	50
Propuštění z práce	47
Usmíření manželů	45
Odchod do důchodu	45
Vážnější onemocnění člena rodiny	44
Těhotenství	40
Sexuální problémy	39
Přírůstek nového člena do rodiny	39
Změna podnikatelských aktivit	39
Finanční situace	38
Smrt blízkého přítele	37
Změna pracovního zaměření	36
Změna v partnerské symetrii	35
Velká půjčka	31
Nutnost splatit hypotéku či půjčku	30
Změna postavení v zaměstnání	29
Odchod dítěte z domova	29
Potíže s příbuznými partnera/ky	29
Výjimečný osobní úspěch	28
Manželka začíná/přestává chodit do práce	26
Začátek anebo konec školního roku	25
Změny v podmínkách bydlení	25
Změna osobních návyků	23

Problémy s nadřazeným	23
Změna pracovních podmínek a pracovní doby	20
Změna bydliště	20
Změna školy	20
Změna ve způsobu trávení volného času	19
Změna církevních aktivit	19
Změna sociálních aktivit	18
Menší půjčka	17
Změna spánkového režimu	16
Změna ve frekvenci rodinných setkávání	15
Změna stravovacích návyků	13
Dovolená	12
Vánoce	11
Drobné porušení zákona	11

Tabulka 21 Hodnoty životních událostí v jednotkách LCU

Zdroj: Atkinson, R. L. et al. (2003) *Psychologie*. Praha: Portál.

Úkolem respondenta je označit události, které ho potkaly během posledního roku.

Autoři zjistili, že se 93 % **zdravotních problémů** (*infekce, alergie, nemoci kostí a svalů, psychosomatické choroby*) vyskytly u pacientů, kteří v průběhu předešlého roku dosáhli ve škále SRRS 150 a více bodů. Pokud tedy jedinec onemocněl, bylo vysoce pravděpodobné, že obdržel 150 nebo více bodů. Ačkoli samotné drobné stresory nestačily na vznik nemoci, jejich kumulace ano.

Vysoké skóre LCU (potenciálního stresu) je často spojeno se **závažnějšími nemocemi** (*leukémie, karcinomy, infarkt*). Předpokládá se opět, že konstantní stres snižuje odolnost vůči nemocem; dojde-li k němu, může jedinec snadno onemocnět.

LCU	% nemocných
150–199	37 %
200–299	51 %
300 +	79 %

Tabulka 22 Pravděpodobnost onemocnění v závislosti na hodnotě životních událostí (LCU)

Podle Rahe, R. H., Artur, R. J. (1978). *Life change and illness studies: Past history and future directions*. Journal of Human Stress 4, 3–15.

2.2.3 Denní strasti

Kromě relativně méně častých životních událostí se badatelé zaměřili rovněž na zkoumání vlivů, které mají denní strasti a nepříjemnosti na zdraví a kvalitu života. Za denní strasti jsou považovány nepříjemné, frustrující události, s nimiž se setkáváme v různé míře každý den. Rovněž k měření denních strastí je vypracováno více dotazníků. Protože je těchto nepříjemných stresorů velké množství (jedna z nejčastěji používaných škál, DHS, jich uvádí 117), je jejich uspokojivé vymezení obtížnější a dotazníky a inventáře se proto od sebe do určité míry liší. Uvedme alespoň hlavní oblasti a některé příklady.

Vnitřní problémy a konflikty:

- pocity bezradnosti z toho, že nevíme, co bychom měli dělat

- lítost nad tím, jak jsme se v minulosti rozhodli
- neschopnost vyjádřit se
- fyzické vzezření
- znepokojivé pocity týkající se smyslu našeho života

Finanční problémy:

- peníze nestačí k pokrytí základních potřeb
- není dost peněz na slušné oblečení
- není dost peněz na slušné bydlení
- není dost peněz na dovolenou a zábavu
- chybí peníze pro případ náhlé potřeby

Časový stres:

- příliš mnoho věcí na práci
- příliš mnoho povinností
- málo času na spánek
- málo času na odpočinek
- málo času na to dělat věci, které by bylo potřeba udělat

Pracovní strasti:

- nespokojenost s prací
- nehody s nadřízeným(i)
- špatné vztahy se spolupracovníky
- náročné vztahy s klienty nebo zákazníky
- problémy se zaměstnanci

Environmentální problémy:

- znečištěné prostředí
- zločinnost
- hrozba teroristických akcí
- znepokojivá politická situace
- zvyšující se ceny základního zboží

Rodinné starosti:

- problémy s manželem/manželkou
- problémy s dětmi
- financování vzdělávání dětí
- udržování domu, zahrady atp.
- majetek, investice, daně atp.

Problémy se zdravím:

- celková starost o zdraví
- tělesná nemoc
- vedlejší účinky léčby.

Podle některých autorů mají tyto strasti, se kterými se setkáváme každý den a z nichž některé působí chronicky, výraznější vlivy na naše zdraví a na kvalitu našeho života než jednorázové nebo pouze občas se vyskytující životní události.

2.2.4 Měření stresové reakce

Katastrofické události, významné životní události i denní strasti mají významný vliv na naše zdraví a kvalitu našeho života. Psychické a somatické reakce na tyto události jsou zpravidla označovány pojmem **emoce**. Zde se věnujeme odděleně účinkům na úrovni subjektivního prožívání těchto emočních stavů a účinkům somatickým.

Psychické reakce

Stresové situace mohou navodit obrovské množství různých emočních stavů. Například jízda na horské dráze navozuje pocity obav, strachu, ale také příjemného mrazení v zádech, překvapení, štěstí. Je to zřejmě tím, že jde o náročnou situaci, která je však zvládnutelná a předvídatelná a očekáváme, že bude mít dobrý konec. Jiná situace v nás však může navodit strach, úzkost, skleslost, hněv a řadu jiných emocí. Navíc, pokud je stresová situace dlouhodobá, se mohou emoce měnit – i podle toho, jak se nám daří situaci zvládnout. Nyní se věnujeme některým emočním stavům podrobněji.

Úzkost a PTSP

K nejčastějším reakcím na působení stresorů je úzkost. Úzkostí se rozumí prožitky, jako jsou „starost“, „obava“, „napětí“ a „strach“. Lidé, kteří přežili události, jako jsou přírodní katastrofa, znásilnění, únos nebo teroristický útok, někdy trpí řadou symptomů, které souvisejí s úzkostí. Tento stav je označován jako **posttraumatická stresová porucha** (PTSD).

PTSD sestává ze čtyř skupin symptomů. První z nich se projevuje značnou mírou *odtržení od života*. Lidé uvádějí, že jsou zcela otupělí, jako by postrádali veškeré emocionální reakce. Vyrždí sedět celé hodiny a dívat se do prázdna, ztrácejí zájem o činnosti, které je dříve bavily. Druhá skupina symptomů spočívá v *opakovaném prožívání traumatu*. Těmto lidem se každou noc zdá o tom, co prožili. I v bdělém stavu se k této události často vrací a mají ji před očima tak zřetelně, jako by byla skutečná. Třetí skupina symptomů představují *poruchy spánku, poruchy soustředění a nadměrná ostražitost*. Tito lidé působí někdy dojmem, že jsou stále připraveni na to, že je traumatická událost znovu potká. Čtvrtá skupina symptomů se vyskytuje pouze v některých případech a spočívá v *pocitech viny a provinění*. Někteří lidé mají výčitky svědomí z toho, že oni přežili, zatímco například jejich děti nebo jiné jim blízké osoby nikoliv.

Vztek a agrese

Další běžnou reakcí na stresovou situaci je vztek, který může vést k agresi. Freud napsal, že frustrace chování, které směřovalo k získání slasti nebo vyhnutí se bolesti, má za následek agresi. Tato hypotéza byla později rozvinuta skupinou teoretiků sociálního učení (Dollard, Doob, Miller, Mower a Sears, 1939). Tito autoři definují **frustraci** jako neočekávanou událost, která vede ke zmaření možnosti dosáhnout cíle, jehož dosažení bylo očekáváno. **Agrese** je **naučenou reakcí**, která může být zaměřena na danou překážku, nebo může být odreagována na náhradním objektu.

Například Azrin, Hutchinson a Hake (1966) učili klovat holuby do určitého terče metodou diskriminačního učení. Když bylo nové chování dostatečně upevněné, přestali experimentátoři pojednou odměňovat správné chování potravou (experimentální definice *frustrace*). Byl-li holub v kleci sám, projevoval se zmatenými pohyby. Byl-li s ním v kleci další holub, zpravidla ho agresivně atkoval.

Hovland a Sears (1940) vyšli z hypotézy, že lidé jsou extrémně frustrováni, jsou-li ohroženi jejich finanční jistoty. Tito autoři shromáždili a analyzovali data týkající se souvislostí mezi lynčováním černochoů ve 14 státech amerického Jihu a některými ekonomickými ukazateli v období let 1882 až 1930 (tedy za 49 let). Výsledky ukazují, že cena bavlny v některých v období 1882-1930 korelovala záporně s frekvencí lynčování černochoů: čím nižší výnos nebo cena bavlny, tím více případů lynčování. Zdá se, že pokles ceny bavlny vedl k ekonomické frustraci bělochů, která se projevila v častějších případech lynčování černochoů v těchto státech.

Na sklonku osmdesátých let 20. století se stalo, že někteří jedinci frustrovaní nekonečnou zácpou na rozpálených dálnicích v Los Angeles po sobě začali střílet.

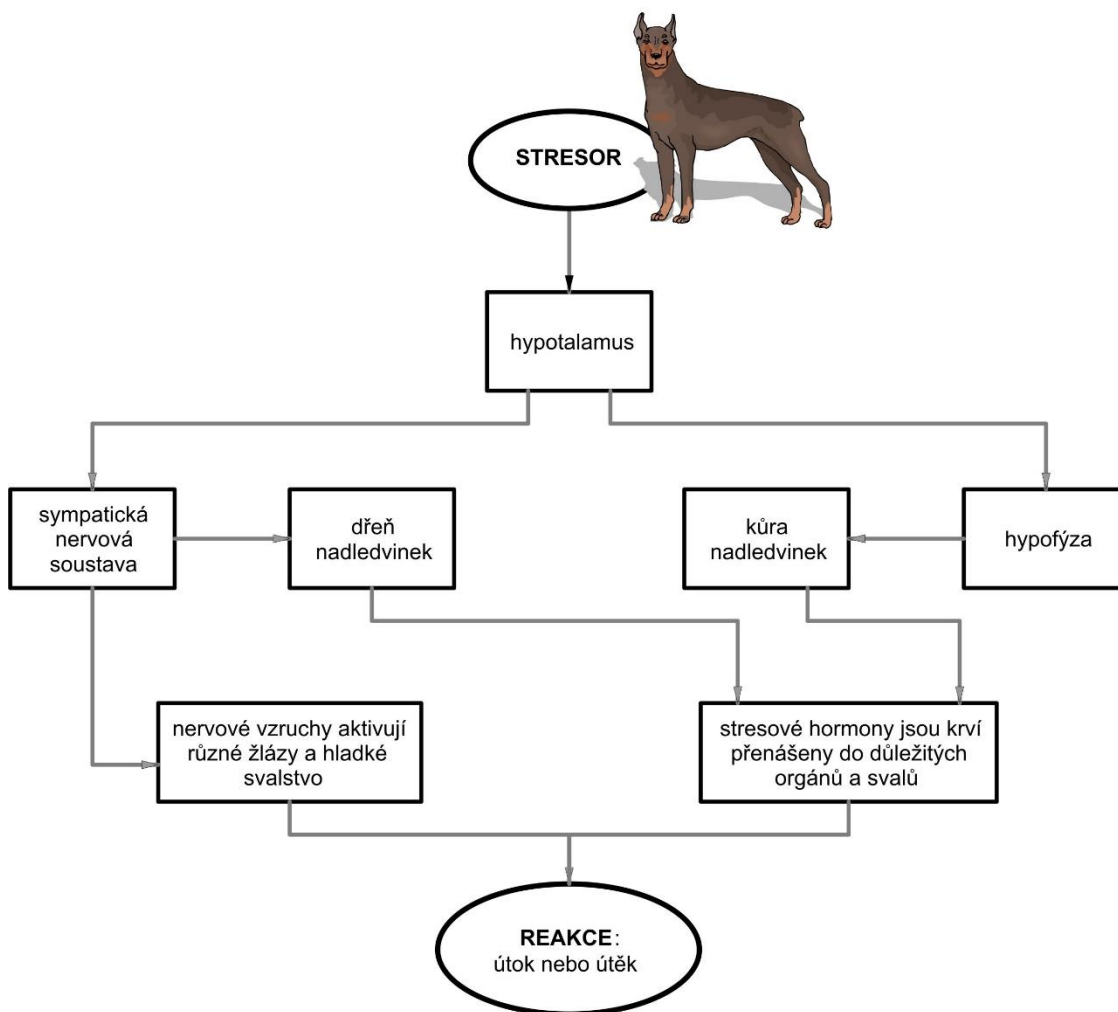
Apatie a deprese

Jiným důsledkem působení stresorů bývají apatie a deprese. Tyto stavy se snaží vysvětlit **teorie naučené bezmocnosti**. Tato teorie vzešla ze specifického problému teorie učení: co se stane, zjistí-li organismus – šlo většinou o experimentální zvířata –, že mezi jeho chováním a vnějším zpevněním, tj. odměnami a tresty, neexistují žádné souvislosti?

Psi, kteří byli vystaveni nevyhnutelným (tj. neovlivitelným vlastním chováním) elektrickým ranám, vykazovali po 24 hodinách nápadné deficity po přemístění do jiné klece, ve které by se snadno mohli zbavit těchto elektrických ran přeskočením z jedné části klece do druhé. Nesnažili se stresorům uniknout, nenaučili se nové formy reakcí a především během času přestali tito psi dávat najevo emocionální doprovod elektrických ran. Tyto deficity byly interpretovány v kognitivních termínech: Psi se naučili, že jsou elektrické rány nezávislé na jejich chování. Očekávali proto i do budoucna, že jejich chování a tyto rány spolu nebudou souviset (nekontrolovatelnost příčin elektrických ran). (Naučené bezmocnosti se budeme ještě věnovat.)

Fyziologické reakce na stres

Tělo reaguje na stresory spuštěním složitého řetězce reakcí. Jak jsme již zmínili v souvislosti s teorií obecné adaptace (GAS) na stres, lze tyto reakce chápat jako přípravu na útok nebo na útěk.



Obrázek 38 Fyziologické reakce na stres

Zdroj: Atkinson, R. L. et al. (2003) *Psychologie*. Praha: Portál.

Stresová situace zde aktivuje hypotalamus, který řídí dvě soustavy. První z nich je **sympatická soustava**, druhou soustavu **adrenokortikální**. Sympatický systém reaguje na podněty z hypotalamu a aktivuje různé orgány, žlázy s vnitřní sekrecí a hladké svalstvo. Dochází například ke zrychlení tepové frekvence a k rozšiřování zornic. Sympatická soustava dále vydává pokyny dření nadledvinek, aby uvolnila do krevního řečiště adrenalin a noradrenalin.

Adrenokortikální soustava je aktivována, když hypotalamus vylučuje faktor uvolňující kortikotropin (CRF). Tento faktor působí na hypofýzu, která se nalézá přímo pod hypotalamem. Hypofýza vylučuje hormon ACTH. Ten putuje krevním řečištěm do kůry nadledvinek, v níž stimuluje uvolnění několika hormonů, včetně kortizolu, který reguluje hladinu cukru v krvi. ACTH také dává pokyn dalším endokrinním žlázám, aby uvolnily asi 30 dalších hormonů. Kombinovaný účinek různých stresových hormonů přenášených krví a nervová činnost sympatického oddílu autonomní nervové soustavy tvoří reakci útok, nebo útěk.

2.3 Model pracovního stresu

Nejčastěji užívanou teoretickou bází *pracovního stresu* je již po dlouhou dobu model, jehož autorem je Švéd Robert A. Karasek (1979). Tento model nese název „**Job-Demand-Control**“; častěji je uváděn zkratkou **JDC**. V základní podobě jsou v tomto modelu definovány *dva teoretické konstrukty*, které jsou vzájemně nezávislé.

2.3.1 Psychická náročnost práce

Prvním z nich jsou **pracovní nároky** či **požadavky**. Patří mezi ně například tyto atributy práce:

- rychlé pracovní tempo
- málo času
- mnoho úkolů
- duševně náročná práce
- konfliktní požadavky (role).

Čím více se těchto atributů vyskytuje v povolání, tím větší je jeho náročnost. Tyto atributy práce působí jako **psychologické stresory**. Jde přitom o psychické, nikoliv fyzické stresory. Například práce vyžadující přenášení těžkých břemen může představovat fyzické nároky, které vedou k únavě a bolesti, nikoliv však nutně ke stresu. Běžně se proto dnes používá označení **psychická náročnost práce** nebo **psychická zátěž**.

2.3.2 Kontrola

Druhým konstruktem je **job control**, který nelze do češtiny dost dobře přeložit. Tento konstrukt zahrnuje dvě stránky, jimiž jsou:

- a) oprávněnost či *autorita* jedince činit rozhodnutí ohledně *metod vlastní práce*, tj. rozhodovat o tempu práce, postupech práce, pořadí úkolů atp. (*samostatnost, svoboda, nezávislost*)
- b) *varieta dovedností a schopností* (skill discretion), které jedinec ve své práci uplatní (*uplatnění svých schopností a zájmů*); patří mezi ně například
 - požadovaná kvalifikace
 - možnost učit se nové věci
 - kreativní práce
 - nemonotónní práce.

Tyto dvě komponenty jsou sloučeny do souhrnného údaje o míře autonomie, kontroly či volnosti rozhodování.

Karasek spojuje tyto dvě dimenze se *dvěma základními hypotézami*:

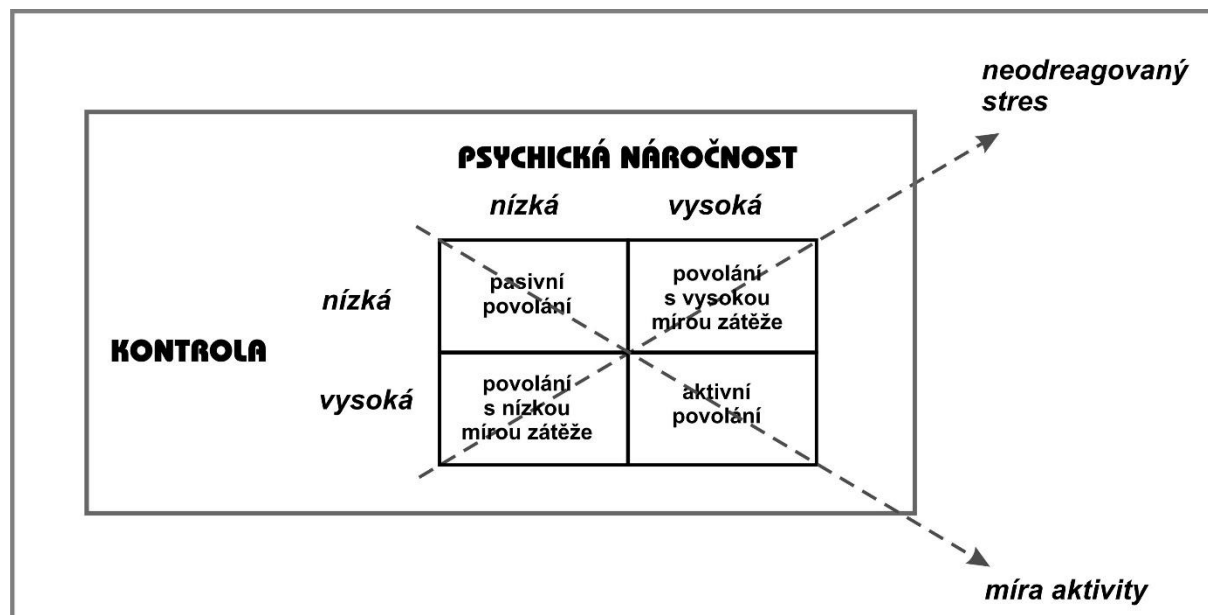
Podle první hypotézy představují povolání, která jsou charakterizována kombinací **“vysoká psychická náročnost a nízká míra kontroly”**, pro jedince **vysokou míru zátěže (strain)**. Tato povolání budou proto spojena s **vysokou mírou stresu**. Vysoké psychické nároky zde u jedince vedou ke zvýšené hladině fyziologického vybuzení (arousalu), provázeného například vyloučením vyšší míry adrenalinu a zrychlením srdečního tepu (viz model Obecného adaptačního syndromu). Jestliže jedinec nemůže – v důsledku nízké možnosti kontrolovat zdroje stresu – tuto fyziologickou reakci vhodným způsobem převést do adaptivní, účelné reakce (coping), přetrvává u něj tento fyziologický arousal po delší dobu. Jde o **neodreagovaný stres**.

Mezi tato povolání lze zařadit například *pracovníky u výrobního pásu* nebo *kuchaře*.

Podle druhé hypotézy jsou povolání, která jsou charakterizována kombinací **“vysoká psychická náročnost a vysoká míra kontroly”**, pro jedince spíše výzvami či příležitostmi

k růstu než stresory, které by měly negativní následky. Karasek je označuje jako **aktivní povolání**. Člověk v nich může do značné míry rozvíjet své zájmy, uplatnit svoji kvalifikaci, řešit problémy, které jej osobně zajímají. Tato povolání mají za následek (a) **nížší míru stresu** a (b) **pozitivní následky** (vyšší pracovní motivaci, větší spokojenost, zdravou regeneraci sil).

Mezi tato povolání patří například *architekti a vědečtí pracovníci*.



Obrázek 39 Klasifikace povolání podle dimenzí kontroly a psychické náročnosti
Zdroj: Karasek, R. (1979) *Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implication for job redesign*. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-308.

Jde tedy opět o hypotézu, podle níž je vysoká míra stresorů moderována ve svých důsledcích na úroveň stresu percepcí různé míry kontroly. Tentokrát však nejde kontrolu coby osobnostní proměnnou, ale o situační proměnnou – závisí na konkrétním povolání, na pozici atd. Celkově jde tento model přiřadit k **transakčním modelům**, v nichž má jedinec různou míru kontroly nad působením stresorů. Zde je jeho míra kontroly dána do určité míry “zvnějšku” – charakterem povolání.

První empirické údaje

Karasek (1979) analyzoval data ze dvou rozsáhlých *epidemiologických studií*, jichž se zúčastnilo celkem cca 3000 mužů v produktivním věku ze Švédska a USA. První z nich proběhla v USA a zúčastnilo se jí 911 zaměstnaných mužů ve věku mezi 20–65 lety; druhá ve Švédsku a zúčastnilo se jí 1896 zaměstnaných mužů starých 18–66 let.

V obou studiích byly zjišťovány některé údaje

- **psychické náročnosti práce** (pracovní tempo, čas, množství úkolů, obtížnost),
- **míře kontroly**, tj. samostatnosti a možnosti uplatnit své zájmy, kvalifikaci a schopnosti (možnost volby metod vlastní práce, možnost uplatnění svých dovedností atp.)
- o některých předpokládaných **důsledcích stresu**:
- vyčerpání, depresi, nemocnosti, počtech spotřebovaných léků a
- pracovní a celkové životní spokojenosti.

V obou státech byly užity zčásti odlišné způsoby měření stejných konstruktů.

Výsledky prvních analýz se týkaly depresí, vyčerpání, nemocnosti (počet dní v neschopnosti) a spotřeby léků coby důsledků stresu. V souladu s tímto modelem se ukazuje, že ve všech sledovaných ukazatelích měli v obou státech nejvíce problémů muži, kteří vykonávali povolání charakterizovaná vysokou mírou náročnosti a nízkou mírou kontroly.

Nejspokojenější se svojí prací a celkově se svými životy byli muži, kteří rovněž měli psychicky velmi náročná povolání, avšak současně v něm disponovali vysokou mírou kontroly.

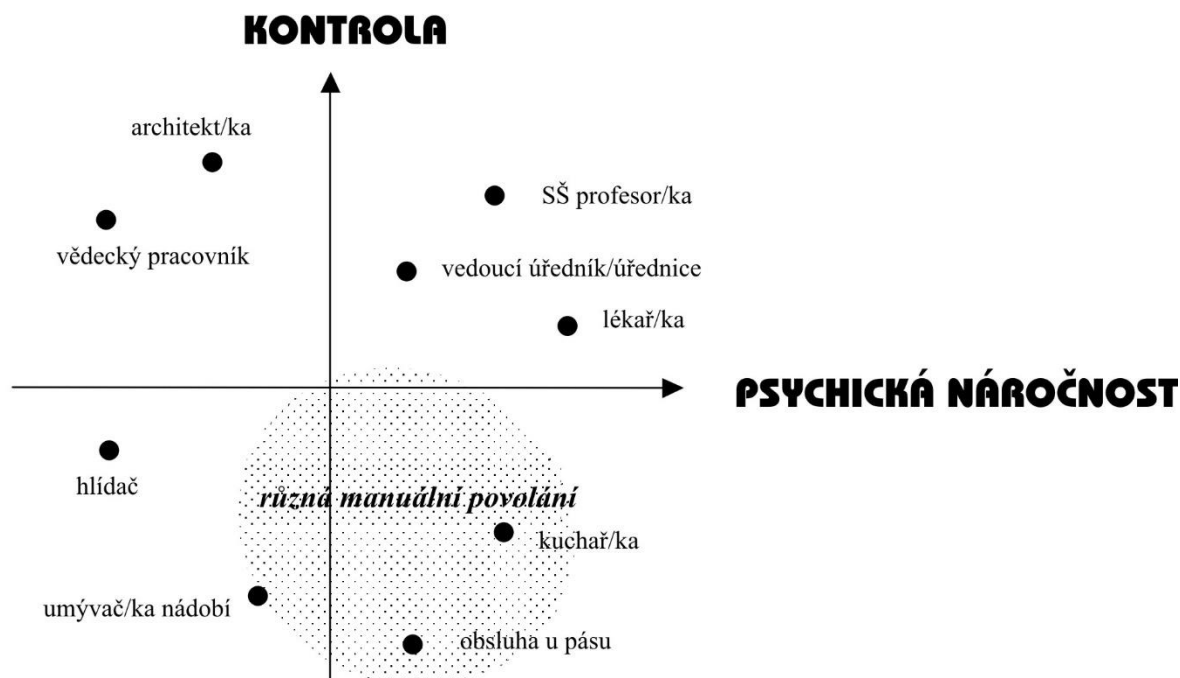
Chronický stres a kardiovaskulární problémy:

Karasek předložil dále hypotézu, podle níž **dlouhodobé působení psychicky náročných podmínek** (vysoká psychická náročnost a nízká míra kontroly) bude mít za následek **chronický stres**. Ten bude v důsledku neustálého přetěžování kardiovaskulárního systému spojen s řadou jeho **kardiovaskulárních chorob** (CVD = cardiovascular disease). Tato hypotéza vedla k řadě studií, v nichž se skutečně ukazuje, že je tato kombinace spojená:

- s vyšším fyziologickým arousalem
- s vyšším krevním tlakem
- s nemocemi věnčitých cév (srdečních žil)
- s infarktem myokardu
- a rovněž s vyšším výskytem ostatních rizikových faktorů (pití kávy, kouření).

Charakter povolání a důsledky chronického stresu

Karasek et al. (1988) klasifikovali velkou řadu povolání vzhledem k oběma dimenzím. Každé povolání tak získalo dva skóry, pro každou dimenzi jeden. V obrázku jsou uvedena některá typická povolání.



Obrázek 40 Umístění některých povolání v dimenzích kontroly a psychické náročnosti práce
Zdroj: Karasek, R. (1979) *Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implication for job redesign*. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-308.

Autoři zpracovali data od více než **4800 jedinců**. Když porovnali frekvenci **infarktu myokardu** v povoláních s vysokou mírou neodreagovaného stresu s průměrnou frekvencí

infarktu myokardu v ostatních povoláních dohromady, dospěli k závěru, že u mužů nad 45 let platí, že je tato frekvence **cca 1,5–2,5x vyšší**. V souladu s hypotézou chronického stresu se ukázalo, že čím vyšší věk, tím větší rozdíl.

Některé další důsledky pracovního stresu

Myersová et al. (1999) se snažila identifikovat faktory, které souvisejí s **bolestmi zad**. Pracovala se vzorkem pracovníků školství, dopravy, rekreačních zařízení a veřejných služeb, kteří pracovali pod městskou správou (v kanadském Quebecu). Z tohoto vzorku vybrala 200 jedinců, kteří trpěli na bolesti zad (při předklonu, při otáčení shýbání, zvedání paží apod.). Ke každému z nich vybrala pro srovnání dva zdravé jedince.

Kromě atributů práce (psychické náročnosti a míry kontroly) realizovali tito autoři antropologická měření a zjišťovali ergonomické charakteristiky práce (zejména druhy pohybu).

Výsledky ukázaly, že bolesti zad souvisí zejména s těmito třemi nezávislými faktory:

- úkony na pracovišti (otáčení se, předklony, natahování paží)
- tělesnou hmotností (BMI, Body Mass Index)
- kombinace psychických nároků a míry kontroly: jedinci s psychicky náročnou prací při nízké míře kontroly měli bolesti zad cca 2x častěji než jedinci s psychicky málo náročnou prací spojenou s vysokou mírou kontroly.

Účinky těchto faktorů se sčítaly, takže nejrizikovější kategorií jsou jedinci ve vysoce zátěžových povoláních (psychicky náročná práce při nízké míře kontroly), kteří jsou obézní a kteří vykonávají práci, vyžadující časté předklánění, natahování paží, otáčení se atp.

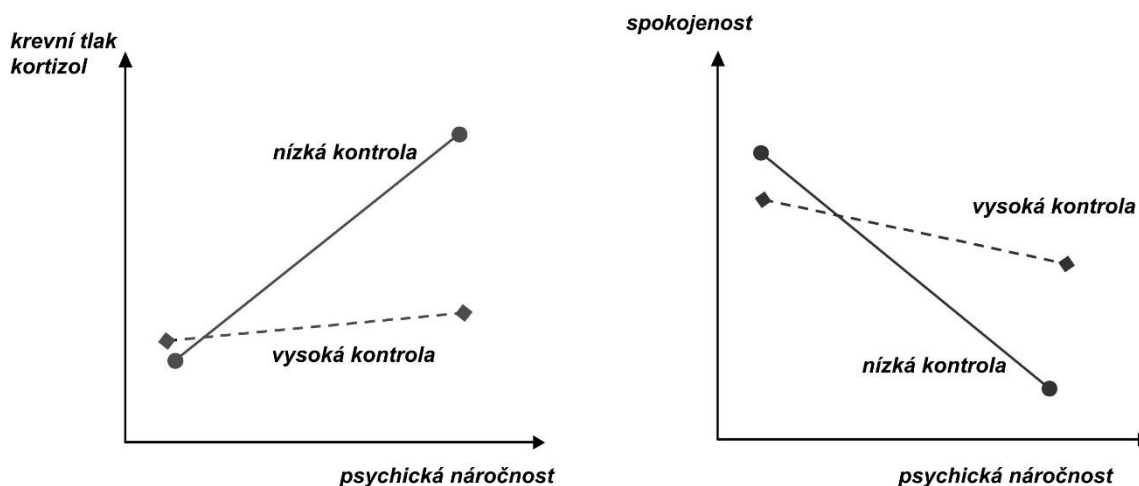
Bolesti zad lze podle těchto autorů chápat jako **somatizaci** psychických problémů, konkrétně **pracovních stresů**.

Foxová, Dwyerová a Ganster (1991) testovali Karaskův model na vzorku 136 zdravotních sester ve věku 21–60 let, které pracovaly na svém pracovišti v průměru 53 měsíců, tj. cca 4,5 roku (šlo o soubor z USA). Hlavní otázka, již si kladli, zněla, zda se projeví současný vliv psychických nároků a kontroly na fyziologické ukazatele stresu.

Ve svém šetření zjišťovali autoři **psychickou náročnost práce** pomocí standardizované škály. **Kontrola** byla zjišťována *možností ovlivnit* pořadí úkolů, rychlost práce, přestávky, ale rovněž práci ostatních a celkové pracovní podmínky. **Stresová reakce** byla měřena ve tříhodinových intervalech v náhodně vybraných třech dnech v pracovní době i po ní; byly užity fyziologické indexy

- **krevního tlaku** (systolického i diastolického); celkem tak bylo od každé sestry získáno 21 údajů, které byly zprůměrněny
- hladiny **kortizolu** ve slinách; celkem tak bylo od každé sestry získáno 6 údajů (vyšší hladina kortizolu je spojena se situacemi, kdy má jedinec potíže se zvládnutím úkolů a kdy je patrně snížena jeho imunitní obrana)
- **důsledky stresu** byly měřeny dotazníkem celkové pracovní spokojenosti.

Výsledky jsou schematicky zakresleny v následujícím obrázku.



Graf 9 Závislost indikátorů stresu a kvality života na dimenzích práce

Zdroj: Fox, M. L., Dwyer D. J., Ganster D. C. (1993) *Effects of stressful job demands and control on physiological and attitudinal outcomes in a hospital setting*. Academy of Management Journal, 36, 289-318.

V souladu s teoretickým modelem ukazují, že *psychická náročnost* povolání **v závislosti** na *míře kontroly* ovlivnila jak fyziologické indikátory stresu (krevní tlak i kortizol v práci), tak spokojenost s prací. Čím psychicky náročnější mají sestry práci, tím horší mají v průměru indikátory zdraví (KT, kortizol). Tato souvislost je však výrazně silnější pro sestry, které ve své práci nedisponují příliš velkou mírou kontroly (tj. možností ovlivnit pořadí úkolů, rychlost práce, chvíle pro přestávky, práci ostatních atp.). Symetricky s tím byly naopak se svojí prací nejspokojenější ty sestry, které měly nejméně psychicky náročnou práci.

Tyto výsledky nejsou zcela v souladu s Karaskovým modelem. Je to patrně tím, že všechny sestry uvádějí *poměrně vysoké hodnoty psychické náročnosti*.

U nás J. Hlinovská (2011) realizovala výzkum, jehož se zúčastnilo cca 600 zdravotních sester ze tří pražských nemocnic. K měření **psychické náročnosti práce** zvolila šest položek z Karaskova dotazníku. **Kontrolu** měřila osmi položkami. **Pracovní spokojenost** měřila třemi položkami (například „Moje práce mne uspokojuje“). Kromě toho zjišťovala *emocionální problémy* (například „Jsem vnitřně neklidná a nervózní“). Z údajů o pracovní spokojenosti a emocionálních problémech vytvořila **index pracovní pohody**. Tento index je definován pracovní spokojeností a absencí negativních emocí.

I zde výsledky ukazují, že sestry jsou se svojí prací tím spokojenější a současně vykazují tím méně emocionálních problémů, čím méně psychicky náročná jejich práce je a čím v ní mají více kontroly.

2.3.3 Opora v druhých

Jeffrey V. Johnson a Ellen M. Hallová (1988) rozšířili Karaskův model o další dimenzi, již označili jako **social support**, tedy možnost opřít se o druhé, **oporu v druhých**. Tito autoři zkoumají hlavně sociální oporu na **pracovišti**. Zde jsou hlavními kategoriemi druhých spolupracovníci a nadřízení.

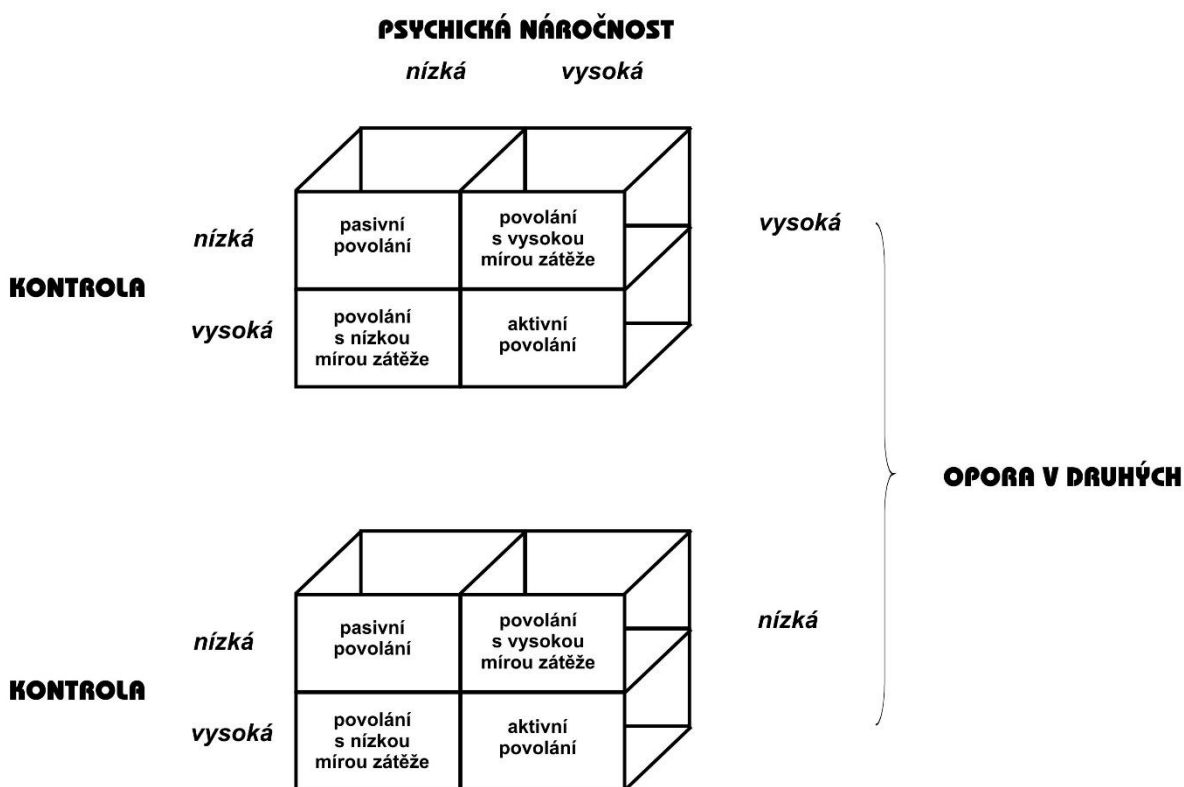
Tato dimenze je měřena například položkami:

- moji spolupracovníci jsou přátelštější
- když potřebuji, spolupracovníci mi ochotně pomohou
- bavíme se o přestávkách

- navštěvujeme se mimo pracovní dobu
- můj nadřízený se stará o to, aby se jeho podřízení měli dobře.

S každou položkou je vždy uvedena i stupnice (například od 1 do 7).
 V čem spočívá tato opora, autoři neupřesňují. Je možno se domnívat, že napomáhá **v prevenci a redukcii** stresu například *strategiemi řešení problémů* (redefinice problému, pomoc při nalézání řešení, názorný příklad atp.) a *strategiemi orientovanými na odstraňování záporných a navozování kladných emocí* (dodávají sebedůvěru, sebevědomí, pomáhají vidět situaci v reálných dimenzích atp.).

Sociální opora je teoreticky dalším faktorem; čím vyšší sociální opora, tím nižší psychická zátěž, tím méně je práce stresující. Povolání nebo prostředí s vysokou mírou sociální opory označují autoři jako prostředí kolektivní, opačná prostředí jako jedince v izolaci. Autoři předpokládají, že **sociální opora zmírňuje negativní vlivy psychické náročnosti a posiluje kladné vlivy kontroly**. Největší míru zátěže tedy bude představovat kombinace „vysoká psychická náročnost + nízká míra kontroly + nízká opora v druhých“, již autoři označují zkratkou **iso-strain**, nejnižší míru zátěže naopak představuje teoreticky kombinace „nízká psychická náročnost + vysoká míra kontroly + vysoká opora v druhých“.



Obrázek 41 Rozšířený JDC model.

Zdroj: Johnson, J. V., Hall, E. M. /1988) *Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population*. American Journal of Public Health, 78, 1336-1342.

Určitý problém pro možnost adekvátního empirického ověření těchto hypotéz představuje skutečnost, že – z metodologicko-statistických důvodů – testování *interakce* tří proměnných je ztížena nízkou spolehlivostí (reliabilitou). Výsledky empirických výzkumů proto zpravidla

vedou spíše ke zjištění, že každá z těchto tří proměnných má nezávislé vlivy v očekávaném směru. Jen málokdy se potvrdí (nebo naopak přesvědčivě „nepotvrdí“) celý model.

Výsledky výzkumů

Například Johnson a Hallová (1988) analyzovali data z reprezentativního vzorku cca 14 000 švédských pracujících obou pohlaví. Zjišťovali

- kontrolu
- psychickou náročnost
- sociální oporu
- kardiovaskulární problémy.

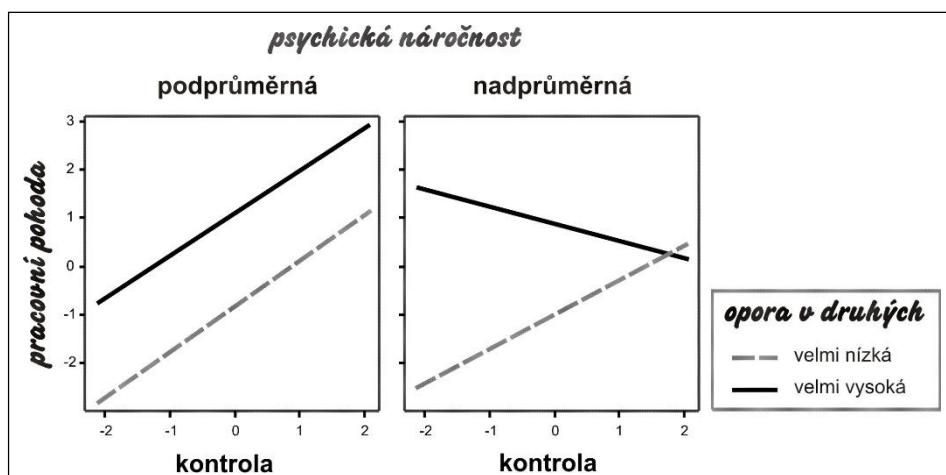
Výsledky jsou vcelku v souladu s jejich modelem. Všechny tři proměnné (tj. psychická náročnost, kontrola i opora v druhých) vykazovaly s kardiovaskulárními problémy očekávané souvislosti. Výjimku z očekávaných souvislostí představovala kombinace „vysoká psychická náročnost + vysoká míra kontroly + nízká opora v druhých“; ta vykazovala vůbec nejvyšší procento výskytu kardiovaskulárních nemocí.

Dollard et al. (2000) testovali tento model u vzorku 813 pracovníků a pracovníc ve veřejných službách (sociální pracovníci, psychologové, pracovníci ve správě, manažeři aj.). K měření proměnných použili dotazník. Ve svém výzkumu zjišťovali tyto proměnné:

- **psychickou náročnost** (časový stres a pracovní zátěž)
- **kontrolu** (samostatnost a rozhodování o metodách své práce)
- **oporu** (zvláště opora od spolupracovníků a od vedoucích)
- **burnout** (pocit vyhoření):
- emocionální vyčerpání
- depersonalizace (tj. pocit odosobnění)
- produktivita (subjektivní pocit kompetence a produktivity)
- spokojenost s prací.

Výsledky jejich analýz jsou v souladu s hypotézou o současném nezávislém působení všech tří faktorů. Potvrdila se i hypotéza účinku kombinace *iso-strain*. Jedinci pracující v povoláních charakterizovaných kombinací „vysoká psychická náročnost + nízká míra kontroly + nízká opora v druhých“ byli zcela nejméně *spokojeni* se svojí prací. Nejnižší hodnoty v dimenzích vyhoření (burnout) vykazovali jedinci pracující v tzv. aktivních povoláních („vysoká psychická náročnost + vysoká míra kontroly + vysoká opora v druhých“).

J. Hlinovská (2011) v již zmíněném výzkumu rovněž zjišťovala účinky **sociální opory** na spokojenost s prací. Výsledky znázorňuje následující graf.



Graf 10 Vlivy kontroly, pracovní náročnosti a opory ve druhých na pracovní pohodu

Zdroj: Hlinovská, J. (2011) *Faktory ovlivňující volbu povolání všeobecných sester*. Doktorská disertační práce.

O čem vypovídají v něm uvedená data? Začněme od levého panelu. Je zřejmé, že sestry, jejichž práce je v rámci toho souboru *podprůměrně* psychicky náročná, jsou s ní tím spokojenější a mají tím méně emocionálních problémů, čím vyšší mírou kontroly disponují, tj. čím více si mohou rozhodovat o tom, kdy co budou dělat, čím tvořivější práci mají, čím více v ní mohou využívat své kompetence a vzdělání atp. A současně jsou – nezávisle na míře kontroly – se svojí prací tím spokojenější a mají tím méně emocionálních problémů, čím vyšší mají míru opory v druhých. Oba faktory zde tedy mají účinky v očekávaném směru.

Pravý panel pak informuje o sestrách, jejichž práce je psychicky *nadprůměrně* náročná. Zde se překvapivě projevuje závislost účinku kontroly na míře opory ve druhých. Pro sestry s podprůměrnou mírou opory v druhých platí, že čím vyšší mají míru kontroly, tím jsou se svou prací spokojenější a tím méně mají emocionálních problémů. Avšak pro sestry s nadprůměrnou mírou opory v druhých platí jiný vztah: čím vyšší mají míru kontroly, tím méně jsou ve své práci spokojené a tím více mají emocionálních problémů.

Souhrnně se tedy zdá, že u všeobecných sester mají kontrola a opora v druhých příznivě účinky na spokojenost s prací a emocionální život, avšak současný vliv těchto proměnných s účinky psychické náročnosti práce na spokojenost s prací a emocionální život jsou komplikovanější. I zde je tedy shoda dat s hypotézami pouze částečná.

2.4 Zdroje stresu v průběhu života

Všichni lidé jsou vystaveni působení stresorů od narození až do smrti. Zdroje stresu se v průběhu života mohou měnit, avšak se stresem se setkává člověk po celý život. Proto vyvstává otázka po hlavních zdrojích stresu v průběhu života.

Tato kapitola se obsahově překrývá s kapitolou předchozí; zdůrazníme zde však některé odlišné zdroje a to zejména v souvislosti s vývojem jedince ve společnosti. Zdroje stresu v ní rozdělíme na ty, které se mohou nalézat spíše na straně jedince, a na ty, které spočívají spíše vně – v interpersonálních vztazích, v rodině, v práci, ve společnosti jako celku.

Některé z těchto stresorů mohou být krátkodobé, jiné však mohou působit delší dobu (například pracovní stres, vnitřní konflikty), případně mohou být chronické (nemoc).

2.4.1 Jedinec

Osobnostní charakteristiky

Již jsme zmínili, že k významným zdrojům stresu patří určité **relativně trvanlivé osobnostní charakteristiky**. Například osobnost typu A si způsobí svého chování a prožívání zvyšuje pravděpodobnost setkání se stresem. Naopak některé trvanlivé formy chování (chování typu B) a osobnostní rysy (nezdolnost, optimismus, pocit koherence; viz kapitola 2.7) snižují pravděpodobnost vzniku stresu a snižují negativní důsledky stresujících událostí. V těchto případech je jedním z významných faktorů ovlivňujících účinek stresorů způsob jejich *interpretace*. Ten do určité míry závisí na životních zkušenostech.

Atribuční styl

Atribuční styl se týká navyklého způsobu vysvětlování si nejrozmanitějších událostí. Zmíňme dva atribuční styly, které jsou spojené s reakcí na stresující události.

Prvním z nich je styl, který je spojen s tzv. *naučenou bezmocností*. Naučená bezmocnost se týká situace, kdy se jedinec několikrát *neúspěšně* pokoušel něčeho dosáhnout. Po opakovaném neúspěchu někdy dospěje k závěru, že prostě není v jeho moci něčeho dosáhnout, protože je neschopný a nekompetentní, a to snad úplně ve všem. Tento naučený nepříznivý způsob vysvětlování si svých neúspěchů bývá spojen s negativními důsledky. Autor této teorie Martin Seligman mezi ně řadí deficity ve třech oblastech.

- *Kognitivní*: jedinec se nenaučí reakce, které by mu umožnily vyhnout se negativním důsledkům. Ocítne-li se v situaci, kdy by se mohl přesvědčit o nepřiměřenosti svých atribucí, nezjistí tuto souvislost, neboť ji nečeká a nehledá. Je pasivní. Pokud se mu něco podaří, vysvětluje to spíše náhodou než svými předpoklady. Jedinec si vysvětluje svoje neúspěchy svými vnitřními, stabilními a globálními charakteristikami (například neschopností).
- *Motivační*: jedinec postupně přestane vyvíjet jakékoliv úsilí ke změně svého stavu.
- *Emocionální*: naučená bezmocnost vede k mírné až těžké *depresi*.

Setká-li se jedinec se stresorem, přispívá tento atribuční styl vytvoření očekávání a k chování, které tato očekávání nezřídka potvrzují (jedinec v možnost zvládnutí stresu dopředu nevěří). Následkem jsou silné intenzity stresu, které jsou spojené s pocitem deprese a méněcennosti.

Druhý atribuční styl je obdobný již zmíněnému, s tím rozdílem, že se tyto atribuce týkají někoho druhého. Inklinuje-li jedinec k vysvětlování si chování druhých jejich vnitřními, stabilními a globálními charakteristikami, vede ho to k rigidním očekáváním a zpravidla k problémům v interpersonálních vztazích. Výzkumy například ukazují, že vztahy, ve kterých je alespoň jedním z páru člověk s tímto atribučním stylem, jsou méně stabilní a jedinci jsou v nich méně spokojeni než v ostatních vztazích. Hlavní příčinou je, že tito lidé mají tendenci jakékoli neúspěchy druhých nebo chování, které je frustruje, vysvětlovat nízkou kompetencí a/nebo charakterovými vadami druhých.

Vnitřní konflikty

Mezi významné zdroje stresu na straně jedince patří **vnitřní konflikty**. Mezi hlavní typy konfliktů lze zařadit tyto tři:

Konflikt přiblížení – vyhýbání

Současné působení přitažlivých a odpudivých sil. Například mladý muž je přitahován ženou z vedlejší kanceláře. Tato žena je velmi atraktivní; současně se mu však jeví velmi inteligentní a sebevědomá, což ho znepokojuje. Tyto dvě protikladné síly vykazují zvláštní dynamiku: když je od ní onen mladý muž fyzicky vzdálenější, vstupuje do hry takřka pouze přitažlivost a mizí strach. Čím více se k ní však přiblíží fyzicky, tím silnější účinek mají naopak obavy a strach z neúspěchu; nejednou jsou mnohem silnější než síly, které ho k ní přitahují. A on se

neodvází ji oslovit. Jedinec se musí naučit řešit tyto konflikty (zejména tím, že snižuje přitažlivost cíle a současně se zbavuje strachu, obav, získává sebedůvěru atp.).

Konflikt vyhýbání – vyhýbání

Jde o situaci, v níž jedinec volí mezi dvěma negativními podněty či cíli. Vyhnutí se jednomu z nich znamená nutně konfrontaci s druhým. Dítě se například bojí vylézt na strom, ale současně se bojí i posměchu svých kamarádů. Když se neodvází vyšplhat až do koruny tohoto stromu, ztratí zřejmě respekt ostatních a svoji pozici ve skupině.

Konflikt přiblížení – přiblížení

Nemůže-li se člověk rozhodnout mezi dvěma stejně lákavými alternativami, ocitnul se v tomto typu konfliktu. Pokud si ale nemůže zmíněný mladý muž vybrat mezi dvěma stejně atraktivními partnerkami, nejde patrně o stresující situaci. Zpravidla se stane něco, co ho posune v jednom směru. Po čase může zjistit, že si s jednou z nich rozumí lépe než s tou druhou; tím se zvýší její atraktivita. Anebo si uvědomí, že strach, který měl z první z nich a který snižoval její atraktivitu, byl zbytečný. Stresující ovšem může být strach, že přijde díky své nerozhodnosti o obě. Ale ještě více stresující může být, když díky své nerozhodnosti skutečně o obě přijde. (Ale to je již jiný zdroj stresu.)

Tyto konflikty se ovšem mohou týkat nejrozmanitějších duševních jevů. Dynamicky, zejména psychoanalyticky orientovaní autoři zdůrazňují konflikty nevědomých a vědomých procesů. Jiným zdrojem stresu, který je významný zejména v dospělosti, je **konflikt mezi hodnotami**. Hodnoty můžeme definovat jako koncepce toho, co je *žádoucí*. Jsou od nich odvozeny cíle a prostředky aktivit. Hodnoty jsou přitom *různě důležité*. Nejdůležitější hodnoty, například *spravedlnost, pravda, láska*, mají v lidských životech funkci řídicích principů. Lidé jsou ochotni pro ně někdy obětovat i vlastní životy. Hodnoty jsou spolu navíc v různých vztazích. Někdy se částečně překrývají, doplňují a přecházejí jedna v druhou, jako *konformita a tradice*, kdy je za správné a žádoucí pokládáno přizpůsobení se sociálním a kulturním normám. Jindy se naopak zčásti nebo zcela vylučují, jako je tomu u *tradice a stimulace*, kdy proti sobě stojí neměnnost a životní stabilita versus pestrý, vzrušující život, plný změn. V tomto případě hovoříme o konfliktu hodnot. Pokud jsou tyto konfliktní hodnoty současně těmi důležitými, tj. zaujmají-li prioritní místa v hodnotové hierarchii jedince, může mít tento konflikt negativní účinky na zdraví kvalitu života. Například v jednom výzkumu se ukázalo, že mladí dospělí lidé, kteří kladou do čela svých hierarchií hodnoty, které se v jejich systému vylučují – například láska a sebeurčení – vykazují řadu záporných příznaků. Jsou méně spokojeni se svými životy, méně často prožívají kladné emoce, více kouří, méně sportují, více si stěžují na problémy se spánkem atd. (Hnilica, 2000).

Nemoc

Jedním ze zdrojů stresu je samotná nemoc. Ta často klade na jedince řadu psychických, fyzických a někdy i sociálních požadavků. Jak silným stresorem nemoc je záleží nejen na jejím typu a závažnosti, ale i na věku nemocného. Věk je zde důležitý z více důvodů. Jedním z nich je, že se naše fyzické schopnosti vyrovnat se s nemocí zpravidla v dětství zlepšují a naopak ve stáří zhoršují. Dalším důvodem je, že se samotné hodnocení a interpretace nemoci v průběhu života mění. Nemocné dítě prožívá nemoc především jako součást přítomnosti. Je pro něj důležité především to, jak se cítí, jaké má bolesti, jak nemoc narušuje jeho zájmy. Dospělý člověk vnímá nejen tyto potíže spojené s nemocí, ale i budoucí důsledky. Zvažuje, zda ho nemoc nevyřadí z jeho postavení v práci a ve společnosti, zda vůbec zvládne nadále svoji práci, zda nemoc neuškodí jeho vztahu s partnerem nebo partnerkou, jak jeho nemoc ovlivní život jeho nejbližších atp. Tyto obavy jsou pro něj zdrojem

dalšího stresu. Konečně ve stáří reaguje jedinec na nemoc opět jinak. Má například obavy, aby nebyl na obtíž.

2.4.2 Rodina

Nukleární rodina – rodiče a děti – je zdrojem štěstí, spokojenosti a životního smyslu, ale často také stresu, frustrací a někdy i nemocí. Zde se zaměříme pouze na tři události, které jsou typicky zdrojem stresu v rodině. Jsou jimi narození prvního nebo dalšího dítěte, manželské konflikty a rozvod manželství.

Rodinný přírůstek

Narození dítěte je spojeno zpravidla s radostným očekáváním a štěstím na straně rodičů. Současně je však příchod nového dítěte událostí, která zásadním způsobem mění zavedený způsob života rodičů i dětí. Narození dítěte je ovšem v první řadě stresem pro matku. V noci se málo vyspí, je fyzicky vysílená, úzkostlivě sleduje, zda se dítě dobře vyvíjí. Avšak narození dítěte stresuje i otce a ostatní členy rodiny. Otec může mít obavy, zda rodinu užíví, může mít pocit, že se manželka upnula na dítě a jemu se odcizila. Stejně tak mohou mít mladší sourozenci pocit, že kvůli novorozenci přišli o matku, že si jich všímá méně než dříve atp.

Novorozeneček je navíc zdrojem stresu i sám o sobě. V noci nespí, přes den často křičí a pláče, vyžaduje stálou péči a pozornost. Některé děti vykazují spíše kladnou emocionalitu, jsou spokojené a rychle se u nich vytvoří rytmus dne a noci odpovídající rytmu rodičů. Některé děti však často pláčí, není snadné je utěšit, vykazují spíše negativní emocionalitu, v noci nespí, dlouho mají nepravidelný rytmus bdění a spánku, bojí se cizích lidí, negativně reagují při pokusech přejít na jinou stravu. Jsou zdrojem permanentního stresu.

Konflikty v manželství

Kromě vnitřních, intrapersonálních konfliktů jsou dalším zdrojem stresu i konflikty interpersonální. V manželství je jejich výskyt nevyhnutelný, neboť manželé a ostatní členové rodiny mají odlišné názory na spoustu věcí, odlišné představy, odlišné zájmy, přání, cíle. Všechny tyto konflikty jsou zdrojem stresu. Ne všechny ale jsou závažné a jen některé z nich mají vztah ke zdraví a nemoci. Některé konflikty jsou naopak prospěšné. Vedou například ke zvýšení tolerance ke stresu. Jsou také zdrojem učení pro děti. Děti, které pocházejí z rodin, ve kterých rodiče umí konstruktivně řešit konflikty, mají výhodu. Jsou například oblíbenější ve škole.

Jak však ukazují některé jiné výzkumy, jsou vzrušené diskuse týkající se financí a rozdělení domácích prací častým zdrojem zvýšení krevního tlaku, hladiny kortizolu i ostatních fyziologických ukazatelů stresu. Chronický konflikt může mít závažné chronické důsledky na zdraví (Smith et al., 2009). Fyziologické reakce při konfliktu jsou patrně jedním z faktorů, které přispívají k negativnímu vlivu manželského konfliktu na zdraví. Páry, které mají dlouholeté konflikty, se mohou nakonec rozejít nebo rozvést.

Avšak samotný rozvod je rovněž zdrojem řady stresů. Jeden z partnerů se zpravidla musí odstěhovat, najít si nové bydlení, změnit řadu návyků. Rozvod je často pro obě strany stresem i finančním. Kromě toho je rozvod stresem i pro děti. Rodiče si to uvědomují a o to je pro ně rozvod více stresující. Pro děti může být ztráta rodiče traumatickou zkušeností. Rodiče se proto musí snažit ze všech sil dát dětem najevo, že je stále milují a že ani o jednoho z nich rozvodem nepřišli.

Nemoc a úmrtí v rodině

Mezi závažné zdroje stresu v rodině patří onemocnění dítěte. Zejména chronické onemocnění dítěte vyžaduje od rodičů, aby se adaptovali na specifický a dlouho trvající stres. Péče o dítě si často vynutí to, že rodiče musí odložit nebo zrušit řadu dalších povinností a zřít se svých zájmů. Kromě toho se musí stát „specialisty“ na nemoc svého dítěte a na péči o něj. Některé výzkumy ukazují, že tato situace u rodičů někdy navodí intenzitu stresu, která je srovnatelná s posttraumatickou stresovou poruchou.

Nejvyšší míra stresu je však spojena s úmrtím někoho v rodině. S tímto stresem se členové rodiny vyrovnávají jen obtížně. Někdy se s ním vůbec nevyrovnají.

2.4.3 Společnost

Dalším zdrojem stresu je širší společnost. Rodiče zažívají denně různé stresy v zaměstnání, děti ve škole při vyučování.

Kromě toho jsou důležitým zdrojem stresu i některé faktory na úrovni společnosti. Patří k nim například diskriminace, kriminalita, politické a ekonomické problémy státu, nespravedlnost v rozdělování společenského bohatství atd.

Diverzifikace v rozdělování příjmů a zdraví

Výzkumy vztahu diverzifikace příjmů ve společnosti (například kolikrát bohatších je dvacet procent nejbohatších lidí ve státě než dvacet procent nejméně majetných) a zdraví ukazují, že po dosažení určité úrovně hrubého domácího produktu (zpravidla v přepočtu na jednice, GDP/c) mají na zdraví populace větší vlivy *rozdíly v rozdělení GDP/c uvnitř společnosti než jeho absolutní výše*. Jinými slovy: je-li dosažena materiální úroveň umožňující zdravou stravu, hygienicky nezávadné bydlení, lékařskou péči atp., jsou příčinou rozdílů ve zdraví nikoliv absolutní, ale *relativní* nerovnosti *příjmů*. Tento vztah zůstává po staletí stejný, ačkoliv celkové bohatství společnosti neustále vzrůstá. V nižších sociálních vrstvách je již od 12. století mortalita *tříkrát až čtyřikrát vyšší* než ve vrstvách vyšších. I v bohatých státech se ukazuje, že čím vyšší je diverzifikace příjmů (levicovní autoři ji zpravidla označují jako „nerovnost“), tím kratší je očekávaná střední délka života.

Objasnění těchto jevů je obtížné. Většina autorů však předpokládá, že diverzifikace vede k sociálnímu srovnávání, které je příčinou chronického stresu. Kromě toho patrně dochází u jedinců ke snížení důvěry v instituce i v lidi. Naznačují to data, která ukazují, že v průměru je v zemích s nejnižší diverzifikací příjmů (zejména ve skandinávských státech) nejvyšší úroveň vzájemné důvěry a nejvyšší spokojenost se životem. Data jsou však korelační a umožňují tak řadu dalších interpretací. Nerovnosti v příjmech jsou podle těchto teorií jednou z příčin nižší sociální soudržnosti. Ve společnostech s nižšími rozdíly mají lidé lepší interpersonální vztahy a podílejí se na životě svých komunit a obcí více než ve společnostech více diferencovaných. Pro tento jev se často používá termín *sociální kapitál*.

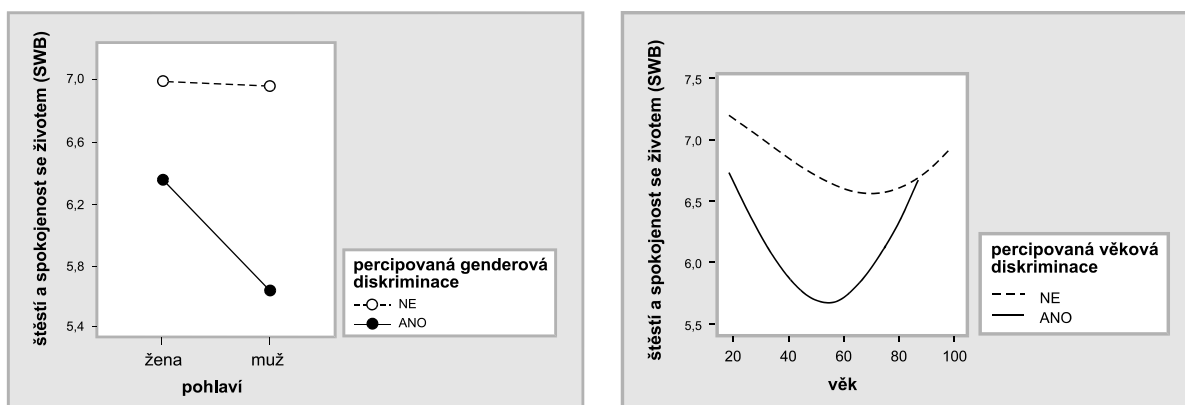
Diskriminace

Dalším zdrojem chronického stresu může být diskriminace. Ta se zpravidla týká různých etnických skupin a ras, ale významná je rovněž diskriminace žen, diskriminace starých lidí, diskriminace cizinců, homosexuálně orientovaných jedinců.

Výsledky výzkumů ukazují, že diskriminace – tj. znevýhodňování jedinců na základě jejich příslušnosti k určité sociální kategorii či skupině – má negativní vlivy na zdraví a na kvalitu života diskriminovaných jedinců. Například Williams se spolupracovníky analyzoval 53 primární studie (Williams et al., 2003). Ve většině z nich byl zjištěn negativní vliv diskriminace na objektivní i subjektivní zdraví a rovněž na různé indikátory kvality života, jako jsou úzkosti, deprese, pocity životního štěstí a spokojenosti atp.

Ačkoli ale lze předpokládat, že má diskriminace zhoubné účinky na kvalitu života příslušníků diskriminovaných kategorií, lze současně předpokládat, že na jedince, kteří *nejsou* příslušníky těchto kategorií, působí *zhoubněji*. Tito jedinci na ni nejsou připraveni, nemohou si ji vysvětlit příslušností k této kategorii, a proto ji spíše připisují sobě, svým osobním charakteristikám, nedostatkům atp. V jedné mezinárodně srovnávací studii se například ukázalo, že

- genderová diskriminace má negativní vliv na kvalitu života diskriminovaných jedinců
- genderová diskriminace má ale zhoubnější účinky na kvalitu života mužů než žen
- věková diskriminace má negativní vliv na kvalitu života diskriminovaných jedinců
- avšak věková diskriminace má zhoubnější účinky na kvalitu života lidí ve středním věku než lidí starých (Hnilica, 2011; viz obrázky).



Graf 11 Účinky diskriminace u mužů a žen a u lidí různého věku (viz text)

Zdroj: Hnilica, K. (2011) *Discrimination and subjective well-being: Protective influences of membership in a discriminated category*. Central European Journal of Public Health, 19, 3-6.

2.5 Psychosociální faktory zmírňující působení stresorů

Mezi psychosociální faktory, které napomáhají ke zmírnění působení stresorů, se řadí jednak interpersonální vztahy, jednak zdroje na úrovni společnosti.

Jak jsme již zmínili, představuje sociální opora typ zdroje, který jedinci umožňuje vyrovnat se s problémem, zejména se stresorem nebo stresem, na interpersonální úrovni. V této části se věnujeme především otázce, jaký vliv má na zdraví a nemoc míra intimity, tedy odkrývání se ve vztahu. Začneme jednou z nevlivnějších teorií vztahů, která přímo definuje úroveň vztahu úrovně intimity.

2.5.1 Zdravé interpersonální vztahy a svěřování se druhým

Irvin Altman a Dolmas Taylor předložili v roce 1973 jako pokus o popis a výklad vývoje interpersonálních vztahů teorii, která předpokládá, že vývoj vztahu je závislý na **míře intimnosti**, tj. na tom, co o sobě druhému řekneme a jak citlivých témat se sdělení týká. Svoji teorii označili názvem *teorie sociální penetrace*. Podle této teorie vývoj vztahu prochází etapami, které do určité míry odpovídají **struktuře osobnosti**. Pro osobnost jsou příznačné různé úrovně či vrstvy, v nichž jsou uloženy informace, které jsou různě osobní či intimní – od vnější vrstvy obsahující povrchní informace po nejhlubší obsahující ty nejintimnější informace. Podle této teorie se vztah vyvíjí **postupným odkrýváním se druhému**.

Interpersonální dimenze osobnosti

Osobnost si podle těchto autorů můžeme představit jako cibuli. Vnější vrstvy jsou měkké a máme-li nůž, snadno do nich pronikneme. Čím více však jdeme do hloubky, tím jsou vrstvy těsněji u sebe a tím jsou tužší, nespada do nich proniká.

Autoři rozlišují tři základní vrstvy:

- veřejné já
- vnitřní já
- nejvnitřnější jádro.

Osobnost sestává z idejí, přesvědčení, citů a emocí vztahujících se k sobě, druhým lidem a ke světu. V její struktuře existují dvě základní dimenze, hloubky a šířky

1) Dimenze hloubky se vztahuje k počtu hlavních tematických oblastí osobnosti. Patří k nim například zaměstnání, politika, náboženství, filosofie, umění, sex rodiče, rodina. Tyto hlavní oblasti či kategorie variují v dimenzi hloubky (centrální—periferní).

- Informace týkající se takových charakteristik jakými jsou například **věk a pohlaví** se nalézají v periferních (povrchových) vrstvách osobnosti, **postoje, názory a hodnoty** jsou ve vrstvách o něco hlubších a v samotném centru osobnosti se nacházejí **obavy, úzkosti a sebepojetí**.

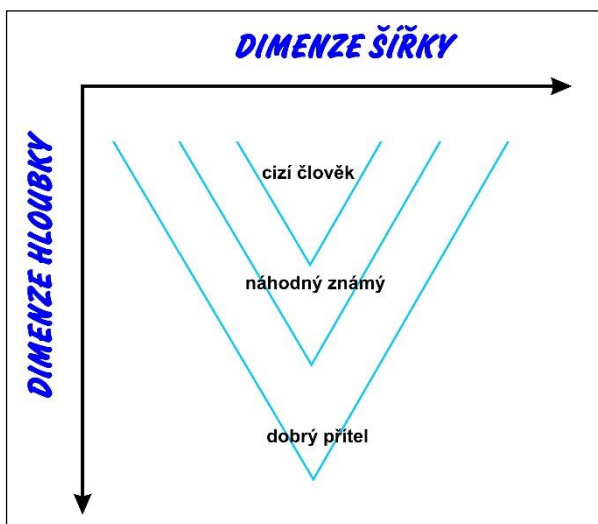
- Hluběji (či centrálněji) lokalizované oblasti **mají větší vliv** na oblasti periferní než je tomu naopak. Jsou rovněž **více propojené** s ostatními atributy osobnosti. Víme-li tak například něco o určitém ústředním aspektu osobnosti, můžeme odvodit řadu periferních osobnostních charakteristik.

- Směrem od periferních k centrálním vrstvám osobnosti variují charakteristiky a informace **od obecných** (běžných a známých) k **jedinečným** a **od dobře viditelných k málo viditelným**. Lze tak snáze pozorovat preference v oblékání a úpravě vlasů než důležité oblasti sebepojetí.

- **Stupeň zranitelnosti** v určité oblasti osobnosti roste s dimenzí hloubky.

- Hlubší vrstvy osobnosti obsahují charakteristiky, které jsou **méně sociálně žádoucí**.

- Hlubší aspekty osobnosti se pravděpodobněji týkají **celkového ega** a sebepojetí než specifických situačních aspektů.



Obrázek 42 Typ vtahu v závislosti na jeho dimenzích

Zdroj: Altman, I., & Taylor, D. (1973) *Social Penetration: The Development of Interpersonal Relationships*. New York: Holt.

2) Dimenze šířky se týká jednotlivých tematických oblastí. Na každé úrovni hloubky (například zcela povrchní) se nalézají řada témat. Já mohu být například milovníkem psů a bavit se s různými lidmi na toto téma různě intenzivně: s někým prohodím jen pár slov při setkání v parku, s někým jiným se o psech mohu bavit hodiny. V obou případech jde o neosobní téma na stejné úrovni hloubky. Já se mohu s někým bavit na povrchní úrovni nejen o psech, ale i o včerejším filmu v televizi či o novinkách ve světě počítačů. To vše opět na stejné úrovni hloubky.

Vývoj vztahu

Podle základní hypotézy této teorie vývoj vztahu znamená pohyb v obou směrech. Různé vztahy jsou definovány tím, jaké místo zaujímají v tomto dvojdimenzionálním prostoru. Autoři uvažují o pěti **úrovních vztahů či sebeodkrývání:**

<p>ÚROVEŇ Č. 5 Náhodný známý: pejskaři, prodavačka, vrátný</p>	<p>Explorace. Komunikace je zde zcela neosobní, snažíme se při ní o „prolomení ledu“. Je vedena na zcela povrchní úrovni, která se netýká identit (osobností, názorů, hodnot atp.) komunikujících. To je dneska počasí! Jak se máte? Vy máte krásného pejska! Zdvořilá konverzace „o ničem“.</p>
<p>ÚROVEŇ Č. 4 Známý od vidění: chodili jsme spolu do ZŠ, známý známého</p>	<p>Kognitivní stádium: fakta. Komunikace, při níž si vyměňujeme informace osobního rázu, které se však týkají pouze faktů a biografických údajů. Presentujeme při ní své „public self“, svoji veřejnou identitu. Do jaké školy teď chodíš? A učil vás také X. Y.? Viděla jsi ten nový film s Waltzem?</p>
<p>ÚROVEŇ Č. 3 Kamarád: spolupracovník, člen stejně party, ...</p>	<p>Kognitivní stádium: názory a postoje. V dalším kroku, když o sobě již leccos víme, hovoříme o různých otázkách a uvědomujeme si, zda jsme si názorově blízcí, zda máme podobné politické postoje, zda máme rádi stejnou hudbu, stejné herce, stejné knihy atp. Již to začíná být více o nás. Ale současně hrozí, že se objeví první rozdíly a neshody, které povedou k tomu, že vztah ukončíme, nebo zakonzervujeme na této úrovni vývoje – nebudeme se spolu prostě na určitá témata bavit.</p>
<p>ÚROVEŇ Č. 2 Dobří přátelé: 2 až 3 lidé</p>	<p>Afektivní stádium: osobní city a vztahy. Pokud vztah prohlubujeme, pokročíme v rozhovorech na úroveň, kdy hovoříme i o tom, koho si v našem prostředí vážíme a koho ne, koho máme rádi a koho neradi – a také proč. Postupně mluvíme i o našich vzájemných citech, ujasňujeme si je, utvrzujeme se v nich vzájemně atp. V této rovině jsme již velmi zranitelní, jde o sdělování informací, které zdaleka nejsou určeny pro každého; pouze pro ty, kterým zcela důvěřujeme.</p>
<p>ÚROVEŇ Č. 1 Nejlepší přítel/kyně, „láska“</p>	<p>Afektivní stádium: extáze a vytržení. Jde o komunikaci na úrovni, kdy druhému říkáme vše. Tato komunikace může nabýt podobu jakýchsi <i>vrcholných okamžiků</i>, může při ní docházet k setkání se druhým i se sebou novými způsoby, které oba proměňují. Patří mezi ně i extatické zážitky. Je ještě o něco vzácnější než otevřenost a odvaha, jež předpokládá.</p>

Tabulka 23 Základní charakteristiky vztahů

Zdroj: Altman, I., & Taylor, D. (1973) *Social Penetration: The Development of Interpersonal Relationships*. New York: Holt.

Svěřování se jako základ zdraví

Tato teorie, která je při zkoumání účinků sociální opory dosud velmi málo používaná, naznačuje, že sociální opora má různé účinky podle toho, na jak intimní úrovni se druzí, kteří nám ji poskytují, nalézají.

Tato teorie a jí inspirované výzkumy však vedly i k jednomu překvapivému zjištění. V některých případech mají tendenci se vzájemně svěřovat s velmi intimními záležitostmi i lidé, u nichž nedošlo k vývoji vztahu v této sekvenci. Týká se to především situací, kdy dopředu očekávají, že vůbec nedojde k vytvoření vztahu. Například se setkají dva zcela neznámí lidé na letišti a ví, že se již nikdy nepotkají. (Určitou obdobou je terapeutický vztah.) Mají tato svěření se neznámým lidem blahodárné účinky na jejich zdraví?

Výsledky výzkumů ukazují, že jedním z důležitých mechanismů působení sociální opory je právě skutečnost, že se mohou druhému svěřit s intimními tématy.

2.5.2 Svěřování se druhým (a sobě)

Traumatická událost a terapie psaním

Jedinci se zpravidla snaží porozumět tomu, proč je postihlo neštěstí, proč neuspěli u důležité zkoušky, proč se s nimi rozešel partner, kterého milovali, proč jim ztrpčuje život diskriminace atp. Ve snaze nalézt smysl těchto situací a porozumět jim se obvykle obrací na druhé. Svěřujeme se v rozhovorech přátelům, blízkým lidem, odborníkům. V některých případech však k této formě hledání smyslu, porozumění a odražení sáhnout nedokážeme. Například tehdy, když jsme oběťmi domácího násilí, zneužívání rodiči, týraní spolužáky atp., nebo když jsme se naopak sami dopustili nějakých přečinů, které nás traumatizují. Ať je již příčinou stud, strach, pocit spoluviny, či pocity hanby a morálního selhání, jedinec nemá tendenci se v těchto případech se svými zkušenostmi svěřovat. Naopak, nezřídka se snaží své skutečné myšlenky a city skrývat, aby se neprozradil. To ho nutí k trvalé sebekontrolě a k inhibování svého spontánního chování. Tuto inhibici vnějšího chování často doprovází i snaha vyhybat se myšlenkám na tato traumata. Jinými slovy – v některých případech se jedinci nemohou svěřit se svými traumaty, což je často spojeno s tendencemi k inhibování jejich účinků na chování, myšlení a emoce.

Výsledky výzkumů navíc ukazují, že skutečnost, že se jedinec nesvěřuje se svými traumaty druhým, může mít negativní důsledky na jeho zdraví. V několika studiích se například ukázalo, že studenti, kteří prošli během dětství traumatickou událostí, jako je například sexuální zneužívání, fyzické zneužívání, rozvod rodičů nebo úmrtí sourozence, s níž se nikdy nikomu nesvěřili, vykazovali v dospělosti více různých zdravotních problémů než jedinci se srovnatelnými zkušenostmi, kteří se svými problémy svěřili svým přátelům (Pennebaker, Hoover, 1986).

Z kognitivní perspektivy může rozhovor o této traumatické události napomáhat tomu, že v ní jedinec najde nějaký smysl, že se mu ji podaří zapracovat. Tento přístup vychází z předpokladu, že tato traumatická událost základním způsobem otřásla systémem názorů a představ, které má jedinec o světě a o sobě. Jak například integrovat svoji dětskou představu získanou z pohádek a vyprávění o „hodném tatínkovi“ se zkušeností, že mne ten můj tatínek týrá? Jak si udržet svoji kladnou představu o sobě po zkušenosti, že jsme někomu ve zlosti ublížili, že jsme se nezachovali poctivě, že jsme někomu způsobili bolest?

Podle psychoanalytické interpretace S. Freuda může v podobných případech dojít k tomu, že se informace o této události vytěsní, přemístí se do nevědomí a ve vědomí zůstane pouze s ní asociovaná emoce, která se projevuje v podobě úzkosti. Terapeutická metoda katarze pak spočívá v tom, že se buď v hypnóze (Breuer), nebo v bdělém stavu (Freud) snaží



terapeut přivést tyto vytěsněné vzpomínky a představy k uvědomění. Odreagování této emoce či afektu může mít za následek odstranění negativního působení této nevědomé „vzpomínky“.

Podle kognitivistické perspektivy J. Pennebaker jsou ve hře tři faktory. Prvním z nich je, že traumatickou událost nelze zařadit do smysluplného kognitivního rámce jedince, nelze jí porozumět., nelze v ní nalézt smysl. Druhým je, že se s ní nelze svěřit, že není nikdo, kdo by jedinci pomohl v hledání tohoto smyslu. Třetím je, že snaha o inhibici těchto myšlenek, projevů a emocí představuje značnou zátěž, kterou lze připodobnit fyzické námaze. Chronické potlačování těchto jevů tak vede k vyčerpání fyzických zdrojů (Selye), což vede k tomu, že se snižuje obranyschopnost a jedinec se stává náchylným k onemocnění různého druhu. Pennebaker tedy používá metaforicky model GAS – organismus bojující s jedním stresem se stává méně odolným vůči působení jiných stresorů. A naopak jedinec, který své trauma s někým rozebírá, ho zpravidla nějakým způsobem zapracuje do svého systému porozumění a nevynakládá nadále tak významné zdroje k boji s tímto stresem.

V jednom z výzkumů rozdělil Pennebaker zdravé studenty do čtyř skupin. Všichni studenti měli za úkol psát čtyři večery po sobě patnáct minut určité eseje. Každý student tak napsal čtyři eseje. V první skupině si měli studenti za úkol vybavit nějakou traumatickou událost ze svého dětství a popsat emoce, jež v nich tato událost navodila. Měli se přitom snažit soustředit výlučně na tyto emoce a jejich popis, tj., neměli se snažit popsat danou událost (*pouze emoce*). Ve druhé skupině měli studenti za úkol rovněž vybavit nějaké traumatické události z dětství, měli však popsat nejen emoci, kterou v nich daná událost navodila, ale rovněž onu traumatickou událost (*emoce a událost*). Ve třetí skupině si měli naopak vybavit nějakou traumatickou událost ze svého dětství a detailně ji popsat, ale vyvarovat se popisu emocí, kterou s nimi měli spojenou (*pouze popis*). Konečně ve čtvrté skupině měli studenti za úkol psát na téma, které jim experimentátor zadal, například popsat místnost, v níž se právě nacházejí (*kontrolní skupina*). Studenti v prvních třech skupinách mohli každý večer psát o jiné události, nebo se mohli rozhodnout psát vícekrát o stejné traumatické události. Psaní esejů vždy probíhalo v experimentální laboratoři. Před zahájením psaní a po jeho ukončení byl zjišťován jejich krevní tlak a studenti vyplnili rovněž dotazník, který se týkal jejich aktuálního psychického a fyzického stavu. Šest měsíců po ukončení tohoto experimentu jim experimentátor zaslal ještě jednou stejný dotazník a – po získání jejich informovaného souhlasu – zjišťoval, kolik nemocí a jaké během uplynulého půl roku prodělali.

Výsledky tohoto šetření ohromily odborný svět. Ve všech třech experimentálních podmínkách došlo v průměru při psaní eseje ke zvýšení krevního tlaku a k prožívání negativních emocí, což ovšem nepřekvapuje. Například jedna studentka uvedla, že pro ni bylo největším životním traumatem, když učila mladšího bratra jezdit na plachetnici a on se při první samostatné plavbě utopil. Jiný student uváděl jako největší životní trauma události kolem rozvodu svých rodičů; otec mu v den, kdy se stěhoval od rodiny, řekl, že je to kvůli němu, že se po jeho narození vše v rodině zhoršilo. Jiní studenti uváděli, jak je traumatizovalo, když se bezděky doslechli, jak se jim někdo posmívá. Oním překvapivým zjištěním bylo, že se studenti, kteří měli po čtyři večery po sobě psát o těchto traumatech a současně se věnovat rozboru emocí, které je provázely, vykazovali po šesti měsících příznivější indikátory objektivního zdraví než studenti, kteří se emocemi zabývat neměli a studenti, kteří psali na odlišná témata (Pennebaker, Braly, 1986).

Autoři toto zjištění vysvětlují tím, že přemýšlení nad traumatizující událostí a „svěření“ těchto vzpomínek nepopsanému listu papíru vedlo k disinhibici a tím k uvolnění zdrojů pro boj s dalšími stresory. V další studii se Pennebaker, Kielcolt-Glaserová a Glaser (1989) věnovali otázce zprostředkujících mechanismů. Pokud platí hypotéza o tom, že pozitivní účinky svěřování se spočívají v uvolnění zdrojů pro boj s jinými stresory, a pokud by se ukázalo, že

těmito stresory jsou příčiny různých drobných nemocí, pak by mělo po svěřování se dojít ke zlepšení imunitního systému jedince. Autoři se zaměřili na reakce organismu na některé škodliviny. Měřen byl počet lymfocytů v krvi.

V tomto šetření byli studenti rozděleni do dvou skupin. V první z nich čtyři dny po sobě psali dvacetiminutový esej, který se týkal traumatické události. Ve druhé skupině psali esej, který se týkal nějaké banální neosobní události. Od každého studenta byl vždy před začátkem a po ukončení psaní eseje a pak ještě jednou po šesti týdnech získáván vzorek krve. Výsledky ukazují, že u první skupiny došlo po šesti týdnech k signifikantnímu zlepšení imunologické reakce na biologické stresory.

V jiné studii byla testována hypotéza, podle níž je příčinou zhoršení této imunologické reakce inhibice myšlení o traumatu. V této studii byli studenti náhodně přiřazeni do jedné ze dvou skupin. V každé z nich psali tři dny po sobě patnáctiminutový esej. V první skupině měli psát esej o traumatické události, o níž pokud možno ještě nikdy s nikým nemluvili. Ve druhé skupině měli psát o nějaké banální události. Měli se přitom soustředit na fakta, nikoli na své emoce. V každé skupině byli studenti dále náhodně rozděleni do dvou podskupin. V jedné z nich se měli dalších pět minut po dopsání eseje snažit nemyslet na to, o čem právě psali a soustředit se na něco jiného, ve druhé se naopak měli ještě dalších pět minut po ukončení psaní eseje snažit přemýšlet nad tím, o čem psali.

Výsledky ukazují, že psaní o traumatu mělo i zde příznivý imunologický účinek (měřený zvýšeným počtem T-lymfocytů). Kromě toho se – v souladu s hypotézou – ukázalo, že potlačování myšlenek vede ke snížení počtu některých lymfocytů a tedy k negativním účinkům na zdraví (Petrie, Sooth, Pennebaker, 1998).

2.6 Zvládání a redukce stresu

2.6.1 Funkce a techniky zvládání stresu

Vyrovňování se se stresem, boj s ním či jeho zvládání (coping) spočívá ve vynaložení úsilí, které směřuje k odstranění stresorů nebo jejich psychologických a somatických důsledků.

Jde o dynamický proces interakce jedince s prostředím. Jeho výsledek závisí na zdrojích a charakteristikách, jimiž jedinec disponuje, a na povaze stresoru. Je-li například touto stresující událostí krátkodobé onemocnění dítěte, musí rodič na čas změnit svoji dosavadní rutinu, přerušit zaměstnání, na čas odložit své zájmy a postarat se o dítě. Jde o problém, který vyžaduje především *praktické* kroky. Rodič si ale současně může dělat starosti s tím, zda nejde o něco vážnějšího, zda by nebylo dobré zajistit dítěti lepší vyšetření a lepší péči, zda není onemocnění důsledkem nějakého vlastního zanedbání atp. Tyto doprovodné obavy, vnucující se myšlenky a negativní emoce jsou dodatečným zdrojem stresu. Jedinec se musí věnovat i této stránce stresové reakce, tedy boji s *emocemi*, vtíravými myšlenkami, obavami a úzkostmi.

V průběhu posledních let bylo předloženo několik teoretických přístupů týkajících se koncepce stresu a jeho zvládání. V tomto textu se budeme věnovat třem hlavním.

Transakční teorie

Podle teorie R. Lazaruse jsou jak způsob boje se stresorem, tak i zvládání vlastní stresové reakce závislé na tom, jak jedinec danou situaci interpretuje a jaké zdroje sám sobě připisuje. V první řadě musí jedinec dospět k názoru na to, o jak závažný stresor vlastně jde. Je dítě nemocné vážně, nebo má pouze nějakou nepříliš vážnou nemoc? Dále musí dospět k názoru na to, zda je zvládnutí této situace v jeho moci, zda má dostatečné zdroje k jejímu vyřešení, zda ji má pod kontrolou. Pokud situaci správně vyhodnotí a přispěje svým chováním k jejímu

vyřešení a zvládnutí, odnáší si z ní následně odlišnou zkušenost než ten, kdo ji nezvládnul. Na základě svých zkušeností si pak vytváří nová očekávání a nové strategie týkající se výskytu podobného stresoru. Ví například již dopředu, že to zvládne, že se ale může vystříhat některých kroků, které byly neefektivní, a naopak udělat něco jiného, co bude efektivnější. Jinými slovy, získává zkušenosti, učí se. Díky tomu nebude již příště prožívat takovou intenzitu stresu.

Jedinci tedy užívají podle této teorie ke zvládnutí stresu dvě základní kategorie strategií:

- orientaci na **problém**, na praktické jednání směřující k odstranění stresoru
- orientaci na vlastní **emoce** a **emocionální** problémy, na obavy, úzkosti, vtíravé myšlenky.

Teorie kognitivního zpracování stresu

Podle této teorie, mezi jejíž klíčové představitele patří například James Pennebaker, je vliv stresu zprostředkovan především tím, že dochází k ohrožení některých klíčových představ, předpokladů a kognitivních schémat týkajících se sebe sama a světa. Například ztráta zaměstnání může vést k zásadnímu otřesení důvěry ve vlastní schopnosti. Diagnóza vážné nemoci může otrást pevnou vírou jedince v to, že „jemu“ se to nemůže stát. Chronická rasová nebo genderová diskriminace může vést k otřesení víry ve spravedlivý sociální svět.

Kognitivní zpracování stresu spočívá v použití řady rozmanitých kognitivních strategií, které napomáhají různým cílům. Vždy však jde o to, že se jedinec snaží novou zkušenost nějakým způsobem integrovat se svými minulými koncepty sebe a světa, porozumět této události, pokládat ji za smysluplnou a dospět do stavu jejího přijetí.

1) *Asimilace*. Někdy jejich použití směřuje k tomu, že se jedinec snaží zasadit novou událost do starého kognitivního rámce. I když pro něj může být ztráta zaměstnání bolestná, najde si jiné, podobné zaměstnání, ve kterém uplatní své dovednosti a kompetence a svůj „neúspěch“ v předchozím zaměstnání si vysvětlí nepřízní osudu, chybami vedení atp. Nebo si vysvětlí svoji nemoc dřívějším špatným životním stylem a začne tento styl cílevědomě měnit k lepšímu.

2) *Akomodace*. Jindy použití těchto strategií vede k zásadní proměně dosavadního života a způsobu sebepojetí jedince. Paralelně pak dochází k hluboké vnitřní proměně a ke změně způsobu života. Zde však neexistují žádná jednoduchá řešení; je na každém jedinci, aby porozuměl specifickému charakteru této životní „výzvy“ a aby se rozhodl, kterým novým směrem vykročí. Jedinec, kterému zemřelo dítě na určitý typ dosud nevléčitelné nemoci, může nalézt další smysl svého života v podpoře výzkumu této nemoci a její léčby. Mladá žena, jíž zemřel muž ve válečném konfliktu, se může stát celoživotní bojovnicí za mír.

3) Jiným mechanismem, který napomáhá k vyrovnání se se stresem, je *sociální srovnávání*. Zdá se, že má příznivé účinky především srovnávání se s někým, kdo je na tom ještě hůře („downward comparison“). Vlastní situace se tak dostane do perspektivy, vlastní stresor přestane představovat takovou hrozbu a jedinec získává pocit, že když se druzí dokáží vypořádat s mnohem horšími situacemi, dokáže se on vypořádat se svojí také.

Teorie stylu zvládnání stresu

Ačkoli většina teoretiků dnes vychází z některé verze transakčního modelu, které kladou důraz na to, že stres je důsledkem integrace osobnosti a situace, zejména pak interpretace situace a vlastních předpokladů, existují i teorie, které jsou založeny na předpokladu, že je způsob vyrovnávání se stresem *individuální konstantou*. Podle těchto teorií existují určité osobnostní rysy či dispozice, které vedou k tomu, že někteří jedinci používají stabilně určitý styl vyrovnávání se se stresory, že jsou v tomto chování konsistentní přes různé situace, které obsahují stresory, a že se v tomto rysu lidé různí. Pro tyto rysy jsou používány různé

názvy, často se setkáme s označením „coping style“; rozumí se jím stabilní osobnostní styl zvládnání stresu. Zde uvedeme tři takové styly: monitorování, popření a senzitivizaci.

Monitorování. Lidé se například stabilně liší v tom, jakou věnují pozornost potenciálním stresorům. Někteří jedinci neustále aktivně vyhledávají informace o případných hrozbách a mají sklon velikost hrozby zveličovat. Jiní lidé naopak nevěnují stejným informacím příliš pozornosti a mají sklon jejich význam zlehčovat.

Popření. Někteří jedinci inklinují k tomu, čemu se v psychoanalýze říká *popření*. Vyhýbají se informacím o případných stresorech, nemyslí na ně, chovají se, jako by nebyly. V pozadí je patrně popření hrozby, zbavování se úzkosti, již tato hrozba navodí. Ženy s tímto stylem vyrovnávání se se stresory se například vyhýbají myšlenkám na rakovinu prsu, nechou žádné osvětové práce, nechodí pravidelně na mamograf.

Senzitivizace (intelektualizace). Jiní jedinci naopak inklinují k tomu, vyhledávat informace o stresorech, přemýšlet nad nimi, zabývat se jimi a racionálně je zpracovat. Současně je se jim dař separovat emocionální složky od kognitivních, takže situaci neprožívají jako stresovou, ale jako čistě logické a praktické řešení problémů a úkolů.

2.6.2 Redukce stresu

Množství empirických studií stresu se pak věnuje otázkám

- Jaké konkrétní strategie ke zvládnání stresorů lidé používají?
- Jaké strategie regulace svých emocí a stresových reakcí používají?

Vyčerpávající odpověď na tuto otázku by nás vedla k presentování více než 400 různých strategií, které výzkumníci v průběhu posledních let identifikovali. Ani pokusy o vytvoření kategorií těchto strategií není lehkým úkolem.

Výzkumníci proto vytvářejí nástroje, které zahrnují některé hlavní kategorie těchto strategií, a snaží zjistit, zda existují vztahy mezi těmito kategoriemi strategií a stresory, zdravím či nemocí.

Mezi tyto laicky používané strategie zvládnání a redukce stresu patří například

- logická analýza problému
- vyhledávání informací
- plánovitě postupné řešení problému
- přímá akce
- vyhledávání pomoci u druhých
- humor
- odvracení pozornosti
- tělesná cvičení
- užívání návykových látek
- popření.

Metodologické problémy

Tyto dotazníky jsou zpravidla zařazené do dvou typů výzkumu. První z nich je založen na **retrospekci**. Respondent si má například vzpomenout, jak často v posledních dvou týdnech použil některou z uvedených strategií, nebo si má vybavit pokud možno všechny stresující události za poslední dva týdny a uvést způsoby, jimiž tyto situace řešil. Zdá se však, že respondenti si často nepamatují přesně, jaké stresory je potkaly a patrně ani své reakce. Ve svých popisech se pak opírají spíše o nějaké schéma dané události než o skutečnost.

Jiným, validnějším způsobem zjišťování těchto informací je **pořizování denních záznamů**. Respondent například vyplňuje po dobu jednoho měsíce každý den dotazník, ve kterém

uvádí stresory, s nimiž se toho dne setkal, a způsob vyrovnávání se s nimi. Ani toto měření však není bez problémů; hovoří se o *proaktivním účinku* (nebo o reaktivních účincích měření). Respondent, který je si vědom, že bude večer tento dotazník vyplňovat, se možná vyhýbá některým situacím a reaguje na jiné jinak, než by tomu bylo, kdyby nebyl ve výzkumu.

Laické strategie zvládnání stresu

Použití různých metod vede ke zjištění několika kategorií strategií zvládnání stresu, které se vyskytují poměrně často. Patří mezi ně především těchto pět:

Adaptace. Jde o snahu o zvládnutí stresoru, o jeho odstranění, o prevenci atp. Mladá žena se snaží snížit hrozbu rakovinného onemocnění prsu tím, že chodí na pravidelné prohlídky. Rodič se snaží odstranit nemoc dítěte vhodnou léčbou. Dítě se snaží předejít problémům s rodiči tím, že je konformní vůči jejich požadavkům a učí se do školy. Dospělý jedinec se často snaží zvládnout různé povinnosti postupně v čase tak, aby nároky vyplývající z žádné z nich nepřekročily zvládnutelnou úroveň.

Akomodace. V některých případech není v moci jedince stresor odstranit. Musí si pak poradit se svojí stresovou reakcí. Například jedinec trpící chronickými bolestmi se musí naučit své bolesti snášet a žít s nimi, jak nejlépe dovede. Podobně tomu i lidé s různými handicap, ať již fyzickými, psychickými, morálními nebo sociálními. Například některé ženy se odmítají smířit s nerovnostmi mezi pohlavími a bojují za sociální změnu (adaptace); jiné se přizpůsobí a najdou si v dané situaci pro sebe nejlepší modus vivendi (akomodace).

Nalézání smyslu. Někdy se jedinec snaží nalézt ve stresující situaci určitou výzvu nebo určitý smysl. Stresující událost může dát jeho životu novou hodnotu, jedinec si ho začne více vážit, raduje se z každého měsíce či roku, který od života získal „navíc“ atp. Jindy tato situace nastartuje nový směr jeho života. Například při ztrátě někoho blízkého se začne angažovat v nalezení léku proti nemoci, na niž zemřel; bojovat proti válce, v níž byl zabit; stane se členem spolku lidí, jež postihlo stejné neštěstí atp. Na úrovni sociálních a politických stresorů se stane aktivním ochráncem práv a svobod menšin, bojovníkem proti totalitě, nepřítelem **sexismu, rasismu, homofóbie atp.**

Reflexe a exprese emocí. Při tomto přístupu se jedinec zaměřuje na své emoce a prožitky. Mezi tyto strategie patří například to, že si jedinec udělá pravidelně čas na to, aby si uvědomoval, co vlastně prožívá, analyzuje své pocity a snaží se jim porozumět. Manželka se snaží například porozumět tomu, proč a jakou zvláštní směs pocitů v ní vyvolala vážná nemoc jejího manžela. Nebo tomu, proč ji tak strašně irituje skutečnost, že on má nižší příjmy než ona. Kromě toho je součástí této strategie i vyjádření těchto emocí. Smíchem, pláčem, projevy náklonnosti nebo odmítání atp.

Reflexe a exprese kladných emocí. Zvláštním případem předchozí strategie je strategie, která spočívá v užívání kladných emocí ke zmírnění účinku stresu. Například při ošetřování vážně nemocného partnera si může jedinec uvědomit, že i přes nepřízeň osudu je poutá hluboká láska a náklonnost, kterou nemoc ani případný odchod druhého neohroží.

5.

Různé strategie přitom mohou mít různé účinky. V jedné studii se například ukázalo, že ženy, které prodělaly karcinom prsu a používají spontánně strategii exprese emocí, vykazují po třech měsících lepší zdravotní výsledky a nižší úroveň stresu než ženy, které se zaměřují na kognitivní reflexi svých emocí. Tato strategie byla spojená se vtíravými představami a myšlenkami na smrt, které intenzitu jejich stresu nesnižovaly, ale naopak zvyšovaly.

2.6.3 Behaviorální a kognitivní terapie

Existuje ovšem i řada strategií, které jsou ověřeny systematickým zkoumáním a které se staly součástí profesionální pomoci (terapie, poradenství).

Behaviorální terapie a sebeřízení (autoregulace)

V části věnované základním formám psychoterapeutické intervence jsme se věnovali zevrubně některým základním formám behaviorální terapie. Zde se zaměříme ještě na jednu z nich, která spočívá v autoregulaci, tj. v přechodu od působení terapeuta nebo nějaké jiné osoby k vlastnímu stanovení cílů, kontroly jejich dodržování a případně i v odměňování sebe samých za jejich dosahování a dodržování pravidel.

Sebeřízení (autoregulace, self-direction) v zásadě sestává ze tří či čtyř procesů:

- *Monitorování* vlastního chování a prožívání. Jedinec se snaží zjistit, v jakých situacích u něj dochází k určitým nežádoucím formám *chování* nebo *prožitků*. Například jedinec se syndromem chování typu A sleduje, kdy je netrpělivý, kdy skáče druhým do řeči, kdy má hostilní myšlenky atp.

- *Instruování* sebe sama spočívá v generování alternativních způsobů zvládnutí situace. Například jedinec s chováním typu A se záměrně snaží sestavit inventář chování, které vykazují jedinci se syndromem chování typu B. Snaží se od nich odpozorovat konkrétní projevy trpělivosti, uvolnění, kooperací atp. v reálných situacích.

- *Posuzování sebe sama* spočívá v posuzování svého chování s danými standardy: Chová se jedinec v situaci, v níž se dříve rozčiloval (například ve frontě), klidně? Neskáče druhým do řeči? Udělá si každý den čas na své bližní?

- *Sebezpevňování* má dvě základní podoby. Pokud jedinec dosáhl kritéria, které si sám vytyčil, může následovat určitá *odměna* – ať již v podobě kladného sebehodnocení (jedinec se pochválí), nebo v podobě nějakých hmatatelnějších důsledků. Koupí si například knížku, dá si dobré jídlo, nebo naopak ukončí nějakou nepříjemnou aktivitu, již si uložil jako trest (úplná abstinence, nedívání se na televizi, denní venčení psa). Pokud jedinec nedostojí kritériím, může se naopak *potrestat* – má výčitky svědomí, nekoupí si knihu, naordinuje si abstinenci.

Tato forma behaviorální auto-terapie vyžaduje často silnou vůli a důležité a dosažitelné cíle. Zahrnutím kognitivních prvků se pak zčásti podobá i terapii kognitivně-behaviorální.

Kognitivně-behaviorální terapie

Původně behaviorální terapeuti (stejně tak jako teoretici) kladli důraz především na změnu vnějšího pozorovatelného chování; vnitřní procesy, zejména kognitivní, do značné míry ignorovali. V poslední době však začali i tito terapeuti – v návaznost na práce některých teoretiků sociálního učení, například Rottera, Bandury a Mischela – věnovat pozornost procesům myšlení, interpretace událostí, očekávání, přesvědčení atp. Tedy procesům, které *zprostředkovávají* změny chování.

Kognitivně-behaviorální terapie je obecný pojem pro léčebné metody, které používají k navození změny *chování* behaviorální techniky, ale zahrnují také postupy určené ke změně maladaptivních *kognicí*. Terapeut se snaží lidem pomoci ovládat negativní emoční reakce, jako jsou strach a deprese, tím, že je učí účinnějším způsobům interpretace a uvažování o svých zkušenostech. Mezi hlavní představitele této terapie, označované zkratkou KBT, patří zejména J. Wolpe, H.J. Eysenck, D. Meichenbaum aj.

Například depresivní jedinci mají tendenci hodnotit události z negativního a sebekritického hlediska (Beck, 1976). Očekávají spíše selhání než úspěch a při hodnocení svého výkonu mají sklon zveličovat selhání a minimalizovat úspěchy. *Při léčbě se terapeut snaží klientovi*

pomoci rozpoznat deformace v jeho myšlení a navodit změny, které jsou ve větší shodě s realitou. Změny v přesvědčení jsou spojovány s nácvikem požadovaných forem chování.

Program zaměřený na překonání agorafobie by mohl zahrnovat nácvik pozitivního myšlení spolu s expozicí (výlety s doprovodem terapeuta do stále vzdálenějších míst). Terapeut učí klienta nahradit negativní vnitřní dialogy („Jsem tak nervózní, že jak vyjdu ze dveří, určitě omdlím“) pozitivními autoinstrukcemi („Klid, nejsem sám, i kdyby mě přepadla úzkost, zvládnou ji“).

Kognitivně-behaviorální terapeuti souhlasí s tím, že je důležité změnit přesvědčení jedince, aby bylo možno navodit trvalou změnu v chování. Nicméně většina z nich tvrdí, že při ovlivňování kognitivních procesů jsou behaviorální postupy účinnější než pouze verbální postupy.

Bojí-li se tedy například jedinec vystupovat na veřejnosti, je terapeutem veden jednak k tomu, aby si více věřil a méně se v duchu zabýval obavami z možného neúspěchu, současně je však veden k tomu, aby se v souladu s těmito novými poznatky choval, tj. vystupoval na veřejnosti. Na základě těchto zkušeností může nabýt pocit „self-efficacy“, tj. důvěry v sebe. Neboť nejvýraznější změny v kognicích vznikají v důsledku vlastních zkušeností (úspěchů a neúspěchů), tj. vlastního chování. Například k překonání trémy před třídou je dobré myslet pozitivně: „Látku ovládám dobře a vím, že své myšlenky podám působivým způsobem“, „Téma je zajímavé a ostatním se bude líbit můj způsob podání.“ Avšak úspěšné vystoupení před spolubydělci na koleji a pak před skupinou přátel bude pravděpodobně při odstraňování trémy účinnější. Úspěch zvyšuje sebevědomí (self-efficacy).

Pro ilustraci uveďme program sloužící ke zvládnání deprese, který vyvinul Lewinsohn se svými spolupracovníky (viz například Lewinsohn et al., 1990):

Jak změnit vlastní chování (monitorování)
Přesně vymezte chování, které chcete změnit, a zaznamenávejte jeho výskyt. Zjistěte, které situace nebo události tomuto chování předcházejí a které po něm následují. Stanovte si změnu, jíž chcete dosáhnout, a zvolte prostředky posilování.
Relaxační trénink
Naučte se progresivní svalovou relaxaci ke zvládnání úzkosti, která často doprovází depresi. V každodenních situacích pozorujte napětí a používejte relaxační techniky.
Zvyšte výskyt příjemných událostí ve vašem životě
Sledujte četnost příjemných činností a na každý den si udělejte plán, aby každý den obsahoval negativní či neutrální a příjemné události ve vyrovnaném množství.
Kognitivní strategie
Naučte se metody, jak zvyšovat počty pozitivních a snižovat počty negativních myšlenek. Metody, jak identifikovat iracionální myšlenky a jak je měnit. Metody, jak ke zvládnání problémových situací používat autoinstrukce.
Nácvik asertivity
Identifikujte takové situace, v nichž vaše neasertivní chování vede k pocitům deprese. Naučte se zvládat sociální interakce asertivněji prostřednictvím modelování a hraní rolí.
Zvyšte počet sociálních interakcí
Zjistěte, které faktory přispívají k tomu, že se málo setkáváte s lidmi (například zvyk dělat všechno sám, nepříjemné pocity, plynoucí z nízké úrovně sociálních dovedností). Rozhodněte se pro činnosti, jejichž počet je třeba zvýšit (například zavolat přátelům a

navrhnout jim setkání) nebo naopak snížit (sledování televize) ve snaze zlepšit úroveň příjemných sociálních interakcí.

Tabulka 24 Kognitivně behaviorální program terapie deprese

Zdroj: Lewinsohn, P. M., Clarke, G. N., Hops, H., & Andrews, J. (1990). *Cognitive-behavioral treatment for depressed adolescents. Behavior Therapy, 21, 385-401.*

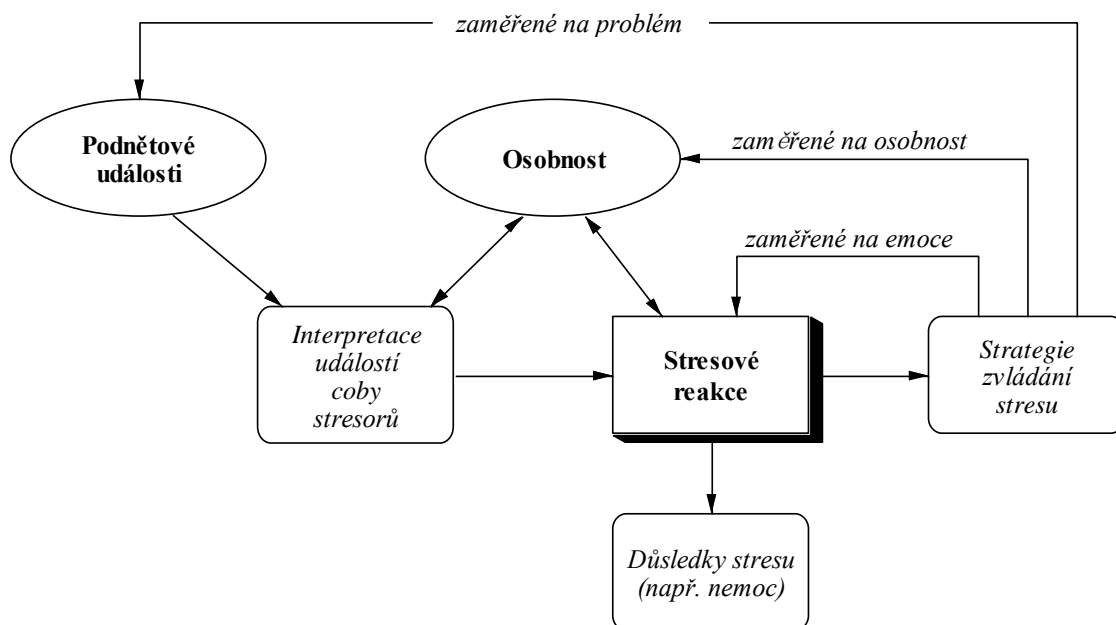
2.7 Osobnost a stres

2.7.1 Transakční teorie stresu

Model obecného adaptačního syndromu (GAS) se věnuje především fyziologickým procesům, jimiž organismus reaguje na stresory (stresové reakce), model životních změn naopak zkoumá vnější události, jež mají za důsledek stres (stresory). Žádný z těchto modelů však nepracuje se subjektivní interpretací těchto životních změn či událostí jedincem, ani s individuálními rozdíly v reagování na stejné stresory.

Řada teoretiků stresu zdůrazňuje, že působení stresorů není přímé, ale že závisí na jejich zpracování jednotlivými lidmi. Jak praví jedno rčení: „Tentýž oheň způsobí, že vajíčko ztvdne a máslo změkne.“ Každý reagujeme na stresor poněkud odlišně. Proto se psychologové snaží odhalit mimo jiné i hlavní dimenze osobnosti, které souvisejí se stresovou reakcí. Zde se budeme věnovat třem z nich: tzv. osobní nezdolnosti, pocitu vnitřní soudržnosti a optimismu.

Jádro transakčního přístupu znázorňuje obrázek. Osobnost ovlivňuje jak reakce na stresor (například osobnost typu A vykazuje nežířka silnější fyziologické reakce), tak i interpretaci těchto událostí. Kromě toho samotné strategie zvládnání stresu mohou směřovat nejen k vyřešení problému a k redukci stresu, ale i ke změně osobnosti.



Obrázek 43 Jádro transakčních přístupů ke studiu stresu

Zdroj: Autor

2.7.2 Osobní nezdolnost

Koncept osobní nezdolnosti (hardiness) má inspiraci v existenciální filosofii. I zde jde o to *dát vlastní existenci jedinečný smysl v procesu neustálého rozhodování a voleb v aktivním jednání a v konfrontaci s novými možnostmi a výzvami.*

Tento pojem byl zaveden Suzanne Kobasovou (1979) a Salvatorem Maddim (Kobasa, Maddi 1981). Tito autoři kritizují myšlenku, že by se lidé měli vyhýbat – v zájmu svého zdraví – stresujícím událostem. Tato rada se jim zdá špatná přinejmenším ze dvou důvodů:

- I kdyby šlo o “dobrou” radu, nelze jí dostát: Moderní život je nevyhnutelně plný stresů, jimž jedinec nemá možnost se vyhnout (nemoci, potopy, války, stereotypy atd.).
- Ono však nejde o dobrou radu: Alespoň ne vždy. Vyhýbáním se stresorům se člověk občas současně vyhýbá i příležitostem k růstu a ke zlepšení svého života a světa kolem něj.

Struktura nezdolné osobnosti

Jde o teoretický konstrukt definující specifickou **osobnostní strukturu**. V této struktuře jsou integrovány tři související dimenze, jimiž jsou

- **kontrola** (control, CON)
- angažovanost / věrnost (commitment, COM) a
- postoje k životním výzvám (challenge, CHE).

Nezdolní lidé zpracovávají stresové situace způsobem, který je proměňuje spíše v zážitky vývoje než ve zkušenost porážky, bezmocnosti a zhouby.

Autoři vyvinuli dotazník, který měří tyto tři dimenze. Níže jsou uvedeny některé z hlavních charakteristik těchto dimenzí.

1. Lidé se silným **pocitem kontroly** (CON) jsou přesvědčeni, že svým úsilím mohou změnit průběh událostí (opakem je pasivní nahlížení na sebe jako na oběť okolností). Podle této teorie tito jedinci mají

a) pocit kontroly nad svými volbami (decisional control), tedy pociti možnosti autonomně se rozhodovat pro alternativy, které vedou k vyrovnání se stresory

b) kognitivní kontrolu již autoři chápou jako schopnost interpretovat a hodnotit stresující události a včlenit je do svých životních plánů a tím je zbavit jejich negativních efektů;

c) adjustační dovednosti či širší repertoár reakcí vodných k vypořádání se se stresující situací; ty jsou dány charakteristickou motivací, jíž je snaha pozitivně řešit a uspět při řešení každé situace.

2. Lidé **angažovaní** (oddaní; COM) se spoléhají na své schopnosti změnit vše, co prožívají, v něco, co se jim zdá zajímavé a důležité. Jsou do všeho vtaženi, “zaangažováni”. Opakem je odcizenost, alienace od všeho. Jako hlavní oblasti angažovanosti uvádí Kobasová práci, sociální instituce, rodinu, interpersonální vztahy a sebe sama. Zdůrazňuje také oddanost a věrnost sobě samému: tito lidé mají schopnost rozpoznat své jedinečné schopnosti a mají jasné cíle a hodnoty, jež dávají jejich životům strukturu a směr.

3. **Postoj k životním výzvám**. Lidé s vysokými hodnotami v této dimenzi (challenge, CHE) věří, že změna, nikoliv stabilita, je normální a že osobního naplnění a růstu lze dosáhnout pouze v neustálém nabývání osobní moudrosti a učení se ze zkušeností (opakem je konformita, bezpečí, rutina). Tito lidé interpretují životní změny spíše jako výzvy než jako hrozby pro své bezpečí. Jsou orientováni na aktivní poznávání svého prostředí a díky tomu jsou i lépe připraveni na setkání se s novými či neznámými jevy. Změny interpretují spíše kladně, jako příležitosti, které mohou znamenat výhodu, než negativně.

Společně se tyto tři dimenze podílejí na **pozitivním** a **nepoddajném** (resilientním) přístupu k řešení životních problémů.

Nezdolnost a zdraví

Kobasová (1979) realizovala výzkum, jehož se zúčastnilo 200 z celkového počtu 837 členů managementu na střední a vyšší úrovni vedení jistého velkého podniku. 100 z nich bylo charakterizováno nadprůměrnou úrovní stresujících událostí (měřeno SRRS) vzhledem k průměru v celém souboru 837 členů a současně nadprůměrným výskytem zdravotních problémů, druhá polovina byla charakterizována rovněž nadprůměrnou úrovní stresujících událostí, avšak podprůměrným výskytem zdravotních problémů. Kobasová zjistila, že se tyto dvě skupiny od sebe liší ve všech třech výše uvedených dimenzích nezdolnosti.

Již od tohoto prvního výzkumu se však nepodařilo jasně odpovědět na otázku, zda

- mezi stresory a reakcí platí lineární vztah, tedy čím vyšší nezdolnost, tím lepší adaptace
- nebo jsou nezdolní lidé rezistentnější vůči působení stresorů (ale o lidech s nízkou nezdolností nevíme nic), tj. vysoká míra nezdolnosti má tlumivý efekt na stres
- nebo jsou lidé s nízkou nezdolností špatně psychologicky adaptovaní (ale o lidech s vysokou mírou nezdolnosti nevíme nic), tj. nízká míra nezdolnosti má negativní efekt na stres.

2.7.3 Pocit koherence

Dimenze zdraví – nemoc

Autor této teorie Aaron Antonovsky vychází z předpokladu, že každý lidský systém je nedokonalý a že podléhá nevyhnutelně procesům směřujícím ke smrti. Vždy se tedy nachází někde mezi dvěma ideálními póly **kontinua** “**zdraví — nemoc**” (health “ease — dis-ease”). Klíčovou otázkou pak není vyhýbání se *patogenním faktorům*, ale identifikace a posilování faktorů, které by posilovaly zdraví, tj. **salutogenních faktorů**. Antonovsky proto hovoří o podpoře či „promoci“ zdraví (*health promotion*), nikoliv o prevenci nemocí. Jaké faktory vedou k pohybu ve směru pólu zdraví? Antonovského koncept zdraví je **holistický**. Nezaměřuje se na *nemoc* jedině, ale na celého jedince v jeho historickém, sociálním a kulturním kontextu.

Co je to pocit koherence?

Podle Antonovského (1987) se od sebe lidé, kteří jsou na této dimenzi blíže k pólu zdraví, liší od těch, kteří jsou od něj dále, v tzv. **pocitu soudržnosti** (sense of coherence). V důsledku opakovaných životních zkušeností dospěli k pocitu, že svět má (či jim dává) smysl, a to kognitivně, motivačně i behaviorálně. V principu jde o zobecněnou tendenci chápat svět jako **srozumitelný** (comprehensibility – CO), **zvládnutelný** (manageability – MA) a **smysluplný** (meaningfulness – ME). Člověk se může na každé z těchto dimenzí nalézat v různém bodě. Jedinec se silným pocitem koherence dosahuje ve všech třech vysokých hodnot.

Věnujme se jednotlivým dimenzím tohoto konstruktů.

Srozumitelnost

Tato dimenze se týká **kognitivní stránky**, tedy vidění a chápání stavu světa, a to jak fyzikálního, tak sociálního. Je to základní dimenze. Vyjadřuje míru, v níž daný člověk chápe podněty, s nimiž se v životě setkává, jako smysluplné. Informace, které tyto podněty obsahují, jsou pro něj strukturované, jasné, uspořádané a konsistentní a ne náhodné, chaotické, neuspořádané, nevysvětlitelné atp.

Kladný pól: Daná osoba vidí nejen určitý výsek, ale celkový obraz světa a své místo v něm, i místo různých detailů v tomto celku. Toto vidění světa jí dává možnost chápat hodnotu a funkci jak lidí, tak věcí a dění. V tomto obrazu světa vidí určitý řád a pořádek a existenci

tohoto řádu chápe jako něco trvalého, na co se může spolehnout a důvěřovat tomu. Celek a detaily tohoto obrazu světa dávají kognitivně dobrý smysl. Vše je konsistentní, jasné, předvídatelné. To však neznamená, že by nebyly viděny i negativní jevy, jako jsou stresory, choroby, úmrtí. Ty se mohou vyskytovat, nejsou však nesrozumitelné (chaotické) a změny, které navozují, se dají zvládnout. Budoucnost se dá předvídat poznáním zákonitostí. V sociální oblasti jsou vzájemné vztahy mezi lidmi chápány jako přátelské, důvěryhodné a solidární. “Pravidla hry” jsou v sociální oblasti dána a dodržována.

Záporný pól: Daná osoba vidí svět jako mozaiku nesourodých střípků. Vše je chaotické. Zdá se, že v celém dění neexistuje řád, dodržování zákonitostí a pravidel hry. Nic není pevné, nic není spolehlivé, ničemu se nedá věřit. Člověk se v tom těžko orientuje. Celkový obraz světa charakterizuje nadměrná složitost a nepřehlednost. Ta zabraňuje možnosti orientace. Antonovsky charakterizuje tento pól jako určitou paranoidní představu o tom, že je člověk ve slepé uličce. Vše, úplně vše je “na levačku” a zdá se, že takové to bude pořád. Například předsudky se zdají být děsivé, nevysvětlitelné, nelogické a nevyvratitelné. Jedinec má obtíže v sociální komunikaci, hrozí závažné formy nedorozumění. V důsledku toho je obtížné dosáhnout pocit sociální identity.

Zvládnutelnost

Jde o vztah mezi percepcí možností, které daný člověk má k dispozici (jimiž vládne), a požadavky, které na něj klade situace. Antonovsky hovoří o **instrumentální dimenzi**.

Kladný pól: Základní charakteristikou je povědomí jak o svých vlastních silách a možnostech, tak i o silách a možnostech lidí kolem (sociální podpora). Toto povědomí určuje víru jedince, že je vyřešení problémů, do nichž se dostává, v jeho moci. Má pocit „to zvládnou“ nebo „to zvládneme“. Je tedy přesvědčen o tom, že disponuje možnostmi a schopnostmi potřebnými k vyřešení problému (viz vnímaná sebeúčinnost) a věří v účinnost jejich nasazení (lokalizace kontroly). Jde tedy o víru jak v individuální, tak i o sociální kompetenci.

Záporný pól: Tento pól je charakterizován pocitem nepřiměřenosti zdrojů vzhledem k náročnosti úkolů. Dá se vyjádřit větou “na to nestačím”, “to nezvládneme”, “to je nad mé síly” či “na to nemáme”. Z toho pramení pocit bezmocnosti, nemožnosti kontrolovat svůj život a následné pocity deprese, úzkosti a strachu.

Smysluplnost

Tato charakteristika se vztahuje k **emocionálně-motivační dimenzi** celkového postoje ke světu a dění v něm.

Kladný pól: Tento pól charakterizuje následující typ motivace: daný člověk je přesvědčen, že problémy, před něž je stavěn, stojí za to, aby se jimi zabýval. Je vnitřně motivován k tomu, aby investoval určitou energii, čas a úsilí do řešení úkolů, které chápe jako smysluplné ve směru k cíli, jemuž je oddán. Problémy, s nimiž se setkává, chápe jako výzvy k aktivitě, na niž se těší. Činnost sama mu dělá radost a on ji vykonává rád. Je přesvědčen, že činnost, kterou dělá, mu dává možnost projevit vlastní individualitu, iniciativu a tvořivost. Tedy možnost tvořivě se podílet na řešení úkolů, které pro něj mají hodnotu. Zároveň se domnívá, že práce, kterou dělá, je kladně hodnocena i druhými – dostává se mu kladného sociálního přijetí. Má dojem, že může volit jak tempo práce, tak směr postupu. V pohledu na výsledky práce je znát hrdost na to, co dokázal. Má pocit, že má možnost ovlivňovat dění, že s druhými může kooperovat a navzájem se s nimi doplňovat.

Záporný pól: Tento pól je charakterizován “odcizením”. Jedinec se citově neangažuje v tom, co dělá a čím žije. Průvodním jevem je, že často dochází zde ke snížení kvality i kvantity sociální komunikace, k zeslabení sociálních kontaktů a k odumírání emocionálních

sociálních vztahů. Tato tendence vede k tomu, že se člověk dostává do ústraní až do sociální izolace. Styk s druhými se mu stává obtížím a nejraději by mu vyhnul.

Důsledky pocitu koherence pro zdraví

Pocit koherence je faktorem, který facilituje významně pohyb ve směru ke zdraví. Při konfrontaci se stresorem je jedinec (ale i širší sociální celek) se silným pocitem koherence

- přesvědčen o tom, že stresující události rozumí a že má v jeho životě smysl
- přesvědčen o tom, že jsou dostupné zdroje pro vyrovnání se s tímto stresorem a
- motivován k vyrovnání se s tímto stresorem.

2.7.4 Optimismus

Až donedávna se odborníci shodovali v tom, že jedním z klíčových ukazatelů duševního zdraví je, že je jedinec pevně zakotvený v realitě. V posledních několika letech však touto koncepcí otřásají výzkumy, které ukazují, že pro zdraví je možná prospěšnější žít v mírných iluzích. Výsledky výzkumů ukazují, že například lidé, kteří jsou nerealisticky optimističtí ohledně budoucnosti, nebo lidé kteří mají tendenci připisovat si vyšší míru kontroly nad událostmi svého života, než odpovídá skutečnosti, jsou mentálně i fyzicky zdravější než lidé, kteří jsou více „realističtější“ až pesimističtí.

Výzkum tohoto jevu se ubírá dvěma hlavními směry. První z nich úzce souvisí s výzkumem naučené bezmocnosti, jíž jsme se již věnovali. Druhý přístup vychází z toho, že optimismus je jakýmsi osobnostním rysem spíše než naučeným způsobem interpretovat události.

Naučený optimismus

V 80. a 90. letech se Martin Seligman se svými spolupracovníky intenzivně věnoval kromě otázek naučené bezmocnosti rovněž jevu, který je označen jako naučený optimismus. Oba dva jevy tyto autoři vysvětlují obdobnými mechanismy: jedinec se v průběhu života naučí vysvětlovat své úspěchy a neúspěchy určitými stabilními příčinami. Naučená bezmocnost souvisí s atribučním stylem, který tyto autoři označují jako **pesimistický atribuční styl** – své **neúspěchy** připisují svým vlastním vnitřním, stabilním a globálním charakteristikám. **Naučený optimismus** je naopak charakterizován tím, že jedinci si vysvětlují své úspěchy těmito vnitřními stabilními a globálními charakteristikami (například schopnostmi, IQ, nadáním, šikovností atp.), avšak své neúspěchy si vysvětlují především vnějšími okolnostmi. Tento atribuční styl je patrně jedním z *protektivních* faktorů. Například Peterson et al. (1999) ukázali v jedné retrospektivní studii, že jedinci, kteří byli v dětství charakterizováni jako optimisté, žili v průměru asi o dva roky déle než jedinci, kteří byli v dětství spíše pesimističtí.

Dispoziční optimismus

Ve stejné době rozpracovali M. Scheier a C. Carver odlišnou teorii. Optimismus je podle těchto autorů osobnostní dispozicí, která se projevuje především v tom, že jedinec neochvějně očekává, že vždy všechno nakonec dobře dopadne. Tito autoři vypracovali několik verzí často užívaného dotazníku (LOT – Life Orientation Test), který zahrnuje například tyto dvě položky:

- Pokud jde o moji budoucnost, jsem vždy optimistický
- Celkově počítám s tím, že mne potkají v životě spíše dobré než špatné věci.

Mezi hlavní zjištění získaná jeho pomocí patří, že optimističtější jedinci používají efektivnější strategie ke zvládnutí stresu. Častěji používají strategie zaměřené na problém, a když nejsou tyto strategie dostupné, používají při řešení emocionálních problémů například spíše humor

nebo kognitivní restrukturační problémů než například popření. Kromě toho se ukazuje, že tito jedinci vykazují lepší tělesné zdraví a mají zdravější životní styl (cvičení, dieta).

Například Scheier et al. (1989) sledovali opakovaně skupinu mužů, kteří prodělali náročnou operaci (bypass). Výsledky ukazují, že se optimističtí muži po operaci rychleji zotavili a po šesti měsících vykazovali příznivější indikátory kvality života než muži dispozičně méně optimističtí (pesimističtí). Carver et al. (1993) zkoumali soubor žen, které se nedávno dozvěděly, že mají karcinom prsu. Výsledky jejich šetření ukazují, že dispozičně optimističtější ženy prožívaly v této situaci nižší intenzity stresu, více věřily v uzdravení a méně inklinovaly k používání neefektivních strategií zvládnutí této situace (popírání, ruminace).

2.8 Syndrom vyhoření

Zvláštním případem pracovního stresu je tzv. syndrom vyhoření, který je někdy také nazýván syndromem pracovního vyhoření.

2.8.1 Vyhoření, jeho subjektivní a objektivní příznaky

Pojem **vyhoření** („burnout“ nebo „burn-out“) byl k označení tohoto jevu poprvé použit Herbertem Freudenbergerem ve stati publikované v časopise *Journal of Social Issues* v roce 1974. Freudenberger pracoval jako psychoanalytik s dobrovolníky v pomocných profesích, a to zejména v zařízeních provozujících paliativní péči. U nich tento syndrom pozoroval a popsal. Jím použitý termín „vyhoření“ je původně hovorovým termínem, který má v angličtině podobný význam jako v češtině – „došla šťáva“, „došel benzín“, není na co jet dál; jede se setrvačností, ale bez vnitřních zdrojů.

Dnes je **syndrom vyhoření** nemocí, která je v mezinárodní klasifikaci nemocí uvedena pod kódem ICD 10 (v kategorii Z 73.0) s názvem *Problémy spojené s obtížemi v uspořádání života*. V ČR se zatím do klasifikace nemocí tento syndrom nedostal.

Vyhoření má dimenzi psychickou, somatickou a interpersonální. Jaké jsou jeho příznaky?

- Jde o prožitek emocionálního **vyčerpání** a často i **celkové únavy**
- které se vyskytují především u profesí, v nichž jde o **práci s lidmi**
- které tedy pramení z chronického interpersonálního stresu;
- kromě vyčerpání jsou pro syndrom vyhoření typické rovněž pocity **neúčinnosti a selhání**
- které se projevují v **odosobněném** přístupu ke klientům.

Psychické příznaky

Na psychické úrovni jde o syndrom sestávající z několika symptomů. Patří mezi ně zejména tyto:

- jedinec má dojem, že jeho úsilí zaměřené na dosahování hodnotných cílů (například terapie, vzdělávání, pomoc chudým atp.) trvá již velmi dlouho, a že je jeho efektivita nízká
- po delší době výkonu profese vzniká pocit celkového duševního vyčerpání, zejména vyčerpání emocionálního (pramenícího z kontaktu s lidmi)
- vedle vyčerpání jsou často prožívány i pocity frustrace, smutku, depresí
- tyto pocity jsou zpravidla spojeny s výrazným poklesem motivace, dochází ke snížení iniciativy a aktivity, jedinec přechází na rutinní zvládnutí pracovních povinností
- dochází ke snížení až vymizení spontaneity, radosti a kreativity
- vzniká pocit depersonalizace
- ve vztahu ke klientům vznikají pocity cynismu, chladu, nezájmu
- někdy se objevuje i hostilita a agrese.

Somatické příznaky

Na tělesné úrovni patří mezi hlavní příznaky tohoto syndromu zejména:

- přetrvávající negativně prožívané fyziologické vybuzení (arousal) spojený s prožitky tenze
- zvýšení krevního tlaku
- změny srdeční frekvence
- bolesti u srdce
- dýchací obtíže („lapání po dechu“)
- celková únava organismu, ochablost
- snadná unavitelnost
- fyzické vyčerpání
- zažívací potíže
- bolesti hlavy
- poruchy spánku
- někdy i bolesti ve svalech.

Interpersonální vztahy, interakce a komunikace s klienty

Vyhoření má negativní důsledky pro profesionální i osobní život.

- Ve vztahu k pacientům, klientům, žákům, zákazníkům atp. dochází k projevům cynismu a dehumanizace, je s nimi zacházeno jako s věcmi, čísly, případy; obtěžují, stresují, frustrují
- snižuje se schopnost empatie a porozumění pro lidskou dimenzi klientů; ztrácí se schopnost rozpoznat a přiměřeně reagovat na ty z nich, kteří potřebují porozumění pro své problémy a kteří u těchto profesionálů očekávají lidskou odezvu
- lhostejnost, apatie a nezáměr „vyhořelého“ jedince o klienty občas vede ke vzniku a eskalaci pracovních konfliktů
- objevuje se ztráta zájmu o vykonávanou profesi až nechut k ní
- vyhořelý jedinec má tendenci omezit kontakt s klienty na co nejnižší možnou míru
- často omezuje i kontakt s kolegy
- dochází k celkovému útlumu jeho sociability.

2.8.2 Kdo je ohrožen tímto syndromem?

Kebza a Šolcová (2003) uvádějí ve své publikaci rozsáhlý výčet profesí, které jsou ohrožené tímto syndromem. Je z něj evidentní, že se za 30 let zkoumání vyhoření počet těchto profesí výrazně rozrostl.

Patří mezi ně **sociální pracovníci** a pracovníce ve všech oborech; **zdravotní sestry** a další zdravotničtí pracovníci; **lékaři** (zvláště lékaři v oborech onkologie, chirurgie, JIP, LDN, psychiatrie, gynekologie, rizikové obory pediatrie atd.); **psychologové a psychoterapeuti**; **učitelé** na všech stupních škol; **duchovní a řádové sestry**; **pracovníci pošt** všeho druhu, zejména pracovníci u přepážek a poštovní doručovatelé; **úředníci** v bankách a úřadech, orgánech státní správy; **dispečeri a dispečerky** (záchranné služby, dopravy atd.); **poradci a informátoři**; **pracovníci věznic**; **právníci** (zejména advokáti); v některých případech **policisté a kriminalisté**; za určitých okolností i **příslušníci ozbrojených sil**; někteří **profesionální funkcionáři**; a někdy i **politici, manažeři** atp.

Je zřejmé, že tímto syndromem jsou ohroženi pracovníci ve všech profesích, ve kterých dochází k častému kontaktu s lidmi. Avšak patrně ne všichni. V počátcích patrně musí být očekávání, že daná profese umožní jedinci najít smysl života nebo že mu alespoň umožní být prospěšný a užitečný lidem. Vyhoření je pak někdy výsledkem, závěrečnou fází procesu, která má několik etap.

2.8.3 Proces vyhoření

Často bývá zmiňováno těchto pět etap:

Nadšení. Jde o období, kdy se jedinec snaží být prospěšný druhým, chce být užitečný. Má řadu nápadů a plánů, jak situaci klientů zlepšit. Je pln ochoty, chápe potřeby opačné strany, pracuje často nad své síly, vykonává přesčasy a vlastní potřeby odsunuje na druhou kolej.

Stagnace. Jde o období, kdy už zvládá svoji profesi, řadu úkonů vykonává automaticky, rutinně. Pomalu se vytrácí nadšení, práce ho přestává tolik naplňovat, vynořují se překážky.

Frustrace. V této etapě se prohlubují problémy spojené nejen s možností dosáhnout vysněných pracovních cílů, ale i s naplňováním jiných, mimopracovních (zejména rodinných a osobních) cílů. Přibývají konflikty s klienty, spolupracovníky i v rodině. Práce začíná být nudná.

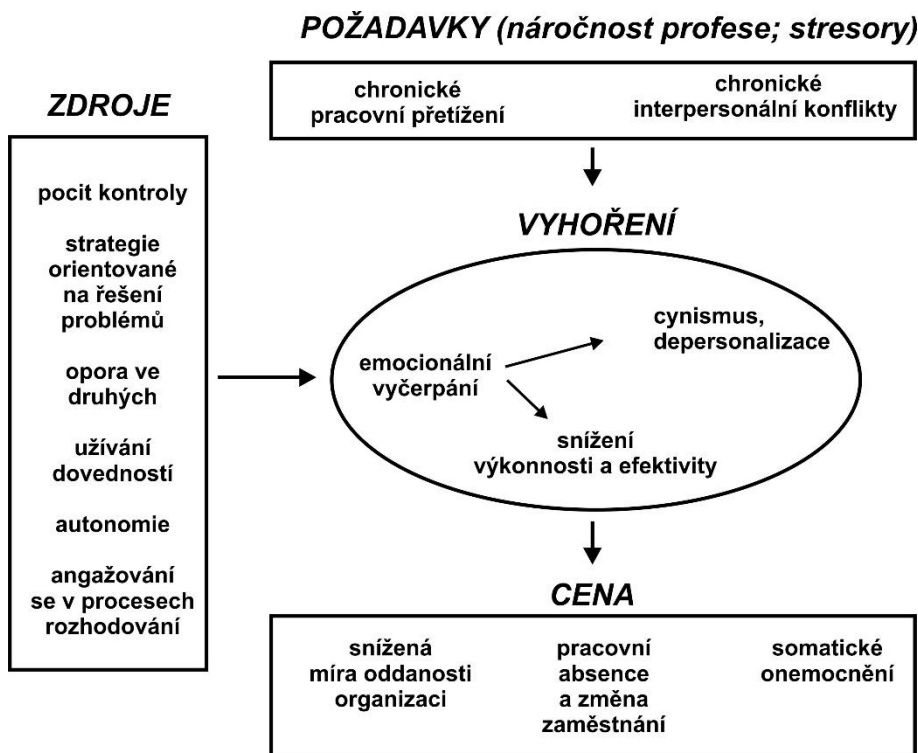
Apatie. Tato fáze přichází pomalu a plíživě. Zcela se vytratilo nadšení a původní smysl práce. Práce se stala především zdrojem finančních prostředků. Jedinec pracuje stereotypně, odmítá změny a inovace. Má pocit, že dělá maximum. Na klienty bývá občas nepřijemný, většinou je však spíše odtahitý. Bere je jako náročné a obtěžující případy, čísla, věci. Má pocit, jakoby pracoval v jakési zvláštní továrně u pásu, který se nikdy nezastaví a přináší stále stejné kusy.

Vyhoření. Jde o fázi, již jsme již popsali. Smysl práce se vytratil – a s ním občas i smysl vlastního života. Jedinec je velmi vyčerpaný. Nutnost vydělávání peněz a zároveň nechuť k vykonávané činnosti ho vhání do bludného kruhu. Má-li možnost, ukončí tuto etapu svého pracovního života rozvázáním pracovního poměru, případně změnou práce nebo prostředí.

2.8.4 Prevence vyhoření

Jak zabránit nebo předejít vyhoření?

Celkově můžeme základní komponenty vyhoření znázornit tímto obrázkem, jehož autorkou je C. Maslachová.



Obrázek 44 Model vyhoření

Zdroj: Maslach, C., & Goldberg, J. (1998) *Prevention of burnout: New perspectives. Applied and Preventive Psychology*, 7, 63-74.

Prevence a terapie vyhoření se zpravidla zaměřují na klíčové momenty v tomto obrázku. Jde vlastně o základní teoretické konstrukty, jimiž se vyhoření vysvětluje a definuje. Kromě toho se používají různé techniky, které jsou orientované na stres – jehož je vyhoření zvláštním případem – obecně.

Jedním z hlavních zdrojů vyhoření je pocit, že dochází k postupnému vyčerpávání zdrojů. Jedinec se přestává svobodně rozhodovat o tom, co a kdy bude dělat; pokládá se za nekompetentního k řešení problémů, se kterými se setkává; současně ubývá lidí, se kterými si může o své situaci promluvit, a to nejen spolupracovníků a nadřízených, ale i lidí z širšího okolí; má tak trochu pocit dělníka u pásu pracujícího v nepřátelském prostředí. Kromě pracovního vyčerpání zpravidla začne vyvstávat řada konfliktů. Kromě konfliktů s klienty, nadřízenými a kolegy jsou to často i vnitřní konflikty – například mezi klíčovými hodnotami (například altruismus versus egoismus) a rovněž mezi klíčovými koncepcemi sebe sama (jsem dobrý nebo špatný člověk?). Chování, které je popisováno jako součást tohoto syndromu, je možno chápat jako pokus o vyrovnání se s tímto permanentním a komplexním stresem.

Jednotlivé kroky prevence jsou proto zpravidla zaměřeny na tyto otázky:

- Jaká prevence povede ke snížení rizika, že dojde k emocionálnímu vyčerpání?
- Jaká prevence povede ke snížení rizika, že dojde ke vzniku pocitů neúčinnosti a neúspěchu?
- Jaká prevence povede ke snížení rizika, že dojde k cynickému a odosobněnému přístupu ke druhým?

V oblasti prevence vyhoření můžeme rozlišit tři úrovně.

- Jako primární prevence je označováno úsilí směřující k **odstranění** nebo modifikaci stresorů na pracovišti. Cílem této prevence je předejít výskytu nových případů onemocnění. Tato prevence je tedy orientována na atributy povolání, na situaci.
- Jako sekundární prevence je označováno úsilí o **snížení** negativního **působení** stresorů, které nelze odstranit. Prevence je zde zaměřena především na jedince a na posílení jeho **tolerance** vůči stresorům.
- Terciární prevence (**terapie**) spočívá v pomoci těm jedincům, kteří jsou dlouhodobě vystaveni působení těchto stresorů a kterých se projevuje stresová reakce (tj. vyhoření). Jde o strategie zaměřené na vyrovnávání se s touto stresovou reakcí, na důsledky stresu. Protože se však strategie používané při sekundární a terciární prevenci do značné míry prolínají, věnujeme se jim v následujícím textu současně. Společně bývají někdy orientované jako strategie orientované na **jedince** či osobu (na rozdíl od strategií orientovaných na situaci či design povolání, jimž věnujeme samostatnou podkapitolu).

2.8.5 Psychoterapie vyhoření (strategie zaměřené na jedince)

Většina odborníků se shoduje v tom, že se hlavní úsilí musí soustředit na jedince. Někteří autoři zastávají názor, že vyhoření není způsobeno pouze a především stresujícími pracovními podmínkami, ale především reakcemi jedince na tyto podmínky. Jednou z těchto reakcí je **workaholismus**, maximální pracovní nasazení provázené s oploštěním života, zanedbáváním všech ostatních povinností a ztrátou životních radostí. Někteří autoři navíc zdůrazňují, že si jedinec musí uvědomit, že je ve stresu, a že je jeho povinností jak vůči sobě, tak vůči ostatním s tímto stresem pracovat.

Mezi hlavní strategie boje s vyhořením patří:

Změna pracovních návyků. Základním doporučením pro prevenci a snižování účinků vyhoření je snížit intenzitu pracovního nasazení, zvolnit, nedělat přesčasy, odpracovat pouze penzum pracovních hodin týdně. Dále se doporučuje dopřát si pravidelné dovolené, relaxace o sobotách a nedělích atp. Kromě toho jsou jedinci vedeni k tomu, aby lépe integrovali svůj rodinný a pracovní život.

Rozvíjení preventivních dovedností. Zde je cílem dosažení změny v reakcích na stresory. Mezi tyto strategie patří například **kognitivní restrukturační**. Jedinec je veden k tomu, aby snížil svá očekávání, aby přehodnotil smysl svého života a význam, který v něm má práce, aby si ujasnil klíčové životní hodnoty. Jedinec může restrukturovat i svoji koncepci pracovní role. Jako terapeut může například dospět k závěru, že úspěšnost terapie nebo obecně pomoci druhým nezávisí pouze na něm a na jeho pracovním nasazení, ale je rovněž odpovědností klientů; on by na sebe neměl přejímat cizí povinnosti. Mezi další strategie sloužící k rozvíjení preventivních dovedností patří například dosažení kongruence ve vztahu s klientem, přijímání svých autentických emocí, svěřování se přátelům, vyhledávání odborné pomoci.

Využívání sociálních zdrojů. Často doporučovanou strategií napomáhající prevenci vyhoření je sociální opora. K prevenci napomáhá jak profesionální opora v nadřízených a spolupracovnících, tak rovněž opora v rodině a v síti známých a přátel. Kontakt s druhými může být zdrojem humoru, povzbuzení a dodání sebedůvěry ve chvílích, kdy je toho jedinci zapotřebí.

Relaxace. Existuje řada relaxačních technik, které jsou určeny ke snížení negativních účinků stresové reakce. K prevenci a redukci následků vyhoření lze použít řadu z nich, například uvolňování svalů, biofeedback, meditace a masáže. Některé z nich lze přitom používat i během pracovního dne, jiné ovšem nikoli. Jedinec by jich měl postupně vyzkoušet více a vybrat si ty, které mu vyhovují nejlépe.

Zlepšování fyzického zdraví. Mezi další obecné strategie boje se stresem patří dodržování zdravé životosprávy a tělesná cvičení. Ty napomáhají i při prevenci vyhoření a v boji s ním.

Sebeanalýza. Další strategie je založená na předpokladu, že jedinec potřebuje lépe porozumět sám sobě, své osobnosti, svým motivům, očekáváním, hodnotám. Vyzbrojen těmito poznatky pak bude schopen lépe čelit stresorům. Mimo jiné i díky tomu, že snáze změní sebe sama v požadovaném směru. Jedinec je například veden k tomu, aby si uvědomil, odkud pramení jeho nerealisticky vysoká očekávání týkající se jeho pracovního výkonu. Při odhalení jejich zdrojů (například přísné nároky rodičů, komplexy ve škole atp.) může dospět k jejich přehodnocení a tím i k získání odlišné perspektivy, z níž bude pohlížet na své výkony a výsledky. Jiné strategie spočívají v tom, že si jedinec stále hlouběji uvědomuje svoje skutečné hodnoty a etické principy a snaží se ujasnit si, v jakém vztahu jsou tyto hodnoty a principy s jeho pracovními aspiracemi.

2.8.6 Strategie orientované na podmínky (situaci)

V odborné literatuře je věnováno jen málo pozornosti souvislostem mezi pracovními podmínkami a vyhořením. Je to dáno patrně tím, že tato povolání jsou stresující inherentně, že stresory v nich obsažené nelze příliš měnit.

Mezi řídké strategie, které se těší pozornosti badatelů a které prokazatelně mohou mít účinky na snížení rizika vyhoření nebo na snížení jeho intenzity, je **nácvik interpersonálních dovedností a kompetencí**. Patří mezi ně například tréninky sociální komunikace a nácviky asertivity.

Mezi doporučení vyvozená z obecné teorie pracovního stresu patří zvyšování nejrozmanitějších profesních kompetencí (vzdělávání, kurzy, workshopy), zvyšování míry spolurozhodování o záležitostech, které se týkají obsahu vlastní práce a pracovních postupů, snižování podílu rutinních úkonů atp.

3 Hlavní oblasti aplikace psychologie zdraví

3.1 Kouření

Kouření je aktivita, při níž je prostřednictvím spalování určité látky, nejčastěji tabáku, uvolňován a poté vdechován vzniklý kouř, který obsahuje některé pevné částice. Protože je tento tabák zpravidla kouřen v cigaretách, věnujeme se v následující části především kouření cigaret. Existují ale ovšem i jiné způsoby kouření. Mezi nejznámější patří kouření doutníku, dýmky, či vodní dýmky.

3.1.1 Psychologické příčiny vedoucí ke kouření

Kouření cigaret je svým způsobem zvláštním jevem. Většině lidí jsou první zkušenosti s vlastním kouřením nepříjemné, řadě z nich se dokonce při prvním kouření dělá z vdechování cigaretového dýmu nevolno. Kromě toho téměř každý, kdo začíná experimentovat s kouřením, ví, že je kouření škodlivé zdraví. A přesto nejen že velká část dospívajících zkusí kouřit, ale rovněž v kouření pokračuje, někdy po celý život.

Proč? Výsledky výzkumů vedou k identifikaci některých faktorů, které s tímto jevem souvisejí. Dospívající jsou například ovlivněni některými vzory. Těmi jsou například jejich rodiče: dospívající z rodin, ve kterých kouří některý z rodičů, kouří průkazně častěji než dospívající z rodin nekuřáků. Prokazatelný vliv mají rovněž oblíbené filmové hvězdy. To, zda kouří – ať již na plátně nebo mimo něj – koreluje s kouřením jejich ctitelů z řad dospívajících. Dalším

vlivem jsou kamarádi a skupiny vrstevníků. Tyto skupiny působí jednak jako zdroje nápodoby, ale rovněž vlivem sociálních tlaků a norem. Dospívající zpravidla začínají kouřit pod vlivem skupiny svých vrstevníků.

Ve hře jsou často i některé osobnostní charakteristiky. Patří mezi ně například nízké sebevědomí a s ním spojené očekávání, že kouření přispěje ke zvýšení sociální prestiže jedince, že bude pokládán za většího, dospělejšího, zajímavějšího.

Někteří jedinci však ani přes působení těchto faktorů u kouření v dospívání nezůstanou. Kouření jim nechutná nebo se jim z něj dělá přímo špatně. Kdo setrvává? Jedním z odhadů toho, kdo nepřestane kouřit, je *pravidlo „čtvrté cigarety“*. Howard Leventhal se spolupracovníky ukázal na základě několika výzkumů, že naprostá většina dospívajících má zkušenost s vykouřením jedné nebo dvou cigaret. Ale z různých důvodů – mimo jiné právě i proto, že jim kouření nechutná a navozuje pocity na zvracení – v kouření nepokračují. Většina z těch, kteří s cigaretami skončili již v průběhu dospívání, nikdy nevykouřila více než dvě nebo tři cigarety. Kupodivu s ním ale přestala jen menšina z těch, kteří vykouřili čtyři cigarety a více.

Pokud však jedinec kouřit nepřestane, má pro něj kouření samo o sobě zpevňující účinek. Zážitek z kouření, vůně tabáku i samotný proces kouření se pro něj stává příjemným a kuřák vyhledává kouření pro ně samotné. Kromě toho kouření snižuje u kuřáků někdy úroveň stresové reakce, respektive její prožitkovou stránku. Výsledky kontrolovaných studií například ukazují, že v čím silnějším stresu kuřáci jsou, tím více cigaret vykouří. Na druhou stranu ale výzkumy nepotvrzují, že by mělo na tuto komponentu stresové reakce kladné účinky samotné kouření. To ukazují výzkumy, ve kterých jsou respondenti vystaveni působení různých poměrně intenzivních stresorů a jejichž úkolem je pracovat na určitých obtížných úkolech. Vytvoříme-li tři experimentální skupiny, kdy je první z nich tvořena kuřáky, kterým je dovoleno kouřit, druhá kuřáky, kterým je v průběhu experimentu znemožněno kouřit, a třetí nekuřáky, ukazuje se, že se v těchto podmínkách skutečně cítí lépe a současně podávají lepší výkony kuřáci, kterým je umožněno kouřit, než kuřáci, jimž to umožněno není. Tito kuřáci se však necítí lépe a nepodávají lepší výkony než nekuřáci. Zdá se tedy, že kouření nemá na tyto jevy kladné účinky; negativní účinky na ně však má, znemožníme-li kuřákům kouřit.

Kromě toho se zdá, že jsou ve hře i některé biologické faktory. Ukazuje se například, že kouří-li matky v průběhu těhotenství, mají z tohoto těhotenství narození jedinci vyšší pravděpodobnost, že se stanou kuřáky než děti matek, které v průběhu těhotenství nekouří. Přesný mechanismus dosud není úplně znám. Kromě toho novější zjištění ukazují, že je touha kouřit zřejmě biologicky zakódována v některých oblastech insuly. Dojde-li totiž k jejich poškození, ztrácí kuřáci trvale zájem o kouření.

3.1.2 Tělesné a psychosociální důsledky kouření

Složení a účinky tabákového dýmu

Jedinec se stává závislým na kouření díky tomu, že vdechovaný kouř obsahuje některé drobné částičky, které jsou vstřebávány plicemi a přenášeny do těla a k mozku. Při každém vdechnutí se tak dostává do organismu určité množství škodlivých a návykových částic. Odhaduje se, že kouří-li jedinec po dvacet let jednu krabičku cigaret denně, vdechne tyto částice přibližně milionkrát.

Tabákový kouř sestává z plynné složky a z tuhých částic. Obsahuje přes 4700 chemických sloučenin a přes 60 prokázaných lidských rakovinotvorných látek. Patří mezi ně například kadmium, hliník, olovo, DDT a radioaktivní polonium 210.

Nejnebezpečnější součástí tabákového kouře je **dehet**. Dehet se dostává v podobě aerosolu při vdechnutí hluboko do plic, tam se ukládá a poškozuje samočisticí schopnost dýchacích cest a plicní sklípky. Je příčinou vzniku rakoviny a chronických plicních onemocnění. Dehet však patrně není spojen se vznikem závislosti.

Další složkou kouře je **oxid uhelnatý**. Ten se váže na krevní barvivo rychleji než kyslík, což má za následek, že krev přenáší při kouření méně kyslíku. Silní kuřáci mohou mít schopnost krve přenášet kyslík sníženou až o 15 procent.

Hlavním alkaloidem tabáku je **nikotin**. Čistý nikotin nemá rakovinotvorné účinky. Je ale vysoce návykový. Jde o substanci, která se vyskytuje pouze v tabáku. Nikotin vede ke vzniku touhy či žádosti opakovat kouření a navodit si tím stejný fyziologický a psychologický stav. Jeho fyziologické účinky se přitom dostávají někdy velmi brzy. Při vdechování kouře do plic se nikotin rychle absorbuje, dostává se do krve a přenáší se k některým centřům v mozku. Rychlost tohoto přenosu ovlivňují rovněž některé doplňkové látky, které se za tímto účelem do cigaret přidávají. Mozek následně spustí některé akce, které vedou ke zvýšení úrovně *aktivace* organismu. Tento stav je kuřáky prožíván jako příjemný. Je základem mechanismu zpevňování. Hladina nikotinu v krvi však po ukončení kouření poměrně rychle klesá, za dvě hodiny klesne již asi pouze na polovinu.

Model regulace úrovně nikotinu v krvi

Na zjištění, že hladina nikotinu v krvi po ukončení kouření poměrně rychle klesá, je založen model regulace úrovně nikotinu v krvi kouřením, jehož autorem je Stanley Schachter. Podle tohoto modelu je hlavním důvodem či motivem kouření potřeba kuřáků udržovat hladinu nikotinu v krvi na konstantní úrovni. Její udržování je spojeno s optimálním vybuzením či úrovní aktivace organismu, která je prožívána jako příjemná. Snížení této hladiny je jednak prožíváno nepříjemně a jednak vede ke vzniku různě silných abstinčních příznaků. Kouření tedy slouží současně k navození optimálního vybuzení a jako prevence abstinčních příznaků.

V souladu s tímto modelem se ukazuje, že silní kuřáci vykouří tolik cigaret, kolik je třeba k inhalaci určitého množství nikotinu. Když jim například v experimentu vyměnil experimentátor bez jejich vědomí silnější cigarety za slabší, vykouřili těchto slabších o 25 % více než cigaret silnějších. Množstvím vykouřených cigaret tedy regulují množství nikotinu, neboť v ostatních ohledech se tyto cigarety od sebe nelišily.

Další faktory

I když je předchozí model velmi dobrým příkladem, který vysvětluje řadu experimentálních dat i výsledků běžného pozorování, nedokáže vysvětlit všechna data. Patří mezi ně například pozorování, že u některých lidí nedochází ke vzniku závislosti na nikotinu. Tito lidé mohou například kouřit po několik let *v průměru* několik cigaret denně. Jejich kouření má ale nepravidelný ráz: někdy kouří velmi intenzivně, jindy jen málo, jindy vůbec ne. Když nekouří, necítí potřebu kouřit a nemají žádné abstinční příznaky. Nezdá se tedy, že by kouřením udržovali stabilní hladinu nikotinu v krvi. Na druhou stranu někteří bývalí silní kuřáci mají i po letech silnou chuť na cigaretu. Tu však již nelze příliš dobře vysvětlit potřebou dosáhnout „původní“ úrovně nikotinu v krvi.

Badatelé proto uznávají, že ve hře je složitá hra biologických, sociálních a psychologických faktorů.

3.1.3 Kouření a zdraví

Každý kuřák si může na krabičce přečíst řadu varování, která mu adresuje ministerstvo zdravotnictví. Patří mezi ně například tato:

- Kouření škodí zdraví.
- Kouření může zabít.
- Kouření vážně škodí Vám i lidem ve Vašem okolí.
- Kuřáci umírají předčasně.
- Kouření ucpává tepny a způsobuje infarkt a mrtvici.
- Kouření způsobuje smrtelnou rakovinu plic.
- Kouření je vysoce návykové, nezačínejte s ním.
- Přestat kouřit znamená snížit riziko vzniku smrtelných onemocnění srdce a plic.
- Kouření může způsobit pomalou a bolestivou smrt.
- Kouření způsobuje stárnutí kůže.
- Kouření může poškodit sperma a snižuje plodnost.
- Kouření může snižovat krevní oběh a způsobuje neplodnost.
- Kouření v těhotenství škodí zdraví Vašeho dítěte.
- Chraňte děti: nenuťte je vdechovat Váš kouř.

Tato varování, která jsou často založena na výsledcích řady kontrolovaných studií, a která se objevují na krabičkách cigaret na celém světě, v principu shrnují hlavní problémy, které kouření přináší. Věnujme se stručně dvěma nejznámějším a nejvíce zkoumaným účinkům kouření na fyzické zdraví. Jsou jimi karcinomy a kardiovaskulární problémy.

Karcinomy

Již od 30. let 20. století se ukazuje, že kouření obsahuje karcinogenní látky. Jak jsme již zmínili, je nejnebezpečnější součástí tabákového kouře v tomto ohledu **dehet**. Experimentální výzkumy se zvířaty prokazují, že složky obsažené v tabákovém dehtu vedou ke vzniku různých karcinomů. Rovněž prospektivní studie, kdy jsou po několik desetiletí sledováni stejní jedinci, z nichž někteří kouří a jiní nikoli, ukazují, že kouření je spojeno se vznikem řady různých druhů karcinomů, z nichž nejčastějším je karcinom plic. Epidemiologické studie navíc ukazují, že počet úmrtí na tento druh karcinomu kopíruje – s určitým časovým odstupem – trendy kouření v populaci. Například vzestup kouření u mužů vedl v USA ke zvýšení výskytu karcinomu plic u mužů a k vyšší mortalitě na tuto nemoc. Následný pokles kouření u mužů byl u nich po čase spojen s příznivým poklesem morbidit a mortality na tuto nemoc. A naopak, zvýšení frekvence kouření žen mělo po čase stejně negativní účinek.

Kouření je však spojeno i s výskytem některých jiných karcinomů. Patří mezi ně například karcinomy úst, prostaty, ledvin a močového měchýře.

Kardiovaskulární choroby

Zdravotnické statistiky rovněž ukazují, že se u kuřáků setkáváme dvakrát až čtyřikrát častěji s různými kardiovaskulárními problémy. Kouření zejména ucpává tepny a způsobuje infarkt a mrtvici.

Kromě toho mají kuřáci často odlišné reakce na stresory než nekuřáci. Kouření zesiluje fyziologickou komponentu stresové reakce. Ve výzkumech se například ukazuje, že fyziologická reakce kuřáků je tím silnější, čím kratší doba u nich uplynula od vykouření poslední cigarety. A protože kuřáci navíc většinou kouří, když jsou ve stresu, zvyšuje se riziko výskytu některého kardiovaskulárního problému.

Kromě toho je silné kouření spojeno s některými dalšími rizikovými faktory, které souvisejí s tímto druhem problémů, například s nižším stupněm fyzické aktivity.

Psychoterapeutické přístupy ke kouření

Při odvykání kouření se uplatňuje především kognitivně-behaviorální terapie. Ta pomáhá klientům rozpoznat, vyvarovat se a zvládat každodenní situace, ve kterých si nejčastěji zapálili cigaretu. Zaměřuje se především na zvyšování sebedůvěry (self-efficacy) pacienta ve schopnosti odvykání a hledání cest, jak zvládnout stres a touhu si zakouřit. Terapie obvykle trvá několik měsíců. (Pro podrobnější přehled těchto technik viz část 1.8 této opory.)

3.2 Alkohol a alkoholismus

Alkoholismus (závislost na alkoholu) je chronické recidivující onemocnění postihující jedince po stránce psychické i fyzické. Zpravidla má silné negativní vlivy i na jeho blízké, zejména na rodinné příslušníky. Alkoholismus patří mezi nejzávažnější a nejrozšířenější formy závislosti. Obecně lze o alkoholismu hovořit tehdy, dosáhne-li závislost na alkoholu takového stupně, že škodí buď jedinci, společnosti nebo oběma. Průběh závislosti na alkoholu je různý. Odlišuje se mimo jiné i podle toho, jaký alkohol je zneužíván. V České republice jsou desetitisíce lidí, kteří nadměrně konzumují alkoholické nápoje. Z dostupných statistik vyplývá, že problémy s alkoholem má asi 25 % mužů a 10 % žen. Znepokojující je i rozšířenost konzumace alkoholu mezi mládeží.

3.2.1 Psychologické příčiny vedoucí k požívání alkoholu

Jednou z prvních otázek, jež si musíme položit při zkoumání vlivu alkoholu na zdraví, je, kdy a proč lidé zpravidla začínají s alkoholem.

Výsledky výzkumů ukazují, že se u počátků požívání alkoholu nacházejí zpravidla různé sociální a kulturní vlivy. Mladý člověk začíná obvykle pít ve skupině známých, kamarádů a kamarádek, kteří sami pijí a očekávají, že se k nim připojí i on nebo ona. Výsledky těchto výzkumů dále ukazují, že se u dětí v **pubertě** setkáme častěji s požíváním alkoholu mezi dětmi, které

- trpí depresemi
- jsou přesvědčeni o tom, že jejich kamarádi hodně pijí
- mají ve škole spíše horší známky
- mají rodiče, kteří sami pijí a
- jsou zanedbávané nebo zneužívané.

Během dospívání zpravidla pokračují mladí lidé v pití ze stejných důvodů jako dříve, ty však někdy nabývají na intenzitě a navíc k nim přibývají některé jiné. I když i v pubertě má například pití zpravidla sociální charakter, neboť děti pijí při různých oslavách a setkáních, v adolescenci se toto pití ve skupinách stává stále běžnější a intenzivnější. V tomto věkovém období je pití téměř vždy spojeno s přítomností druhých. Toto sociální pití je spojeno s několika důležitými jevy. Patří mezi ně i tyto dva:

- Pití se stává *sociální normou*. Požívání alkoholu je pokládáno za běžné, normální a žádoucí. Je symbolem příslušnosti k subkultuře.
- Skupina předkládá *modely* či vzory, jimž se jedinec snaží ve spotřebě alkoholu a ve svých postojích k němu připodobnit či vyrovnat.

Pokračuje-li jedinec i v dospělosti dlouhodobě v konzumaci alkoholu, je síla tohoto zvyku posilována různými zdroji kladného a záporného zpevnění. Kladné zpevnění může pramenit jednak z vlastní chuti a vůně alkoholu a z jeho fyziologických a psychických důsledků, které

může jedinec vnímat jako příjemné. Kladné zpevnění může být navíc dáno asociací alkoholu a jeho požívání s dalšími jevy. S požíváním alkoholu je například spojené vytváření a udržování přátelských a jiných vztahů, známostí, uzavírání obchodů atd. Tyto zkušenosti vedou k očekávání, že i v budoucnosti bude pití spojeno s kladnými důsledky.

Jako negativní zpevnění (viz kapitola věnovaná učení) je označováno odstranění nepříjemných podnětů. V souvislosti s požíváním alkoholu jde zpravidla o snižování frekvence výskytu různých nepříjemných stavů a situací nebo zmírňování intenzity jejich působení. Patří mezi ně například schopnost alkoholu redukovat stres a nepříjemné emoce. Jedinci mohou pít dále nejen proto, že u skleničky mohou v přítomnosti druhých mluvit o svých problémech, ale i proto, že jim alkohol a přítomnost druhých dává zapomenout na své problémy. Zvláštní otázkou je, zda platí tvrzení lidí požívajících často alkohol, podle nějž alkohol snižuje tenze a úzkosti a zlepšuje náladu. Kontrolované experimentální studie skutečně potvrzují, že v omezeném množství alkohol má tyto účinky. Avšak silnější konzumace má často účinky právě opačné – je spojena s úzkostmi a depresemi.

3.2.2 Psychologické příčiny vedoucí k abusu alkoholu

Proč se ale z některých jedinců stávají alkoholici a jiní alkoholismu nikdy nepropadnou? Výsledky výzkumů vedou k rozlišení několika dimenzí, ve kterých se liší lidé, kteří mají s alkoholem problémy, od lidí, kteří s ním problémy nemají.

První z nich je, že alkoholici mají poněkud nerealistické či neadekvátní vidění a hodnocení důsledků svého chování. Neuvědomují si například příliš jasně a nedoceňují negativní důsledky, které má jejich pití na jejich rodinný a profesní život. Nechápují přesně kritiku, jíž jsou vystaveni, nejsou schopni empatie vůči druhým, zejména jsou-li právě pod vlivem alkoholu.

Další dimenzí, v níž se alkoholici liší od nealkoholiků, je, že alkoholici zažívají nečastěji výrazně silnější životní stresory a žijí v rodinách a v prostředí, ve kterém je nadužívání alkoholu běžné. Například dospívající, kteří nadměrně pijí, byli v dětství často obětmi různých násilných útoků a zneužívání a pocházejí nečastěji z rodin alkoholiků.

Třetí dimenzí, v níž se alkoholici od nealkoholiků často liší, je vytvoření velmi kladného vztahu k samotnému alkoholu – jeho chuti, vůni, vzhledu – a ke všemu, co s ním a s jeho požíváním souvisí. Alkoholici například reagují silně fyziologicky již při samotném spatření lahve s alkoholem nebo zařízení, které s ním mají asociované (bar, hostinec).

Čtvrtý rozdíl spočívá v tom, že lidé, kteří požívají alkohol jen zřídka nebo vůbec ne, mají často vypracované různé strategie, které eliminují hrozbu opití se nebo jiných excesů. Nenavštěvují například podniky, ve kterých se hodně pije, vyhýbají se přítomnosti alkoholiků, mají vybudovaný systém morálních zásad, který je odrazuje od nadměrného pití atp.

Ve hře jsou patrně i některé vývojové a biologické faktory. Výsledky výzkumů například vedou ke zjištění, že

- dědičnost má výraznější vlivy na pití v mladším věku než ve věku pozdějším
- jedinci, kteří pocházejí z rodin alkoholiků, si snáze vypracují tzv. toleranci k alkoholu, tj. musí požívat stále vyšší dávky alkoholu, aby dosáhli subjektivně stejného stavu
- jedinci s určitými geny pociťují po požití alkoholu výrazně silnější touhu k opakování této zkušenosti, tj. k tomu, dát si ještě další skleničku alkoholu, než jedinci ostatní
- lidé s určitými genovými predispozicemi prožívají požívání alkoholu jako mnohem příjemnější než lidé s odlišnými predispozicemi.

Zdá se tedy, že se při vzniku a vývoji problémů s alkoholem kombinují vlivy biologické, sociální a kulturní, kdy samotná závislost je založena patrně především na procesech podmiňování.

3.2.3 Tělesné a psychosociální následky alkoholismu

Požívání alkoholu je spojeno s celou řadou zdravotních rizik jak pro samotného pijáka, tak i pro ty, kteří jsou na něm závislí, a pro širší okolí.

Alkohol a těhotenství. Začněme některými z rizik, které představuje požívání alkoholu pro ostatní. Prvním z nich je požívání alkoholu matkou v průběhu těhotenství. Výsledky výzkumů z USA a Evropy ukazují, že přibližně 1 ze 750 dětí trpí **fetálním alkoholovým syndromem** (FAS; Fetal Alcohol Syndrom). Mezi základní příznaky tohoto syndromu patří zpomalení prenatalního i postnatalního tělesného vývoje, obličejové a tělesné malformace, poruchy CNS. Poruchy CNS mohou zahrnovat špatný sací reflex, abnormality mozkových vln a poruchy spánku u novorozenců. Během dětství se projevují poruchami pozornosti, neklidem, vznětlivostí, hyperaktivitou, poruchami učení a poruchami koordinace motoriky. Tyto děti se rodí alkoholičkám v cca 6 % porodů. Dalších 10 % dětí těchto matek vykazuje mírnější formu FAS, označenou jako **důsledky fetálního alkoholismu** (FAE; Fetal Alcohol Effects). Ty zahrnují mentální retardaci, retardaci nitroděložního vývoje a drobné vrozené (kongenitální) tělesné malformace (vady). Některé problémy fetálního alkoholismu mohou časem pominout, avšak snížená schopnost učení a soustředění a hyperaktivita přetrvávají; některé malformace vyžadují chirurgický zákrok.

I mírnější požívání alkoholu během těhotenství plodu škodí. V jedné studii, jíž se zúčastnilo 32 000 těhotných žen, se ukázalo, že i požití jedné nebo dvou skleniček alkoholu denně zvyšuje pravděpodobnost retardace tělesného růstu. Jiná studie ukázala, že děti matek, které v prvním měsíci těhotenství požily 3 a více skleniček alkoholu denně, dosahovaly ve 4 letech signifikantně nižší skóre v testech IQ (asi o 5 bodů) než děti ostatní.

Autonehody. Dalším druhem rizik týkajících se jak druhých, tak i samotného jedince, který požívá alkohol, je zvýšené riziko havárie s vážnými následky. Požití alkoholu je zde – pomineme-li případy úplné neodpovědnosti – spojeno se dvěma třídami psychologických faktorů. První z nich je, že alkohol má vliv na některé percepční a motorické funkce, zvyšuje reakční časy, přispívá k horšímu vyhodnocení situace, k chybám v odhadu rychlostí atp. Kromě toho je požívání alkoholu spojeno s některými chybnými očekáváními. Některé studie například ukazují, že mladí lidé značně podceňují účinky, které má sklenička piva nebo vína na psychické funkce. Kromě toho se domnívají, že účinky několika skleniček odezní mnohem dříve, než odpovídá skutečnosti.

Cirhóza jater. Dlouhodobé pití představuje řadu dalších zdravotních rizik. Jedním z nich je vznik cirhózy jater. U silných pijáků časem začínají odumírat buňky v játrech a jsou nahrazovány nefunkční tkání. Je-li rozsah těchto škod značnější, přestávají játra plnit řádně svoji funkci čištění krve a regulace jejího složení. Cirhotici umírají v průměru o deset let dříve, než je celkový věkový průměr.

Další rizika. Mezi další rizika po létech pití patří zvyšování *krevního tlaku* a s ním spojené kardiovaskulární problémy. Nadměrné pití je rovněž spojeno s *degenerací některých struktur CNS*, která bývá provázena například zhoršováním paměti a logického myšlení. Silné pití představuje z uvedených i některých jiných důvodů silné riziko pro předčasné úmrtí.

Kladné účinky alkoholu na zdraví

Alkohol je evidentně špatným pánem. Ne každý se však stává silným pijákem a ne každý je na alkoholu závislý. Mnohé výzkumy pak ukazují, že podaří-li se alkohol držet v mezích, může být „dobrým služebníkem“.

Výsledky výzkumů ukazují, že v mírném množství (zpravidla se uvádí jedna až dvě skleničky piva nebo vína denně) jsou účinky alkoholu naopak pro zdraví kvalitu života prospěšné.

Jedním z příznivých důsledků je snižování rizika kardiovaskulárních problémů. Toto zjištění bývá vysvětlováno příznivým účinkem malých dávek alkoholu na regulaci hladiny cholesterolu v krvi.

A ačkoli mohou mít příznivý účinek na zdraví nejrozmanitější druhy alkoholu, zdá se, že díky svému složení má obzvláště prospěšné účinky víno. Výzkumná data navíc potvrzují, že lidé pijící jednu až dvě skleničky vína denně jsou se svými životy zpravidla spokojenější než úplní abstinenti. Protože však v těchto národně reprezentativních šetřeních nelze určit směr kauzálního působení, lze ovšem tato zjištění – pojatá izolovaně – vysvětlovat i tak, že šťastnější lidé neabstínují, že tedy pití není příčinou, ale důsledkem spokojenosti se životem. Patrně však jde o oboustranné působení.

3.2.4 Psychoterapeutické přístupy k alkoholismu

Při léčbě alkoholismu se zpravidla kombinují psychoterapeutické přístupy s přístupy farmakologickými.

Psychoterapeutická pomoc může být individuální nebo skupinová. Využívají se k ní takřka všechny psychoterapeutické přístupy – od behaviorální terapie po terapii existenciální a humanistickou. Uvedeme jejich stručný přehled v souvislosti s terapií alkoholismu.

Behaviorální terapie vychází z konceptu teorie učení. Chování člověka je podle této teorie naučené a je třeba najít techniku, která odstraní nežádoucí chování nebo doplní chování žádoucí. Tato terapie využívá technik jako je vyhýbání se podnětům, které vedou k nežádoucímu chování, a vyhledávání takových podnětů, které jsou s nežádoucím chováním neslučitelné, autoregulaci (registrace vlastního chování, odměňování a trestání se za žádoucí a nežádoucí chování), expoziční terapie, relaxační postupy, postupy zaměřené na zvládání akutních stavů úzkosti či paniky, metody odpoutání pozornosti, modelování nového chování, nácviky asertivity a sociálních dovedností. Nevýhodou behaviorálních metod je, že mají dobré výsledky za relativně krátkou dobu. Ale bez kombinace s jinými přístupy bývají tyto výsledky krátkodobé a rychle se vytrácejí. I zde je behaviorální terapii vytýkáno, že se vypořádává s příznaky, nikoli s příčinami problémů.

Kognitivně-behaviorální terapie je formou behaviorální terapie, která při ovlivňování chování bere zřetel na kognitivní faktory. Jiné pojetí chápe kognitivní terapii jako postup, kdy se k dosažení změn v myšlení experimentuje v oblasti chování. Třetí pojetí se snaží pomoc klientovi uvědomit si své zkreslené myšlení a dysfunkční chování a měnit je skrze systematický rozhovor a zadávání behaviorálních úkolů. V kognitivně-behaviorální terapii vzniká mezi terapeutem a klientem vztah spolupráce.

Oba zmíněné léčebné postupy jsou klientovi jasně vysvětleny. Behaviorální a kognitivní techniky jsou využívány podle aktuální potřeby. Hlavními rysy jsou časová omezenost, aktivní spolupráce, východisko v teoriích učení, zaměření na přítomnost, zaměření na konkrétní přístupy, zaměření na to, co je pozorovatelné, stanovení konkrétních cílů, směřování k soběstačnosti klienta, důraz na vědeckost.

Do proudu **hlubinné psychoterapie** můžeme zařadit Fredovu psychoanalýzu, Adlerovu psychoterapii založenou na individuální analýze a Jungovu psychoterapii. Ve všech třech přístupech jde v různé míře o dosažení toho, aby se nevědomé stalo vědomým. Teorie se snaží vysvětlit, co jedince vede k užívání a udržování závislosti na návykové látce. Závislost chápe jako výsledek konfliktu potlačené myšlenky a obrany proti ní. Cílem hlubinné terapie je učinit tento nevědomý konflikt vědomým. Tato psychoterapie směřuje k dosažení náhledu, prožití korektivní emoční zkušenosti, zkoušení nového chování, k dosažení zdárné sociální adaptace.

Humanistická psychoterapie obsahuje několik směrů, jež chápou každého člověka jako jedinečnou osobu usilující o sebeaktualizaci. Humanistická psychoterapie je zaměřena na pomoc v růstu a sebeaktualizaci. Humanistická psychoterapie (spolu s behaviorální psychoterapií) je často uplatňována v ústavní střednědobé léčbě závislostí.

3.3 Obezita a některé jiné poruchy příjmu potravy

3.3.1 K vymezení pojmu

Obezita (otylost) je stav, ve kterém přirozená energetická rezerva, která je uložena v tukové tkáni, stoupla nad obvyklou úroveň a poškozuje zdraví. Pro bělošskou evropskou populaci je podle kritérií Světové zdravotnické organizace definována indexem tělesné hmotnosti (BMI) vyšším než **30**. Hodnota BMI v rozmezí 25-30 je u bělošské evropské populace označována jako *nadváha*.

3.3.2 Psychologické a biologické příčiny obezity

V opoře věnované obecné psychologii jsme u hladu zdůrazňovali homeostatické mechanismy. Avšak naše potravní chování se od homeostázy v mnoha ohledech odchyluje. Tělesná hmotnost některých lidí není tak konstantní, jak by bylo možno z hlediska této teorie očekávat. Nejčastější odchylkou od tohoto principu je přejídání a následně právě uvedená *nadváha* a *obezita*. V České republice bojuje s obezitou podle statistických údajů cca 20 % mužů a 30 % žen. Obezita je obecně častější u žen než u mužů. Oproti tomu je častější *nadváha* u mužů než u žen. V ČR odhadem 70 % jedinců spadá do jedné z těchto dvou kategorií.

Obezita je velkým *zdravotním problémem*, neboť přispívá k vyššímu krevnímu tlaku a vzniku srdečních onemocnění. Navíc je *sociálním stigmatem*, neboť obézní lidé jsou často vnímáni jako slabší s nedostatkem vůle.

Genetické faktory

Většina vědců souhlasí s tím, že je obezita komplexním problémem a může zahrnovat genetické, metabolické, psychické a sociální faktory, vliv výživy i prostředí. Obezita není pravděpodobně jednou poruchou, ale skupinou poruch, jejichž hlavním příznakem je tloušťka. Odpověď na otázku, jak se stane člověk obézní, je velmi složitá. V principu lze podle klíčových faktorů uvažovat o třech hlavních vlivech, jimiž jsou genetické faktory, příjem kalorií a interakce těchto dvou faktorů.

Je dlouho známo, že se obezita dědí. V rodinách, v nichž není žádný z rodičů obézní, se narodí jen asi 10 % dětí, které budou obézní. V rodinách, v nichž je jeden rodič obézní bude těchto dětí asi 40 %. V rodinách s oběma obézními rodiči je toto očekávání ještě vyšší – 70 %. Tyto statistické údaje poukazují na vliv genetických faktorů na obezitu, i když je nedokazují. Je možno například předložit hypotézu vyvozenou z teorie sociálního učení – děti pouze napodobují jídelní zvyky svých rodičů. Nicméně tato hypotéza patrně neobstojí.

Studie dvojčat

Jedním ze způsobů získávání důkazů o úloze dědičnosti je studium jednovaječných dvojčat. V jednom experimentu bydlelo 12 párů jednovaječných dvojčat (vždy šlo o muže) po dobu 100 dní na studentské koleji. Záměrem experimentu bylo dosáhnout u nich přírůstku váhy. Stravovací režim každého z nich obsahoval denně 1000 kalorií navíc. Jejich tělesná aktivita byla omezena, nebylo jim povoleno cvičit a místo toho trávili hodně času čtením, sledováním

televize a hraním stolních her. Na konci experimentu přibrali všichni muži na hmotnosti, avšak rozdílně – někteří čtyři, jiní až třináct kilogramů. Někteří přibrali spíše v pase, jiní spíše na hýždích a stehnech. Mezi sourozenci přitom byla vysoká míry konsistence jak co do přibrané váhy, tak co do místa přírůstku nadváhy. Při stejných vlivech prostředí tedy rozhodují o výši a formě nadváhy ve vysoké míře geny.

V jiné studii byla získána data od 93 párů jednovaječných dvojčat vychovávaných odděleně a 153 párů dvojčat, která byla vychovávána společně. Sourozenci měli vždy vysoce podobnou váhu, nezávisle na tom, zda byli vychováváni společně nebo odděleně, tedy nezávisle na prostředí.

Vzniklé rozdíly jsou pravděpodobně dány rozdíly v metabolismu organismu. U někoho jsou nadbytečné kalorie ukládány do tukových zásob, u jiného dochází k jejich spálení jinými metabolickými procesy.

6. Tukové buňky

Pokud hraje genetika svoji úlohu při růstu tělesné hmotnosti, potřebovali bychom vědět, které trávicí a metabolické procesy jsou ovlivněny genovou výbavou a navozují růst hmotnosti. Jednou z možností jsou tukové buňky, v nichž se skladuje veškerý tuk nacházející se v těle. V těle průměrného dospělého jedince se nachází asi 30-40 miliard tukových buněk. Rozsah nadměrné tělesné hmotnosti se však v dospělé populaci liší o více než 25-33 %, což bychom na základě uvedeného počtu tukových buněk očekávali. Mezi další faktory ovlivňující dosahování nadměrné hmotnosti totiž nepatří pouze počet tukových buněk, ale i jejich velikost. A čím více jedinec přijme kalorií, které nespálí, tím více tukové buňky v jeho těle rostou.

V jedné studii bylo u obézních pokusných osob zjištěno, že mají třikrát více tukových buněk než srovnatelní jedinci s přiměřenou tělesnou váhou. V jiných studiích přišli vědci na to, že krysy, které mají dvojnásobný počet tukových buněk, než je obvyklé, mají tendenci být dvakrát tlustší než krysy kontrolní. Pokud byla z těla mladých krys vyoperována polovina počtu jejich tukových buněk, dosahovaly tyto krysy v dospělosti poloviční tloušťky svých sourozenců. Z toho vyplývá, že existuje vazba mezi geny a počtem tukových buněk a další vazba mezi počtem tukových buněk a obezitou. Geny mají prostřednictvím tohoto řetězce úzký vztah k obezitě.

Léky, dieta a základní nastavení

Úsilí o zhubnutí má mnoho podob. Jednou z nich je požívání různých léků. Jejich užívání však může mít velmi různé výsledky. Léky mohou přímou cestou působit na snížení chuti k jídlu, čímž dochází k omezení pocitu hladu. Jiné léky naopak nepůsobí přímou cestou na snížení chuti k jídlu, ale snižují tzv. *základní nastavení* (set point), tedy váhu, na niž je tělo nastaveno a již si snaží udržet. Vědci dospěli k závěru, že tento účinek má například anorektikum *fenfluramin*. Účinek těchto léků byl shodný jako účinek léků přímo působících na snížení chuti k jídlu do té doby, než hmotnost jedince klesla na snížené základní nastavení. Jakmile však váha poklesla na tuto úroveň, chuť k jídlu se rychle vrátila a organismus si tak udržoval hmotnost na této nové úrovni nastavení. A když v této chvíli jedinec přestal užívat léky na snížení hmotnosti, vrátilo se základní nastavení na původní hodnotu a jedinec velmi rychle přibral, co předtím pracně shodil. Některé látky, například *nikotin*, pomáhají při snižování hmotnosti tím, že zvyšují metabolismus buněk, takže je spáleno více kalorií (méně se jich ukládá do tukových buněk).

Jedním z důvodů, proč řada psychologů zastává hypotézu o základním nastavení, je silná tendence obézních dospělých jedinců vracet se po ukončení diety na původní váhu. Odsání tukových buněk u dospělých krys nemá za následek trvalou ztrátu hmotnosti, zatímco odsátí

těchto buněk u krys mladých k této redukci vede. U dospělých krys se totiž začne tuk ukládat na jiných místech. Toto tvrzení pravděpodobně platí i pro obézní dospělé lidi, kteří podstoupí liposukci.

Někteří odborníci zastávají názor, že jakmile dospějeme do dospělosti, bude se tuková tkáň snažit udržet na této základní hodnotě nastavení. Mozek však po zjištění změny v množství tělesného tuku začne ovlivňovat pocity hladu. Například „gen obezity“ u myši pravděpodobně řídí schopnost tukových buněk vyrábět chemický signál sytosti. Myši, které tento gen nemají, se stanou obézními. Obecně platí, že čím více máme tělesného tuku, tím více je do krve uvolňován signál sytosti. Dosud nebylo zjištěno, zda v případě obezity u lidí dochází k poruše tohoto faktoru sytosti nebo genu. Na druhou stranu možnost, že množství tělesného tuku je udržováno na stejné úrovni, nám může pomoci vysvětlit, proč mají někteří obézní lidé po zhubnutí problémy s udržení nižší váhy.

Stručně řečeno existuje několik způsobů, jakými geny zodpovídají za nadměrný váhový přírůstek, včetně velkého počtu a značné velikosti tukových buněk, vysokého základního nastavení a nízkého metabolismu.

Přejídání

Mezi psychické faktory charakterizující příjem potravy u lidí, kteří se snaží zhubnout, patří selhání vědomých omezení a emoční aspekty.

Selhání vědomých omezení

Někteří lidé zůstávají obézními proto, že po ukončení diety začnou nezdrženlivě jíst. Nebo mohou přerušit dietu a přejít se natolik, že získají více kalorií, než by získali bez držení této diety. Dieta pro ně byla vědomým omezením a selhání kontroly je faktorem zvyšujícím příjem kalorií.

Vědci ve snaze plněji porozumět úloze vědomého omezení vyvinuli dotazník, ve kterém jsou obsaženy otázky týkající se diet, hmotnostní křivky v minulosti a vztahu k jídlu (například: Jak často držíte dietu? Platí o Vás, že ve společnosti druhých jíte málo, zatímco o samotě se přejídáte?). Získané výsledky ukazují, že téměř všichni lidé – nezávisle na tělesné váze – mohou být klasifikováni do dvou kategorií: lidé vědomě se omezující v jídlu a lidé, kteří na sebe takový tlak nevyvíjejí. Přitom se ukazuje, že potravní chování lidí, kteří se omezují, je bližší chování obézních jedinců než chování osob, které se v jídlu vědomě neomezují.

V jedné studii byli požádáni jedinci omezující a jedinci neomezující jídlo (všichni s normální hmotností), aby vypili buď dva mléčné koktejly (první skupina), nebo jeden (druhá skupina), nebo žádný (třetí skupina). Poté jim byla nabídnuta zmrzlina a oni byli vyzváni, aby jí snědli, kolik sami chtějí. Kupodivu se ukázalo, že mezi těmito skupinami existují výrazné rozdíly. V souladu s očekáváním ti jedinci, kteří se vědomě *neomezují*, snědli ve druhé etapě tím více zmrzliny, čím méně koktejlů předtím vypili. Jedinci, kteří se v jídlu vědomě *omezují*, však kupodivu snědli tím více zmrzliny, čím více koktejlů vypili. Jakoby tito jedinci ignorovali nejen běžné impulsy k jedení, ale také impulsy sytosti. Obejde-li se u nich vědomá kontrola, mají sklon se přejídat.

Emoční aspekty

Jedinci s nadváhou často udávají, že mají sklon jíst více, když se cítí napjatí nebo úzkostní, což potvrzují i výzkumy. Obézní osoby jedí více, když se nacházejí v situaci vyvolávající silnou úzkost, než když se nacházejí v situaci vyvolávající úzkost slabou. Oproti tomu lidé s normální váhou jí více v situaci navozující slabou úzkost než úzkost silnou. Jiné výzkumy ukazují, že u některých obézních osob vede ke zvýšenému příjmu potravy jakýkoli druh emočního vybuzení. V jedné studii sledovali osoby s nadváhou a osoby s váhou normální ve

čtyřech různých sezeních čtyři různé filmy. Každý z těchto filmů navozoval určité emoce: jeden úzkost, druhý byl zábavný, třetí sexuální vzrušení, čtvrtý nudu. Po zhlédnutí každého z nich byly pokusné osoby požádány, aby ochutnaly a ohodnotily různé druhy sušenek. Obézní osoby jedly významně více sušenek po zhlédnutí kteréhokoliv z prvních tří filmů – které vybuzovaly určité emoce – než po zhlédnutí čtvrtého, tj. nudného filmu. Osoby s normální hmotností nebyly v tomto smyslu obsahem filmu vůbec ovlivněny a jedly vždy stejné množství sušenek.

Vliv emočního stresu na zvýšení příjmu potravy byl zaznamenán i u zvířat (nikoliv však pouze u obézních!). Tato skutečnost by mohla znamenat, že stres aktivuje základní mozkové systémy, které za určitých podmínek navozují přejídání.

3.3.3 Tělesné a psychosociální důsledky přejídání

Somatické důsledky. Nadváha a obezita vedou k častějším úmrtím na srdeční a cévní choroby. Kvůli zvýšené hladině tuků v krvi dochází ke kornatění cév. Proto obézní lidé až pětkrát častěji trpí srdeční slabostí – ischemickou chorobou srdeční a angínou pectoris, kdy dochází k zúžení věnčitých tepen a nepoměru mezi potřebou a dodávkou kyslíku do srdečního svalu. Lidé s nadváhou a obezitou umírají skoro třikrát častěji na srdeční infarkt a mozkovou mrtvici než lidé s normální nebo podprůměrnou hmotností. Obezita výrazně zvyšuje riziko vzniku nádorů, především ledvin, prostaty, střev, žlučníku a gynekologických nádorů u žen.

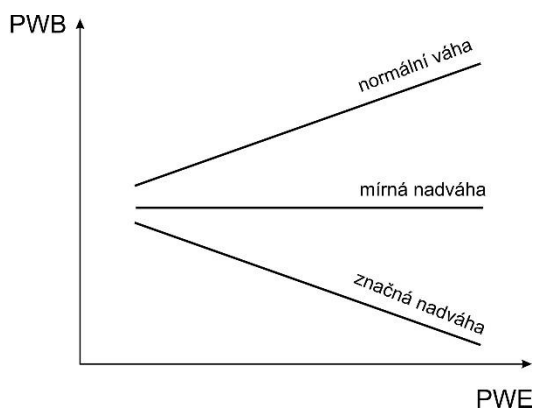
Obezita velmi často stojí za vznikem a rozvojem tzv. cukrovky druhého typu, které přibývá s věkem. Cukrovka je stav, kdy tělo nedokáže zpracovat cukr v potravě a ten se hromadí v krvi (zvýšená glykémie). Cukrovka druhého typu bývá do značné míry způsobena právě chybami životosprávy – nedostatkem pohybu, zvýšeným příjmem tuků a masa v potravě a obezitou. Výskyt cukrovky je 3x vyšší u lidí s nadváhou a až 100x vyšší u těžké obezity s BMI přes 35.

Nadváha je často doprovázena spoustou dalších nepříjemných obtíží, které snižují kvalitu života, například žlučnickovými kameny, úpornými bolestmi zad, nespavostí, zažívacími obtížemi, křečovými žilami, celulitidou. Nadváha působí škodlivě na páteř a klouby, vyvolává artrózy především nosných kloubů (kolena a kyčle). Obezita často způsobuje dnu, vytváří častější riziko nebezpečných komplikací při úrazech a po operacích. Bylo prokázáno, že obezita může znamenat vyšší riziko depresí a poruch příjmu potravy především u žen.

Psychosociální důsledky. Obezita však není pouze tělesným problémem. V západních společnostech bývá někdy předmětem kritiky i sebekritiky, neboť je v rozporu s některými klíčovými kulturními hodnotami, zejména s tzv. protestantskou pracovní etikou (**PWE**). Mezi její hlavní hodnoty patří tvrdá práce, sebeovládání, schopnost odpírání si svodů tohoto světa a asketismus. Výzkumy různých autorů ukazují, že protestantská pracovní etika může mít kladné, ale i záporné účinky na sebevědomí a kvalitu života jedinců, kteří splňují nebo naopak nesplňují její principy. Neschopnost askeze a sebekázně jsou chápány jako morální defekt a ti, kteří ho vykazují, jsou obětí opovržení, urážek, zesměšňování. Tyto negativní odsudky mohou někdy obrátit i proti sobě samým.

V jednom výzkumu jeho autorky (Quinn a Crocker, 1999) zkoumaly souvislosti mezi protestantskou pracovní etikou a několika indexy kvality života u souboru 257 studentek. Studentky vyplnily určitou škálu protestantské pracovní etiky a tři škály týkající se kvality života (dotazníky sebeúcty, deprese a úzkosti). Kromě toho měly sebe samé zařadit do jedné z pěti kategorií podle váhy. Byly jimi značná nadváha, mírná nadváha, normální váha, mírná podváha a značná podváha.

Výsledky analýzy rozptylu vedou ke zjištění, že čím jsou dívky silnější, tím silněji vyznávají protestantskou pracovní etiku. Současně se ale ukázalo, že intenzita vyznávání protestantské pracovní etiky je v těchto vztazích s indexy psychologického well-beingu (PWB).



Graf 12 Závislost psychologické pohody na tělesné hmotnosti a hodnotách (PWE)

Zdroj: Quinn, D. M., & Crocker, J. (1999). *When ideology hurts: Effects of feeling fat and the Protestant ethic on the psychological well-being of women*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 402-414.

U studentek s normální váhou (nejvyšší úsečka) platilo, že čím silněji vyznávaly protestantskou pracovní etiku, tím byly samy se sebou spokojenější a tím méně vykazovaly příznaky deprese a úzkosti. Vyznávání kulturních hodnot zde tedy má za následek lepší duševní zdraví a vyšší kvalitu života. U studentek s mírnou nadváhou (střední úsečka) nebyla zjištěna žádná souvislost mezi protestantskou pracovní etikou a kvalitou života. Naopak u studentek s nadváhou byl zjištěn negativní vztah: čím silněji vyznávaly tyto studentky protestantskou pracovní etiku, tím méně si vážily sebe samých a tím častěji se u nich vyskytovaly deprese a anxieta.

3.3.4 Psychoterapeutické přístupy k boji s obezitou

Diety a kontrola váhy

Ačkoliv genetické faktory mohou omezovat hmotnost, kterou můžeme pohodlně shodit, lidé s nadváhou se mohou účastnit programů zaměřených na kontrolu hmotnosti. Účinný program však musí obsahovat více než pouze extrémní diety.

Diety a jejich omezení

Naneštěstí lidé, kteří drží diety, nejsou ve svém úsilí většinou úspěšní, a ti, kterým se podaří několik kilogramů shodit, je často znovu přiberou. Tento stav věcí se zdá být zčásti důsledkem dvou hluboce založených lidských reakcí na dočasné omezení potravy. První reakcí je, že omezení potravy může samo o sobě vést k následnému přejídání. V jednom experimentu byly krysy po čtyři dny omezovány v příjmu potravy, poté jim bylo umožněno jíst, kolik chtěly. Tyto krysy jedly i po navrácení na svoji původní váhu více, než kontrolní skupina, která nebyla deprivována. Z toho vyplývá, že předchozí omezení v jídlu vede k následnému přejídání, a to i poté, co byla znovu nabyta ztráta hmotnosti v důsledku omezování.

Druhou reakcí je skutečnost, že omezování potravy vede ke snížení metabolismu, a jak je známo, čím nižší rychlost metabolismu, tím méně kalorií je vydáváno a tedy tím vyšší tělesná hmotnost. Následkem toho je snížení kalorického příjmu kompenzováno zpomalením metabolismu, což osobám, které se snaží zhubnout, komplikuje život. Snížení rychlosti metabolických procesů navíc vykazuje určitý trend: v každém dalším kole držení diety reaguje organismus dalším snížením rychlosti metabolismu, takže je hubnutí stále obtížnější a obtížnější.

Obě reakce na omezování potravy – nezdrženlivé jedení a snížení rychlosti metabolismu – jsou srozumitelné z hlediska evolučního přístupu v psychologii. Je zřejmé, že donedávna bylo omezení příjmu potravy spojeno s nedostatkem potravy v prostředí. Jednou adaptivní reakcí na tento nedostatek je přejídání a vytváření tukových zásob v době hojnosti. Druhou adaptivní reakcí je snižování rychlosti metabolismu a tedy výdeje energie. Obě reakce byly funkční v minulých dobách, avšak v dnešní době představují evoluční přežitky, které nám komplikují život.

Programy zaměřené na kontrolu hmotnosti

Aby obézní jedinci zhubli a udrželi si nižší váhu, je nutné u nich stanovit nové jídelní návyky (jako protiklad k současnému držení diety) a zapojit je do programu tělesného cvičení. Viz například následující studie:

Po dobu šesti měsíců se obézní jedinci účastnili jednoho ze tří léčebných režimů:

- behaviorální změny jídelních a pohybových návyků; tyto jedinci byli vedeni k uvědomování si situací, které je podněcují k přejídání, aby měnili podmínky, jež byly s přejídáním spojeny, aby se sami odměňovali za přiměřené jídelní chování a vytvářeli si vhodný pohybový režim;
- medikamentózní terapie s použitím léku potlačujícího chuť k jídlu (fenfluramin);
- kombinace behaviorální a medikamentózní terapie.

Osoby ve všech třech skupinách držely dietu nepřesahující příjem maximálně 1200 kalorií denně, byly jim poskytovány informace o pohybu a o výživě. Kromě toho se výzkumu zúčastnily ještě dvě kontrolní skupiny, jedna z nich čekala, až se bude moci programu zúčastnit, druhá navštěvovala lékaře zaměřeného na poradenství s nadváhou.

Výsledky:

	úbytek hmotnosti po terapii (kg)	úbytek hmotnosti o rok později (kg)
behaviorální terapie (E1)	-10,8	-9,0
medikamentózní terapie (E2)	-14,4	-6,2
kombinovaná terapie (E3)	-15,2	-4,5
čekatelé na terapii (K1)	+1,3	0
ambulantní pacienti (K2)	-5,9	0

Tabulka 25 Účinky různých programů na úbytek hmotnosti.

Zdroj: Craighead, L. W., Stunkard, A. J., O'Brien, R. M. (1981) *Behavior therapy and pharmacotherapy for obesity*. Archives of General Psychiatry, 38, 763-8.

Čím vysvětlit tyto rozdíly v úbytku váhy po roce? Patrně tím, že jedinci s behaviorální terapií začali přičítat svoji váhu sobě a svému úsilí. Oproti tomu jedinci z druhé skupiny přičítali spíše postupně se zvyšující váhu – od skončení terapie přibrali cca osm kilogramů – medikamentu a nikoliv svojí kontrole. Navíc medikament mohl u nich dočasně snížit pocity hladu, které se po ukončení terapie opět vrátily na původní úroveň.

3.4 Kardiovaskulární choroby

Kardiovaskulární onemocnění se řadí mezi civilizační choroby. Dle WHO jsou v západní civilizaci nejčastější příčinou úmrtí. Většina onemocnění srdečně cévního systému, s výjimkou vrozených vad, se vyskytuje spíše v dospělém věku. Po 50. roce života počet případů onemocnění oběhové soustavy narůstá. Častěji jsou postiženi muži, neboť ženy jsou v produktivním věku chráněny ženskými pohlavními hormony (estrogeny). V klimakteriu tento ochranný efekt mizí.

Mezi kardiovaskulární onemocnění patří

- hypertenze
- angina pectoris
- infarkt myokardu
- kardiomyopatie
- vrozené srdeční vady
- získané srdeční vady
- ischemická choroba srdeční
- ischemická choroba cév DK
- cévní mozkové příhody
- záněty žil
- chronická žilní nedostatečnost (městky).

3.4.1 Příčiny kardiovaskulárních problémů

Vznik kardiovaskulárních chorob je spojen s řadou proměnných, které se týkají životního stylu, demografických a fyziologických charakteristik jedinců a populací.

Mezinárodní srovnání například ukazuje, že v Rusku jsou kardiovaskulární choroby extrémně častou příčinou úmrtí, zatímco v Japonsku nebo ve Francii jsou její příčinou jen ve velmi malém počtu případů. To ukazuje na vlivy kultury a životního stylu.

V jedné rozsáhlé studii, jíž se zúčastnilo více než 30 000 respondentů z 52 států světa, byly zjišťovány rozdíly mezi jedinci, kteří prodělali některou z vážnějších kardiovaskulárních chorob, a jedinci ostatními. Tato studie vedla k závěru, že nejlepšími prediktory některých nemocí (zejména anginy pectoris a infarktu myokardu) jsou:

- vyšší hodnoty LDL cholesterolu v krvi
- nižší hodnoty HDL cholesterolu v krvi
- pravidelné kouření několika cigaret denně
- časté vystavení stresům
- nadváha nebo přímo obezita
- diabetes
- nedostatek fyzické aktivity
- zvýšený krevní tlak.

Některé další studie uvádějí jako rizikové faktory rovněž výskyt kardiovaskulárních chorob v rodině mezi biologicky příbuznými jedinci a nadměrnou spotřebu alkoholu.

Experimentální i prospektivní studie ukazují, že mezi hlavní psychologické faktory patří negativní emoce, zejména **vztek, deprese a úzkost**. Kromě toho se ukazuje, že u lidí, kteří již trpí na kardiovaskulární onemocnění, zvyšují tyto emoce pravděpodobnost infarktu myokardu a úmrtí.

Vztah mezi negativními emocemi a kardiovaskulárními chorobami je stále otázkou teoretických a empirických bádání. Podle nejlivnější hypotézy mají některé emoce – zejména vztek – přímé vlivy na fyziologickou reaktivitu organismu. Silné negativní emoce jsou spojené zejména s rychlejší a silnější reakcí autonomního systému. Sympatický systém reaguje velmi intenzivně, a to zejména *zvýšením krevního tlaku*. Ten je pak vlastní příčinou kardiovaskulárních chorob. Podle jiné hypotézy jsou negativní emoce i kardiovaskulární choroby způsobené společnými geny. Podle třetí hypotézy jsou negativní emoce – kromě přímého účinku na organismus – příčinou nezdravého životního stylu (kouření, pití, nedostatek pohybu), který je další příčinou těchto zdravotních problémů.

Negativní emoce jsou spojené rovněž s konflikty v interpersonálních vztazích, které se tak stávají vzdálenější příčinou těchto chorob. Například konflikty ve vztazích a rozvod manželství jsou statisticky průkaznými prediktory kardiovaskulárních chorob. Chronické manželské rozepře – týkající se například finančních problémů – jsou spojené s častým výskytem negativních emocí a jsou rizikovým faktorem výskytu těchto nemocí. Pokud tyto problémy přetrvávají i při léčbě kardiovaskulární choroby, snižují účinek její léčby.

Kromě toho se ukazuje, že samotná nemoc může být příčinou konfliktů ve vztazích – a tak přispět ke zhoršení vyhlídek na vyléčení. Nemoc může být pro mnohé vztahy a rodiny stresorem. Nemocný jedinec například trpí často po dobu několika měsíců i let depesemi, úzkostmi a obavami o svůj zdravotní stav a o svůj život. To ho nezřídka vede k tomu, že on sám omezuje své aktivity ve prospěch rodiny. Ale i rodina ho často šetří a dělá z něj „rodinného invalidu“. Jeho postavení v rodině se tak mění k horšímu, nezřídka se k horšímu mění i jeho intimní život.

Jiným faktorem přispívajícím ke zvýšení pravděpodobnosti výskytu kardiovaskulárních chorob je pracovní stres. Jak jsme viděli v části věnované modelu pracovního stresu R. Karaska, představují povolání, v nichž dochází ke kombinaci vysoké psychické náročnosti a nízké míry kontroly, pro jedince vysokou míru zátěže. Tato povolání jsou spojena s vysokou mírou stresu. Vysoké psychické nároky zde u jedince vedou ke zvýšené hladině fyziologického vybuzení provázeného vyloučením vyšší míry adrenalinu a zrychlením srdečního tepu. Jestliže jedinec nemůže – v důsledku nízké možnosti kontrolovat zdroje stresu – tuto fyziologickou reakci vhodným způsobem převést do adaptivní, účelné reakce, přetrvává u něj tento fyziologický arousal po delší dobu. Jde o neodreagovaný stres. Ten zvyšuje pravděpodobnost výskytu kardiovaskulárních chorob.

Oproti tomu jsme současně již na více místech tohoto studijního textu uvedli, že opora v druhých představuje protektivní faktor proti stresu. Výzkumy v souvislosti s tím potvrzují, že sociální opora na pracovišti snižuje pravděpodobnost onemocnění na kardiovaskulární nemoci a riziko úmrtí na ně. Navíc jedinci, kteří se těší vysoké míře sociální opory, se například po infarktu myokardu rychleji uzdravují a méně často umírají na jeho následky.

Osobnost typu A (OTA)

V části věnované vztahům mezi osobnostmi a zdravím jsme se věnovali rovněž syndromu chování typu A a B (viz kapitola 1.3 této opory). Lidé se syndromem chování typu A vykazují projevy netrpělivosti, hněvu a soutěživosti, kdežto lidé s chováním typu B se projevují celkově mnohem uvolněněji a vyrovnaněji. Syndrom chování typu A je rovněž velmi významným prediktorem kardiovaskulárních chorob. Připomeňme, že Friedman a Roseman v rozsáhlých studiích ukázali, že u lidí s chováním typu A je pravděpodobnost onemocnění na srdeční infarkt o 8 % vyšší než u lidí s chováním typu B.

Se syndromem chování typu A se ale setkáváme i v adolescenci a mladé dospělosti. Zvyšuje i zde pravděpodobnost onemocnění na kardiovaskulární choroby? Podle některých autorů

může být OTA v průběhu vývoje, zejména v adolescenci a mladé dospělosti, rizikovým faktorem vzniku srdečních chorob ze dvou důvodů:

- OTA může stimulovat zvýšení krevního tlaku – tedy prvořadého rizikového faktoru pro vznik srdečních nemocí.
- OTA může podporovat kuřácké návyky a tím zvyšovat spotřebu cigaret – dalšího rizikového faktoru.

Například Garritty et al. (1990) informují o longitudinálním výzkumu, který proběhl v letech 1978-9 a 1985-8. Celkem byla získána data od 375 respondentů, jimž bylo při prvním měření 19 až 24 let. U těchto respondentů byly v obou etapách zjišťovány údaje o těchto rizikových faktorech:

- krevním tlaku (systolickém i diastolickém)
- hladině cholesterolu v krvi
- tělesné váze a výšce (BMI) a o
- kuřáckých návycích.

Tyto údaje byly dány do souvislosti s jejich pohlavím, rasou a výsledky v dotazníku OTA.

Výsledky ukazují, že

- pohlaví ani rasa s těmito rizikovými faktory nesouvisely;
- s rozdíly v typu chování (A vs B) souvisely rozdíly v systolickém tlaku: u respondentů s chováním typu A se za sledované období (tj. během 7–10 let) zvýšil tlak o 2,9 mmHg, u respondentů s chováním typu B se za sledované období tlak naopak snížil o 1,5 mmHg;
- s rozdíly v typu chování (A vs B) souvisely rozdíly v kouření: u respondentů s chováním typu A došlo za sledované období k výraznějšímu zvýšení frekvence kouření než u respondentů s chováním typu B.

Výsledky tohoto výzkumu jsou tak podle názoru jeho autorů v souladu s oběma hypotézami: OTA může v mladé dospělosti přímo stimulovat zvýšení krevního tlaku a navíc může podporovat kuřácké zvyky.

3.4.2 Terapie aplikovaná při prevenci kardiovaskulárních chorob

K terapii kardiovaskulárních chorob je opět používáno více druhů terapie. K nejčastějším a nejefektivnějším patří tzv. **behaviorální medicína**. Mnoho technik behaviorální medicíny je zaměřeno na *změnu životního stylu jedince* s cílem prevence nebo terapie tělesných nemocí nebo zlepšení kvality jeho života.

Mezi hlavní sledované komponenty životního stylu patří:

- tělesné cvičení
- požívání alkoholu
- dieta
- spánkový režim atp.

Jiný účinný druh terapie spočívá v **modelování**. V kapitole věnované psychoterapii jsme uvedli výzkum Friedmana a jeho spolupracovníků, který se týkal důsledků změny životního stylu u pacientů, kteří prodělali srdeční infarkt, na účinnost jejich léčby. V jejich vzorku vykazovala většina pacientů syndrom chování typu A. Pacienti se v projektu učili kontrolovat a ovládat své chování nacvičováním chování typu B. Program trval tři roky. Byly jim zadávány například tyto instrukce

- Nech si hodinky doma.

- Všiměj si pozorně všeho, co tě rozčiluje, a zapiš si to na papír.
- Kup někomu z rodiny malý, ale pečlivě vybraný dárek.
- Přestaň se snažit dělat více věcí současně.
- Vidíš-li, že někdo dělá něco pomaleji, než bys to zvládl ty, nezasahuj.

Výsledky ukázaly, že u pacientů, u nichž došlo ke změně životního stylu, došlo k výraznému snížení srdečních příhod. Účinek této terapie byl prokazatelný ještě několik let po ukončení programu.

3.5 Diabetes mellitus

Diabetes mellitus (DM; česky cukrovka), je název pro skupinu chronických onemocnění spojených s poruchou metabolismu glukózy. V buňkách je glukóza štěpena na jednodušší látky, přičemž se uvolňuje energie. Proto je hlavním projevem diabetu zvýšená koncentrace glukózy v krvi a nedostatek energie. Rozlišují se dva základní typy: diabetes 1. typu a diabetes 2. typu. Obě dvě nemoci mají podobné příznaky, ale odlišné příčiny vzniku. V prvotních stádiích DM 1. typu jsou vlastním imunitním systémem ničeny buňky slinivky břišní, které produkují hormon inzulín. Proto se DM 1. typu řadí mezi autoimunitní choroby. Diabetes 2. typu je způsoben sníženou citlivostí tkání vlastního těla k inzulínu.

3.5.1 Psychologické faktory zvyšující riziko onemocnění

Ačkoli je diabetes především biologickou, somatickou nemocí, ovlivňuje jeho vznik a vývoj a úspěšnost jeho terapie řada psychologických faktorů. Patří mezi ně především stres, negativní emocionální stavy (z nich zejména deprese), opora v druhých, míra autonomie a převzetí odpovědnosti za vlastní léčbu a s ní související informovanost o povaze nemoci a boji s ní. Postupně se jim budeme věnovat v této části.

Stres

Oba dva typy diabetu jsou dávány do vztahu se stresem, každý ale v jiném významu. Výzkumy jednovaječných dvojčat vedou ke zjištění, že u DM 1. typu je pouze cca 50 % dvojčat konkordantních, tj. vykazuje stejný zdravotní stav. Společné geny tedy nemohou plně vysvětlit vznik této nemoci, část musí připadat na vlivy prostředí. V souladu s tím se v retrospektivních studiích ukazuje, že výskyt tohoto typu diabetu statisticky významně často předcházely některé významné životní události, zejména ztráta někoho blízkého. Tato zjištění potvrzují i některé experimentální výzkumy se zvířaty. Současně se ale ukazuje, že vliv těchto významných životních událostí nemá ani u všech jedinců s predispozicí k DM 1. typu vždy za následek její propuknutí. Podle některých autorů do hry vstupují patrně některé osobnostní rysy, není ale úplně jasné, které. V některých výzkumech se například ukázalo, že genové predispozice a silné stresory zvyšují pravděpodobnost výskytu této nemoci u jedinců se syndromem chování typu A. Jiné studie však tyto závěry nepotvrdily. Vcelku je přijímána hypotéza, že stres může u některých lidí a za určitých okolností vyvolat tento typ diabetu, není však příliš jasné u kterých lidí a za jakých okolností. Je známo, že DM 1. typu vzniká v důsledku selektivní destrukce B buněk vlastním imunitním systémem. U této formy diabetu B-lymfocyty označí svými protilátkami B buňky slinivky břišní jako cizorodou část těla, čímž je nastartována imunitní reakce. T-lymfocyty a makrofágy takto označené buňky ničí. Stres zřejmě vede k nastartování této reakce u některých lidí s genetickou predispozicí. Přesný mechanismus však dosud není přesně objasněn.

Oproti tomu vedou výzkumy jednovaječných dvojčat ke zjištění, že u DM 2. typu je takřka 100 % dvojčat konkordantních, tj. oba jsou buď zdraví, nebo nemocní. Společné geny tedy plně vysvětlují vznik této nemoci. Prostředí v jeho etiopatogenezi nehraje žádnou roli. To ale neznamená, že stres nemůže být *spouštěčem* těchto procesů. Diabetes mellitus 2. typu je onemocnění, které je podmíněno nerovnováhou mezi sekrecí a účinkem inzulínu v metabolismu glukózy. To znamená, že slinivka diabetiků 2. typu produkuje nadbytek inzulínu, avšak jejich tělo je na inzulín „rezistentní“, tj. vzniká jeho relativní nedostatek. Určité vnější faktory však zřejmě musí vstupovat do hry. Klíčovou roli v jejich působení zřejmě hraje autonomní nervová soustava, která je u jedinců s DM 2. typu spojena s nadměrnou reaktivitou týkající se uvolňování glukózy. Různé stresory zřejmě tyto reakce spouštějí a vedou tak pravděpodobně ke vzniku nemoci. V souladu s tím se například ukazuje, že příznivý vliv na snížení hladiny glukózy v krvi mají relaxační techniky, které vedou ke snížení reaktivity autonomní nervové soustavy.

Deprese

Všichni občas prožíváme období, kdy jsme smutní, otupělí a o nic nemáme zájem – dokonce ani o nic příjemného. Mírná deprese je normální reakce na mnoho životních stresů. Situace, které nejčastěji vyvolávají depresi, jsou selhání ve škole nebo v práci, ztráta milovaného člověka, vážná choroba, stáří. Deprese je považována za poruchu tehdy, když jsou příznaky natolik vážné, že jedinci narušují každodenní život, a přetrvávají několik týdnů. U deprese jsou rozlišovány tři úrovně:

1. Dysforie je nejméně závažnou formou deprese; je charakterizována pocity smutku a sklíčenosti, které trvají nejméně dva týdny.

2. Depresivní syndrom je vážnější formou deprese, která je charakterizována přítomností alespoň tří z následujících devíti symptomů (každý z nich musí opět trvat nejméně dva týdny):

- smutek a sklíčenost, absence radosti
- ztráta zájmů; pasivita; ztráta radosti z aktivit, které dříve činily potěšení
- pocit bezcennosti nebo provinilosti (negativní sebepojetí)
- suicidální myšlenky, přání nebo pokusy
- potíže se soustředěním
- zpomalení tělesných pohybů a/nebo myšlenkových procesů
- změna chuti k jídlu
- poruchy spánku (insomnie, hypersomnie aj.)
- únava.

3. Velká depresivní epizoda je nejmájnější formou deprese, která je diagnostikována při přítomnosti alespoň pěti z uvedených symptomů, z nichž alespoň jedním musí být smutek nebo ztráta zájmů.

Řada studií vede ke zjištění, že se u pacientů s oběma formami diabetu vyskytuje poslední typ deprese (velká depresivní epizoda) třikrát až čtyřikrát častěji než u běžné populace. Kromě toho se ukazuje, že u diabetiků v průměru trvají depresivní stavy déle než u ostatních. Odpověď na otázku, co je čeho příčinou, je zde složitá. Zdá se, že působení je opět oboustranné. Některé výzkumy vedou ke zjištění, že se deprese vyskytuje až po nástupu diabetu, a že je tedy patrně reakcí na tento zdravotní stav. Tato reakce přitom může být navozena jak některými fyziologickými změnami organismu vlivem diabetu, tak může jít o psychickou reflexi tohoto vážného zdravotního stavu.

Jiné výzkumy však naznačují opačnou souvislost. Silné deprese jsou často spojené s některými změnami v metabolismu pacientů, mezi něž patří i změna rezistence k inzulínu. Tato změna může u jedinců s predispozicí DM 2. typu spustit reakce, které vedou

k propuknutí této nemoci. Kromě toho může být deprese zapojena do etiopatogeneze DM i zprostředkovaně. Depresivní jedinci například méně často dodržují léčebný režim, inklinují k obezitě a k nezájmu o fyzické aktivity. Deprese tak přináší další rizikové faktory pro vznik a špatnou léčbu diabetu.

Sociální opora

Sociální opora není uváděna jako potenciální kauzální faktor ani jako faktor spouštějící diabetes, ale jako faktor moderující účinek stresujících faktorů a zmírňující somatické a psychologické dopady nemoci.

Opora ve druhých může mít nejsilnější účinky právě u chronických a náročných onemocnění, k nimž diabetes patří. Poskytování instrumentální a emocionální podpory se ukazuje být nepřínosnější. Pozornost je vzhledem k charakteru této nemoci věnována především podpoře, které se pacientům dostává v jejich rodinách. Výsledky těchto výzkumů vedou k závěrům, že opora ve členech rodiny a jejich pomoc zlepšuje účinek terapie dvěma způsoby. Prvním z nich je, že pacient lépe dodržuje léčebný režim, neboť mu ostatní napomáhají a sami ho k jeho dodržování (například k dodržování diety) nabádají. Výsledky výzkumů například ukazují, že existuje souvislost mezi dodržováním léčebného režimu a

- poměrem podpory obdržené k pacientem požadované podpoře ze strany rodiny
- poměrem kladných a záporných interakcí v rodině.

Druhý způsob je méně přímý a spočívá například v tom, že rodinní příslušníci pomáhají pacientovi změnit jeho životní styl, poskytují mu emocionální oporu, baví se o jeho nemoci a problémech atp.

Sociální opora ovšem není omezena pouze na rodinu. Mohou ji poskytnout rovněž přátelé, spolupracovníci, náhodní známí. V posledních letech se tato síť dokonce rozrostla díky internetu do nových dimenzí. Existuje například *Internetová podpůrná skupina pro pacienty s DM a jejich rodiny*. Tato skupina, kterou tvoří lékaři, psychologové a další profesionální pracovníci, nabízí informace a emocionální podporu všem, kteří se do ní přihlásí – čehož dnes využívá již několik desítek tisíc jedinců, zejména pacientů s diabetem.

Interakce pacienta s lékařem a autonomie pacienta

Pro účinnou léčbu diabetiků není tradiční model vztahu lékaře s pacientem, kdy lékař je odborník, který určuje cíle léčby a kontroluje dodržování předepsaných postupů a jejich výsledky, příliš vhodný. Cíle léčby je zde možno dosáhnout především tehdy, stane-li se pacient sám odborníkem na svoji nemoc a její terapii a bude-li motivován k dodržování postupů vedoucích k dosažení cílů, které sám za sebe přijme.

Výsledky výzkumů vedou v souladu s tímto modelem k závěru, že léčba je tím efektivnější, čím více se pacient cítí kompetentnější při boji s nemocí a čím více se cítí autonomní a vnitřně motivovaný k její léčbě. Například v jednom výzkumu inspirovaném teorií CET (viz kapitola 1.6 této opory) poskytovali lékaři v experimentální skupině pacientům silnou a delší dobu trvající podporu autonomie (dávali jim například prostor pro vlastní rozhodování, přijímali emoce pacientů a zdůrazňovali jejich roli pro léčbu, zevrubně je informovali o nemoci a postupech léčení, vynakládali minimální tlaky na chování pacientů atp.), zatímco u kontrolní skupiny se chovali „tradičně“. Výsledky ukazují, že po určité době vykazovali pacienti z první skupiny příznivější hodnoty glukózy v krvi a cítili se kompetentnější a více vnitřně motivovaní pro boj s nemocí než pacienti ve skupině kontrolní.

I výzkumy inspirované odlišnými teoriemi ukazují, že změna vztahu mezi pacientem a lékařem z direktivního na participativní je spojena s příznivými důsledky pro zdraví pacientů.

Současně se ale ukazuje, že tento model nevyhovuje všem pacientům stejně. Zejména starší a staří pacienti preferují vedení a spoléhají se raději na lékaře a rodinu než na sebe samé. Podpora autonomie pacientů má na účinky léčby i zprostředkované vlivy. Některé výzkumy například ukazují, že dodržování léčebných postupů a účinek léčby závisí zčásti na spokojenosti pacientů s lékařem a zdravotnickým personálem. A pacienti jsou s lékařem tím spokojenější, čím více podporují jejich autonomii a kompetence – například čím lépe a srozumitelněji je informují a čím jsou empatičtější. Odborná úroveň lékaře ani nákladnost léčby se spokojeností pacientů tak silně nespojují.

Vědomosti a poznatky

Zvyšující se náročnost léčby a důraz na vnitřní motivaci a kompetence pacientů s diabetem ústí ke kladení vyšších nároků na znalosti a vědomosti pacientů. Ty se týkají jak vlastního onemocnění, tak léčby, rizikových faktorů, diet, požadovaného životního stylu atd.

K dosažení tohoto cíle bylo vypracováno mnoho informačních materiálů, které jsou pacientům pravidelně rozdávány. Současně jsou vypracovávány testy, které zjišťují úroveň vědomostí pacientů. Výsledky výzkumů v tomto směru však často vedou ke dvěma neuspokojivým výsledkům. Prvním z nich je, že přes veškeré vynaložené úsilí pacienti příliš dobře informováni nejsou a často ani o tyto informace nevykazují zájem. Druhým zjištěním je, že ani u informovaných pacientů spolu míra znalostí o nemoci a její léčbě s vlastní účinností léčby prakticky vůbec nespojují. Tato „didaktická“ hypotéza se ukázala být nepodloženou.

Tato zjištění vedla ke změně v chápání vlivu informovanosti na účinky léčby. V současné době kladou odborníci menší důraz na „didaktickou“ stránku vědomostí a stále více zdůrazňují význam vědomostí pro vývoj pocitu kompetence, autonomie, sebeúčinnosti (self-efficacy), optimismu atp. Výsledky ukazují, že toto chápání informací – coby komponenty v celku osobnosti pacienta nacházejícího se v určitém vztahu s lékařem – má příznivější účinky na celkové zdraví pacientů.

3.5.2 Psychologická pomoc při vyrovnávání se s nemocí

Diabetes je onemocněním, které nelze léčit psychoterapií. Přesto je ale zřejmé, že v etiopatogenezi i v léčbě této nemoci hrají psychologické faktory značnou roli.

Psychologická pomoc opět může nabývat řadu podob. Otázkami efektivní rodinné sociální podpory se zabývá rodinná a systemická terapie. Behaviorální a kognitivně-behaviorální terapie může značně napomoci při snaze o dosažení optimálních způsobů autoregulace a změny depresivních stylů myšlení. Nabízí se ovšem i řada dalších terapeutických přístupů. Pokud je například diabetes spojen s nadváhou, kouřením, pasivitou atp., je vhodné přizpůsobit techniky povaze konkrétních problémů.

3.6 Další onemocnění - HIV-AIDS, karcinomy, astma

V poslední kapitole se v krátkosti věnujeme ještě třem dalším nemocem. Jde o nemoci, u nichž psychologické faktory zpravidla nejsou součástí etiopatogeneze a ani jejich léčba nespočívá primárně v psychoterapii. I zde ale poznání psychologických souvislostí napomáhá porozumění stavu pacienta a přispívá k jeho adaptaci na nemoc a někdy i ke zlepšení účinku farmakoterapie.

3.6.1 HIV-AIDS

HIV (Human Immunodeficiency Virus) je obalený RNA virus náležející mezi tzv. retroviry, což je skupina virů mající schopnost vytvořit podle své RNA molekulu DNA a tu následně vložit do genomu hostitelské buňky. Virus HIV napadá v organismu určitou skupinu bílých krvinek (označovaných jako *pomocné T lymfocyty* nebo *CD4+ T lymfocyty*), ve kterých se množí a později je zabíjí a snižuje tak jejich počet v těle nakaženého člověka. Tyto bílé krvinky hrají důležitou roli v obranyschopnosti lidského organismu.

Pokles bílých krvinek vede k selhání imunity a k rozvoji onemocnění označeného jako **AIDS** (**A**cquired **I**mmune **D**eficiency **S**yndrome). Lidský organismus začíná být náchylný k řadě infekčních a nádorových onemocnění. V současné době jsou známy dva typy lidských virů způsobujících onemocnění AIDS, které jsou označeny jako HIV-1 a HIV-2. Za pandemii AIDS je zodpovědný především virus HIV-1.

Virus HIV se vyskytuje v tělesných tekutinách, zejména v krvi, spermatu, poševním sekretu a v mateřském mléku. Přenáší se při kontaktu tělesných tekutin nakažené a nenakažené osoby. Tento kontakt má téměř vždy jednu z těchto podob:

- nechráněným pohlavním stykem
- krevní cestou (zejména při injekčním používání drog)
- z matky na dítě (narození dítěte infikované matce).

U velké většiny „HIV pozitivních“ dojde k rozvoji některého z příznaků HIV/AIDS obvykle až za 10-15 let po infekci virem HIV. Průběh nemoci a efektivita její farmakologické léčby závisí na řadě faktorů, mezi jiným i na včasné identifikaci HIV (kontrolou množství pomocných T-lymfocytů v krvi).

Sociálně psychologické důsledky AIDS

Každá epidemie vyvolává strach. Je-li však o nemoci kromě toho, že je smrtelná, známo jen málo, bývají reakce extrémní. Patří mezi ně diskriminace, segregace, někdy i týrání a vraždění lidí nakažených HIV.

Protože je v industrializovaných zemích AIDS spojen s homosexualitou a drogovými závislostmi, je často nakažený jedinec stigmatizován. Proto je jeho první otázkou, zda se má se svým stavem vůbec někomu svěřit. To někdy vede k tomu, že se neodvážá jít dokonce ani na testy HIV, ačkoli má důvodné podezření, že by mohl být infikován. Výsledky výzkumů přitom vedou ke zjištění, že svěří-li se jedinec se svou nemocí druhým, je postup jeho onemocnění pomalejší.

Efektivní biologická léčba spočívá především v poskytnutí antiretrovirálních léků. Tato léčba je – je-li HIV včas identifikován – velmi efektivní, ale finančně nákladná a náročná na dodržování léčebného režimu. Pacient občas musí brát léky, které mají některé negativní účinky, několikrát denně. Zde vstupuje do hry řada psychologických faktorů. Ukazuje se například, že pacienti dodržují lépe léčebný režim tehdy, mají-li oporu ve své rodině a ve svých parterech či partnerkách.

Nakažený jedinec se často obává, že bude všemi opuštěn, což ústí v depresivní stavy a v pocity zoufalství. Tyto deprese mohou být velmi silné, zejména u jedinců, kteří věří, že je jejich nemoc trestem za jejich špatné chování a kteří mají pocit zavržení od svých blízkých. Celkově se ukazuje, že vyrovnávání se s těmito stresory aktivním řešením problémů (zejména podstoupením testu HIV a přijetím léčby) a pozitivním přehodnocením situace vede u lidí s HIV k lepší emocionální adaptaci, zdravějšímu chování a následkem toho i k lepšímu fyzickému stavu, než neefektivní řešení, které má často podobu drog či alkoholu. Výsledky výzkumů ukazují, že depresivní pacienti s HIV vykazují rychlejší zhoršování průběhu onemocnění než jedinci nedepresivní.

Psychologická intervence

Psychologická intervence je zpravidla potřebná již od okamžiku, kdy jedinec podstoupí test na HIV. K tomuto rozhodnutí ho zpravidla vedou oprávněné obavy, že by mohl být nakažený. Tomuto jedinci by měly být ještě před tím, než se dozví informace o výsledku testu, poskytnuty informace, které sníží jeho úzkost a nabídnou mu efektivní pomoc pro další boj s infekcí.

Řada pacientů s HIV a AIDS potřebuje psychologickou pomoc v boji s průvodními znaky nemoci a léčby, jimiž jsou deprese, úzkosti, zvládání bolestí, problémy se spánkem atp. Některé výzkumy ukazují, že například nácvik relaxačních technik vede u těchto pacientů nejen k lepšímu mentálnímu zdraví, ale v některých případech dokonce i k posílení imunitních funkcí organismu. Další oblast, ve které má psychologická intervence příznivé účinky, je spojena s léčbou a s dodržováním léčebného režimu. Například kognitivně-behaviorální terapie vede u těchto pacientů ke snížení depresí a lepšímu dodržování léčebného režimu. Další oblastí je boj s kouřením. Pacienti nakažení HIV kouří výrazně častěji než srovnatelná běžná populace (v USA se uvádí, že je mezi nimi dvakrát více kuřáků než v ostatní populaci). Kouření je přitom s průběhem a léčbou HIV spojeno více způsoby. Jednak zhoršuje některé účinky HIV, jednak souvisí depresemi a s horším dodržováním léčebného režimu pacientů s AIDS. Psychologická intervence zde tedy směřuje k dosažení změn, které mají více pozitivních účinků.

Celkově se ale zdá, že hlavní účinek psychologických intervencí spočívá v dosažení lepší emocionální adaptace pacientů na svoji nemoc a ve zvýšení kvality jejich životů. Výsledky výzkumů účinků těchto intervencí na zlepšení imunitních funkcí a průběh samotné nemoci přinášejí inkonzistentní výsledky a nejsou proto pro odborníky tak přesvědčivé.

3.6.2 Zhoubné nádory (rakoviny, karcinomy)

Součástí života a růstu je, že se tělesné buňky reprodukují určitým uspořádaným, pravidelným a kontrolovaným způsobem. Někdy se však stane, že se určitá populace buněk vymkne kontrole a začne růst relativně autonomně, ačkoli za normálních okolností jsou buňky schopny svou mutaci detekovat a opravit. Toto bujení je základem vzniku tzv. nádoru (tumor, neoplasma, novotvar). Z biologického hlediska se nádorové buňky od zdravých liší větší schopností množit se a růst, vyšší odolností a delší životaschopností.

Podle biologických vlastností nádory rozdělujeme na zhoubné a nezhooubné. **Nezhoubné nádory** rostou pomalu, jsou dobře ohraničené, zvětšují svůj objem a tím někdy utlačují okolní tkáň, netvoří metastázy a jejich chirurgické odstranění je obvykle snadné. Oproti tomu **zhoubné nádory** rostou rychle, nejsou ohraničené, prorůstají bez ohledu na hranice orgánů do okolí, tvoří druhotná ložiska (metastázy) krevní nebo lymfatickou cestou a obtížně se chirurgicky odstraňují.

Zhoubné nádory prorůstají do krevních cév a dávají vzniknout nádorovým trombům, které mohou být krví zaneseny do kteréhokoliv jiného orgánu nebo tkáň. Vrstváním do lymfatických cév vznikají stejným principem metastázy v mízních uzlinách. Oba způsoby metastazování se obvykle kombinují. Progrese zhoubného nádoru (invazivní růst, metastázy, narušení funkce orgánů) mají rozmanité důsledky podle typu karcinomu a jeho lokalizace. Tato skutečnost je základem mezinárodní klasifikace zhoubných nádorových onemocnění. U každého onemocnění se udávají hodnoty u tří dimenzí, jimiž jsou velikost tumoru (T), postižení lymfatických uzlin (N) a přítomnost vzdálených metastáz (M). Kromě toho existuje řada dalších třídění, například podle histologického typu nebo podle lokalizace. Patří mezi ně zejména rakovina děložního čípku, prsu, tlustého střeva, kůže (melanom), prostaty, plic, slinivky břišní, jater, mozku, krevetvorné tkáň a ledvin.

Zhoubný nádor vede ke smrti dvěma cestami, přímou a nepřímou. Přímá cesta spočívá v tom, že buňky napadnou životně důležité orgány, jako je mozek, plíce, játra, a odebírá jim postupně stále více živin, které potřebují k plnění svých funkcí. Nepřímá cesta spočívá v tom, že nemoc zeslabí organismus natolik, že podlehně snadno jiným nemocem, nebo spolu se značně invazivní léčbou (chemoterapií, ozařováním) a jejími důsledky ovlivní postoj pacient k životu a ke smyslu dodržování zdravé životosprávy a životního stylu.

Psychologické faktory ovlivňující vznik onemocnění

Některé výzkum ukazují, že na spuštění zhoubného procesu mohou mít vliv silné stresory. Například Chen et al. (1995) realizovali výzkum, jehož se zúčastnilo 119 žen ve věku od 20 do 70 let. Tyto ženy měly při mamografickém vyšetření pozitivní nález. Nebylo však možné bezprostředně stanovit, zda jde o maligní nebo benigní bulku. Autoři vykonali s těmito ženami ještě před tím, než byly získány výsledky histologického vyšetření, rozhovor, ve kterém zjišťovali životní události, jež je potkaly během posledních pěti let.

Výsledky histologického vyšetření ukázaly, že 41 žena měla maligní (zhoubný) a 78 žen benigní (nezhoubný) nádor. Otázka, již si autoři kladli, zněla: *Mohl charakter prožitých životních událostí a jejich frekvence přispět ke vzniku karcinomu prsu?* Výsledky ukázaly, že - 19 ze 41 žen s maligním nálezem (tj. 46 %) udalo, že je během daného období potkala alespoň jedna velmi závažná událost; z kontrolní skupiny žen s benigním nálezem tato událost potkala pouze cca 1/5 (15 ze 78, tj. 19 %); rozdíl je statisticky velmi vysoce signifikantní.

- 49 % žen s maligním nálezem a 37 % žen s benigním nálezem potkalo během těchto let události, jež hodnotily jako středně závažné; rozdíl ve frekvenci je i zde statisticky signifikantní.

- Ve frekvenci událostí, jež byly hodnoceny jako málo závažné, mezi oběma skupinami signifikantní rozdíl zjištěn nebyl.

Podle názoru autorů této práce začal karcinom prsu mikroskopickými změnami na buněčné úrovni před více než pěti lety, tj. dlouho před tím, než ho bylo možno klinicky diagnostikovat. Životní události mohly přispět k růstu a množení rakovinných buněk díky potlačení některých přirozených imunitních procesů.

Psychologické důsledky nádorového onemocnění

Výsledky výzkumů ukazují, že rakovinné onemocnění má výrazný vliv rovněž na kvalitu života pacientů. Hlavní problémy jsou často existenciální povahy – pacient i jeho okolí žijí s vědomím, že toto onemocnění, nedaří-li se léčba, je fatální. Avšak i tehdy, když byla léčba úspěšná, je někdy poměrně vysoká pravděpodobnost návratu nemoci, neboť v těle mohou přetrvávat ložiska, jež nelze identifikovat.

Kromě toho existuje řada dalších zdravotních problémů. Mezi hlavní patří bolesti, únava, nevolnost, úzkost a deprese. Například jednoho výzkumu se zúčastnilo celkem 448 žen, u nichž bylo diagnostikováno onkologické onemocnění prsu (Brychta, Hnilica, 2004). Analýzy dat vedly k identifikaci hlavních problémů. Byly jimi (v uvedeném pořadí) především tyto:

- únava a tělesná slabost
- psychické tenze, pocity napětí, deprese, bezmoci, úzkosti a strachu
- bolest a s ní související jevy (poruchy hybnosti, špatný spánek atd.)
- nevolnost (zažívací problémy, průjem, zácpa, zvracení, nechutenství) a vypadávání vlasů.

Navazujícího výzkumu se zúčastnilo celkem 384 (52 % žen) pacientů s mnohem širším spektrem karcinomů (karcinomu plic, gastrointestinálního traktu, prsu aj.). Výsledky vedly

k získání takřka stejného pořadí problémů. V tomto výzkumu byly použity některé nástroje k měření kvality života pacientů. Výsledky ukazují, že

- nejsilnější vlivy na kvalitu života má únava, a že
- vlivy ostatních faktorů na kvalitu života onkologických pacientů jsou jednak přímé, jednak zčásti zprostředkované právě únavou.

Psychologická intervence

U psychologické intervence v případě karcinomů můžeme rozlišit obecné postupy a postupy specifické pro jednotlivé typy onemocnění. Mezi obecné preventivní faktory patří například vyhledání sociální podpory v případě výskytu závažných negativních životních událostí (jako je například úmrtí nebo vážné onemocnění člena rodiny). Mezi další patří citlivé sdělení diagnózy pacientovi a podniknutí kroků k odstranění úzkostí a deprese.

Mezi techniky, které prokázaly svoji efektivitu při zmírňování negativních účinků ozařování a chemoterapie, patří relaxace a systematická desenzitizace. Progresivní relaxace například někdy vede ke snížení intenzity nevolnosti po chemoterapii. Systematická desenzitizace může vést ke snížení odporu a napodmiňovaných fyzických reakcí, s nimiž pacienti přistupují k další dávce chemoterapie nebo ozařování. Boj s únavou, která je spojena s poklesem hemoglobinu v krvi, je rovněž zčásti dán snižováním odporu k jídlu a se sestavením optimálního jídelníčku.

Celá řada specificky cílených intervencí se pak týká například problematiky vyrovnání se s ablací prsu, s gynekologickými operacemi v mladém věku atp.

Na některé existenciální otázky se snaží nabídnout odpovědi některé jiné typy terapie., zejména existenciální a humanistická. Psychologie se zde někdy – ve svém přesahu ke spirituální dimenzi – spojuje s náboženstvím a pastorační činností.

3.6.3 Astma

Astma (asthma bronchiale) je onemocnění dýchacích cest. Dochází při něm k dlouhodobému zánětu sliznic v dýchacím ústrojí, který vede postupem času ke ztíženému dýchání až k dechové nedostatečnosti. Při záchvatu astmatu reagují zanícené průdušinky na spouštěcí mechanismy v okolí, jako je například kouř, prach nebo pyl. Při podráždění dochází k jejich zúžení (*bronchokonstrikci*) a ke zvýšenému vylučování hlenu, což ztěžuje dýchání. Astma je imunitní reakcí na tyto podněty, při níž dochází ke křečím průdušek (*astmatický záchvat*). Postupně dochází ke vzniku zánětu, který má za následek další zúžení dýchacích cest a další nadměrné vylučování hlenu, následně pak kašel a další dýchací obtíže.

Příčiny vzniku této nemoci nejsou dosud objasněny. Ve hře je patrně složitá interakce geneticky podmíněných faktorů a faktorů z vnějšího prostředí.

Psychologické faktory ovlivňující vznik onemocnění

Mezi nejsilnější vnější faktory patří znečištěné prostředí a kouření (v dětství jde především o pasivní kouření). Mezi psychologické faktory patří stres a silné emoce obecně. Jde však patrně o spouštěcí faktory, které nejsou zapojeny do etiopatogeneze nemoci. Pacienti s astmaty často uvádějí, že stres a silné emoce jsou často bezprostřední příčinou astmatického záchvatu. Laboratorní experimenty v souladu s tím vedou ke zjištění, že indukce emocí vede u astmatických pacientů k silnější bronchokonstrikci než u jedinců kontrolních. Současně se ale nabízí hypotéza, že intenzita této reakce je do určité míry ovlivněna právě přesvědčením astmatiků, že u nich emoce jsou příčinou záchvatů (autosugesce). Na potenciální účinky autosugesce poukazují i studie, v nichž je

experimentálně navozen stres. Tento stres navodí zpravidla astmatický záchvat i u pacientů, u kterých nedochází k objektivní fyziologické reakci (tj. k zúžení dýchacích cest).

Některé studie však potvrzují přímý vztah (tj. nezprostředkovaný autosugescí) mezi stresem, fyziologickým vybuzením a astmatickou fyziologickou reakcí. V některých výzkumech se navíc ukazuje, že astmatici vykazují relativně nejsilnější reakce v situacích, ve kterých musí být pasivní, tj. nemohou sami působení stresorů kontrolovat.

Astma je často rovněž provázeno poruchami některých nálad. Patří mezi ně deprese a dystymie. Některé výzkumy vedou k závěru, že těžké depresivní stavy mohou mít značný vliv na percepci problémů spojených s astmatem. Deprese je pokládána dokonce za jeden z klíčových rizikových faktorů spojených s úmrtím na tuto nemoc.

Psychologická intervence

Astmatický pacient si musí osvojit řadu informací o své nemoci, musí se naučit vyhýbat různým faktorům, které vedou k záchvatu, získat dovednosti potřebné ke správnému rozpoznání symptomů blížících se atak astmatu, brát různé léky atd. Jedna z klíčových funkcí proto spočívá v poskytování informací a dovedností způsobem, který je optimální. Zejména při práci s dětmi jde někdy o velmi náročné programy. Osvojování potřebných informací a nácvik potřebných dovedností je přitom prokazatelně spojen například se snížením výskytu záchvatů.

Řada výzkumů je rovněž věnována účinku různých forem psychoterapie na léčení astmat. Mezi nejčastěji používané patří zejména kognitivně-behaviorální terapie, autogenní výcvik, relaxační techniky, nácviky autoregulace a biofeedback. Výsledky těchto výzkumů jsou však značně nekonzistentní a vedou přední odborníky v této oblasti k závěru, že účinek žádné formy psychoterapie na léčbu astmatu není dosud přesvědčivě doložen.