

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

BAKALÁŘSKÉ

KOMBINOVANÉ STUDIUM

2013–2016

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vojtěch Steiner

**Psychologické, sociální a morální abnormality lidské
osobnosti**

Praha 2016

Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. Mattioli Jan, Ph.D.

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

BACHELOR

COMBINED (PART TIME) STUDIES

2013-2016

BACHELOR THESIS

Vojtěch Steiner

**Psychological, social and moral abnormalities of the human
personality**

Prague 2016

The Bachelor Thesis Work Supervisor:

PhDr. Mattioli Jan, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracoval samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpal, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 18. 1. 2016

Vojtěch Steiner

Poděkování

Děkuji panu PhDr. Janu Mattiolimu, Ph.D. za odborný dohled a podnětné připomínky při zpracování této práce.

Anotace

Téma předkládané bakalářské práce – psychologické, sociální a morální abnormality lidské osobnosti nebylo zvoleno náhodou. S mírnou nadsázkou lze říci, že od člověka jako jedince a jeho psychické kondice se odvíjejí lidské dějiny. (Kolik jenom bylo a je mezi panovníky, vojevůdci, diktátory, revolucionáři, význačnými vědci, umělci, sportovci nebo politiky či státníky jedinců, jejichž osobnost vykazuje znaky abnormality?). Proto se klade velký důraz (nejen v psychologii) na poznání a porozumění lidské osobnosti a je velmi důležité znát a umět vyhodnotit příčiny, projevy a možné důsledky duševních poruch. Stejně tak je nutné hledat účinné metody jejich léčby resp. prevence.

V úvodní kapitole jsou pro lepší orientaci čtenáře v tématu definovány vybrané pojmy především z oblasti psychopatologie. Obsah následující druhé kapitoly, pro tuto práci velmi důležitý, přibližuje čtenáři složitost struktury lidské osobnosti tak, aby si uvědomil podstatné souvislosti. Na tuto kapitolu plynule navazuje kapitola třetí, kde je uveden přehled duševních poruch, z nichž některé jsou zde blíže charakterizovány. Stěžejní částí práce je kapitola čtvrtá, která je zaměřena na poruchy osobnosti a chování (behaviorální poruchy), jejich výskyt, projevy a příčiny vzniku a také se především podrobně věnuje charakteristice jednotlivých typů poruch osobnosti. V poslední kapitole jsou uvedeny dvě případové studie z historie kriminalistiky, jeden případ z autorovy osobní zkušenosti jako tragický příklad extrémního chování a jednání způsobeného odchylkami lidské osobnosti a v závěru kapitoly je připojena ještě kazuistika z praxe střediska výchovné péče.

Klíčová slova

Chování, odchylka, osobnost, porucha, prevence, rodina, sebevědomí, společnost, vztahy, terapie

Annotation

The topic of this thesis - psychological, social and moral abnormalities of the human personality was not chosen by chance. With only slight exaggeration, we can say that the person as an individual and his mental condition will depend on human history. Therefore, great emphasis is placed (not only in psychology) to the knowledge and understanding of the human personality and is very important to know and assess the causes, symptoms and possible consequences of mental disorders. Likewise, it is necessary to find effective methods of prevention, respectively treatment.

The introductory chapter for better understanding of the topic selected terms are defined primarily in the field of psychopathology. Content following the second chapter, for this very important job, closer to the reader the complexity of the structure of the human personality and to realize the importance of the context necessary to understand the nature theme. On this section immediately follows the third section, which is an overview of mental disorders, some of which are further characterized. The main part is the fourth chapter, which focuses on personality and behavior disorders, their prevalence, symptoms and causes of a particularly closely examines the characteristics of each type of personality disorders. In the last chapter are two case studies of the history of criminology, one case of the author's personal experience as a tragic example of extreme behavior and actions resulting from variations in the human personality and the end of the chapter is still connected to the practice of casuistry educational care centers.

Keywords

Behavior, deviation, disorder, family, personality, prevention, self-esteem, society, relationships, therapy

OBSAH

ÚVOD.....	10
1 DEFINICE VYBRANÝCH POJMŮ Z OBLASTI PSYCHOPATOLOGIE	11
2 STRUKTURA OSOBNOSTI.....	17
2.1 Význam pojmu osobnost	17
2.2 Struktura osobnosti	17
2.3 Vlastnosti osobnosti	18
2.3.1 Temperament	18
2.3.2 Schopnosti.....	19
2.3.3 Charakter	21
2.4 Teorie osobnosti	22
2.4.1 Psychoanalytická teorie S. Freuda (1856-1939).....	22
3 DUŠEVNÍ PORUCHY	25
3.1 Demence	27
3.2 Mentální retardace	28
3.3 Schizofrenie	29
3.4 Afektivní poruchy.....	30
4 PORUCHY OSOBNOSTI A CHOVÁNÍ	33
4.1 Vymezení pojmu porucha osobnosti	33
4.2 Výskyt a příčiny vzniku	33
4.3 Projevy poruch osobnosti	35
4.4 Typy poruch osobnosti	36
5 PŘÍPADOVÉ STUDIE.....	44
5.1 Ladislav Hojer (pětinásobný sexuální vrah)	44
5.2 Olga Hepnarová („Vražedkyně z Letné“)	50
5.3 Karel H. (spolužák a kamarád)	54
5.4 Martina W. (kazuistika SVP – středisko výchovné péče)	56
ZÁVĚR	58
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	60

ÚVOD

Psychologické, sociální a morální abnormality lidské osobnosti jsou dodnes tématem diskuzí a terčem výzkumu mnoha odborníků napříč vědními disciplínami. Přesto jsou tyto jevy stále obehnané do určité míry nejasnostmi a otázkami bez jednoznačných odpovědí. Je určitým paradoxem, že přes početnost, rozmanitost a šíři výzkumu abnormalit lidské psychiky, včetně zkoumání jejich příčin a metod prevence popř. léčení, se ve společnosti stále vyskytuje mnoho jedinců, jež svým chováním, myšlením a prožíváním vykazují známky duševních poruch.

Zájem o zpracování tohoto tématu vzbudila v autorovi částečně jeho matka. Jakožto původní profesí sociální pracovnice (později také učitelka předmětu základy společenských věd na středoškolském stupni) často vyprávěla o různých rodinách, do kterých osobně docházela a snažila se mapovat a pomáhat řešit jejich problémy. Autora tato témata zajímala a chtěl znát důvody, které vedou u lidí k abnormálnímu chování. Jak plynul čas, zhlédl několik dokumentárních pořadů a přečetl pár článků z historie kriminalistiky na zmiňované téma. To ho později přivedlo k myšlence zabývat se touto problematikou hlouběji a především pátrat po příčinách psychických poruch a poodhalit důsledky abnormálního chování některých jedinců, jak pro ně samotné, tak pro jejich okolí.

Práce má teoretický kompilační charakter a skládá se z úvodu (obecné uvedení do řešené problematiky), teoretické stati včetně případových studií a závěru. Toto ožehavé, citlivé a v mnoha případech až drastické téma je velice náročné na pozornost a představivost čtenáře. Proto se stěžejní část práce zaměřuje na popis příčin, projevů a důsledků poruch osobnosti včetně členění těchto poruch podle různých typů a zužuje tak široké téma abnormality lidské osobnosti na podrobnější zkoumání behaviorálních poruch.

Hlavním cílem této práce je přiblížit tajemství příčin vzniku psychických poruch (odchylek od normy) a v souvislosti s tím poodhalit fakta o důsledcích zanedbávání prevence poruch chování resp. léčby poruch osobnosti.

Dílním cílem je proto seznámit čtenáře s detaily vybraných skutečných případů duševně nenormálních pachatelů z historie kriminalistiky. Autor pro doplnění uvádí v textu této práce také údaje o počtu a závažnosti některých duševních poruch současné populace.

1 DEFINICE VYBRANÝCH POJMŮ Z OBLASTI PSYCHOPATOLOGIE

- **Abnormalita**

Abnormalita, nebo také **abnormita** je odchylka od běžného (obvyklého) stavu či jevu. Jedná se o zesílené a zdůrazněné rysy lidské osobnosti. Jako synonyma lze použít například: nenormalita, zvláštnost, nepravidelnost, odchylka, zrůdnost. (<http://vyjimecni.blog.cz/0906/zsilene-rysy-abnormita-porucha-osobnosti>)

- **Morálka**

Jedná se o mravní kodex, který lze chápat jako vnitřní víru a přesvědčení, nebo jako vnější principy požadované společností. Je to souhrn mravních zásad, norem a principů posuzovaných z hlediska dobra a zla a řídících chování a jednání lidí dané společnosti.

- **Socializace**

„Socializace (zespolečenštění, polidštění) probíhá vlastně po celý život člověka: vrůstání do společnosti, osvojování poznatků společnosti, jejích zvyků, norem i ideálů se děje od narození až do smrti.“ (Vacínová, 1995, str. 112)

„Postupné začleňování jedince do společnosti prostřednictvím nápodoby a identifikace (sociální učení), zprvu v nukleární rodině, dále v malých společenských skupinách, jako je školní třída, zájmový klub, sportovní družstvo, až po zapojení se do nejširších celospolečenských vztahů. Součástí socializace je přijetí základních etických a právních norem dané společnosti.“ (Hartl, 1994, str. 194)

- **Psychopatie (porucha osobnosti)**

Psychopatie neboli porucha osobnosti (v případě dětí se spíše používá termín porucha chování) nemá vždy jen antisociální charakter. Nejčastěji je pojem **porucha osobnosti**

definován jako trvalý (do značné míry biologicky podmíněný) vzorec osobnostních rysů, které se odlišují od dané společensko-kulturní normy. „*Mezi normou a psychopatií se ještě někdy rozlišují akcentované osobnosti a anomální osobnosti. Psychopatie...je diagnostikovaná u pachatelů trestné činnosti velmi často.*“ (Matoušek, Matoušková, 2011, str. 31) Pro takto neharmonickou, problematickou osobnost (odchylky v oblasti emočního prožívání, uvažování i chování) se především dříve používal termín **psychopat**. V případě této poruchy se jedná o mimořádně pestrou škálu projevů (podle typu poruchy) - viz podkapitola 4.4.

- **Psychóza**

„*Doslovný význam slova psychóza je stav mysli odchylný od normálu...stav, při kterém člověk ztrácí kontakt s realitou.*“ (Carr-Gregg, 2012, str. 116)

- **Psychopatologie (patopsychologie)**

„*Je to nauka zabývající se příznaky duševních onemocnění a dále klasifikací těchto chorob, poruch a hraničních stavů.*“ (Hartl, 1994, str. 172)

- **Psychoterapie**

Obecně se jedná o proces cílevědomé léčby duševních poruch a hraničních (marginálních) stavů lidské osobnosti. Základní metoda jakéhokoliv druhu psychoterapie (např. individuální, skupinová nebo rodinná) ovlivňující psychiku a osobnost člověka je postavena na mezilidské komunikaci. Za cíl si psychoterapie klade pozitivně stimulovat chování, uvažování (myšlení) a prožívání léčených osob.

- **Prevence**

Předcházení vzniku negativních jevů (onemocnění, poruchy, deviace apod.) - *primární prevence*, nebo předcházení rozvoji těchto jevů - *sekundární prevence*, popř. předcházení jejich nejhorším důsledkům – *terciární prevence*.

- **ADHD**

Zkratka anglického názvu (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) pro syndrom hyperaktivity s poruchou pozornosti (vývojová porucha u dětí, dříve LMD – lehká mozková dysfunkce). „*Pokud za přítomnosti ostatních symptomů projevy hyperaktivity chybí, označuje*

se chování jako syndrom **ADD**. Syndrom hyperaktivity postihuje podle některých pramenů 10-15% dětí, mnohokrát častěji chlapce než děvčata (obvykle udávaný poměr je 5-6 chlapců na jedno děvče)...Tyto děti mají v dospívání i v dospělosti větší potíže v sociální adaptaci. Syndrom je spojován se znaky chování, jako jsou impulzivita, agresivita, záchvaty vzteku a snížené sebehodnocení...Nové studie udávají 16-30% hyperaktivních jedinců v sestavách mladistvých delikventů, kteří jsou ve výkonu trestu nebo umístěni ve výchovné instituci.“ (Matoušek, Matoušková, 2011, str. 27, 29)

- **Duševní (psychická) porucha**

Definice: „Klinicky prokazatelná změna duševní činnosti, která vyřazuje člověka z práce, společenského života či odpovědnosti při právních úkonech. Nebo z širšího pohledu také: Změna některých psychických procesů projevující se v chování a prožívání člověka a znesnadňující jeho interakci se sociálním okolím.“ (Hartl, 1994, str. 150)

Poruchy chování se projevují narušenými sociálními vztahy s lidmi a se sebou samým. Tento fakt ztěžuje soužití v sociálním prostředí a mnohdy je zdrojem mezilidských konfliktů. S tím také souvisí **porucha jednání**, která se vyznačuje například zkratkovitým myšlením a impulsivním, nátlakovým jednáním. (viz kapitola 4)

- **Deviace**

Deviací je obecně myšlena **odchylka (úchylka)**, neboli odchýlení se o normy. Nejčastěji emoční poruchy a poruchy myšlení (vjemy a představy jedincem nelogicky a rozumově nesprávně zpracované a vyložené). Za sociální deviaci je považováno selhání chování a jednání osoby v mezilidských vztazích díky její nedostatečné sociální vyzrálosti. Tento stav někdy může vyústit v tzv. **sexuální deviaci**.

Sexuální deviace je obecně uznávaný pojem pro vzorce sexuálního chování, které se odchyluje od normy nastavené danou společností, nebo od obecně uznávaných společenských a etických pravidel. Vždy jde o negativně hodnocený stav, termín je často užíván jako synonymum pro sexuální perverzi. Mezi hlavní zástupce dle současné psychiatrické klasifikace jsou za **sexuální deviaci** považovány tyto perverze: **sodomie** (pohlavní styk se zvířaty), **exhibicionismus** (pohlavní uspokojování prostřednictvím obnažování se na veřejnosti), **fetišismus** (jako sexuální objekt pro pohlavní uspokojení slouží osobní předměty), **narcismus** (erotický zájem o vlastní tělo), **gerontofilie** (sex. laděná citová náklonnost ke

starým osobám), **incest** (pohlavní styk s osobami v pokrevně přímém příbuzenském vztahu), **masochismus** (pohlavní uspokojování prostřednictvím zakoušení vlastní bolesti a ponižování), **nekrofilie** (erotická náklonnost k mrtvolám), **pedofilie** (sexuální orientace na děti), **transvesticismus** (nutková sex. potřeba převlékat se do šatů druhého pohlaví). Zvláštním druhem sexuální deviace je **sadismus** (pohlavní ukájení prostřednictvím tělesného či psychického týrání sexuálního partnera, přičemž násilí může v krajním případě vyvrcholit vraždou).

- **Kanibalismus**

Lidojedství (z hlediska psychologie úchylka někdy spojená se sadismem).

- **Sebevědomí**

Definice: „*Vědomí vlastní ceny, kvalit a schopností a víra v ně a v budoucí výkony; krajní polohy – nízké a nadměrné sebevědomí časté u neuróz, depresí.*“ (Hartl, 1994, str. 186)

Pojmu sebevědomí se autor dále věnuje obsáhleji s ohledem na zřejmou souvislost s tématem jeho práce (duševní poruchy). V praxi sebevědomí znamená, jak sám sebe člověk hodnotí a jak se přijímá, jak se má rád. Základem sebevědomí je **sebedůvěra**, tj. do jaké míry si jednotlivec věří a nakolik dokáže reflektovat, co umí a co je schopen dokázat. Nezbytnou součástí zdravého sebevědomí je **sebepoznání** - velice důležitý předpoklad kvalitního života a jeho dalšího vývoje a rozvoje. Významným způsobem ovlivňuje a určuje, jak moc si člověk uvědomuje a přijímá své přednosti a zápory, své možnosti a svá omezení.

Lidské sebevědomí se projevuje v konkrétních situacích, například při jednání s jinou osobou nebo v souvislosti s postavením a rolí člověka v sociální skupině. Kvalita sebevědomí se u jedince často plně projeví při řešení náročné situace a také v různých nestandardních podmínkách. Sebevědomí můžeme dobře pozorovat, jak sami na sobě, tak i na ostatních lidech v našem okolí.

Sebevědomí má dvě stránky, **kognitivní** (představy a myšlenky) a **emotivní** (emoce - pocity a nálady). Dále je třeba zmínit také to, že existuje **sebevědomí přirozené** (spojené s přirozeným zdravým vývojem osobnosti) a **umělé** neboli hrané.

Autor v této kapitole dále zmíní kategorizaci míry sebevědomí včetně možného zlepšování či předcházení důsledkům, které nízké sebevědomí může obnášet.

Psychologie rozčleňuje míru sebevědomí jednotlivce do tří stupňů:

- a) První stupeň sebevědomí se nazývá **velmi malé sebevědomí**. To se projevuje neustálými pochybnostmi o správném rozhodnutí v každodenních situacích, byť i nedůležitých. Tito lidé vidí už předem jen negativní výsledek jejich konání a často složitě řeší i drobné změny v životě. V důsledku toho neunášejí běžné životní situace, to následně vede k častému hlubokému stresu a po delší době trvání může tento stav vyústit i v depresi. Osobnost člověka s malým sebevědomím se navenek projevuje nejčastěji následovně:

Jedinec je spíše uzavřený nebo je uzavřený až do chvíle, kdy začne okolí poukazovat na nějaké pochybení z jeho strany. Poté následuje impulzivní obranný útok vůči kritice směrem k okolí (způsob obrany souvisí samozřejmě také s typem temperamentu). Zvláštností jsou lidé, kteří mají velmi nízké sebevědomí, ale na první pohled vzbuzují opačný dojem. Jsou to vlastníci sebevědomí umělého neboli hraného. Ve většině těchto případů si dotyčný ani nepřipouští, že mu sebevědomí chybí. Projevy jeho chování a jednání mohou být naprosto stejné jako v případě osob, které se brání útokem i v situacích, kdy jde být jen o maličkost. Takový člověk se projevuje většinou impulzivní potřebou mít vždy poslední slovo, potřebou zdůrazňovat, že ví všechno nejlépe a tak dále. Své „sebevědomí“ (umělé) si pěstuje a vytváří na úkor **sebevědomí** přirozeného, které **se získává v období mladšího školního věku** (viz vývojová psychologie). Projevy umělého sebevědomí jsou nejviditelnější u lidí, kteří trpí touto nedostatečností a zároveň mají moc nebo peníze, často obojí. Například jezdí ve velkých autech, nakupují drahé oblečení, staví si luxusní domy atd., neboť mají potřebu upoutávat na sebe a své postavení nebo jmění pozornost. Pokud mají podřízené, neustále potřebují uplatňovat nad nimi svou moc, což mnohdy přerůstá v šikanu (bossing). Zvláštním druhem šikanování podřízených je harrasment (sexuální obtěžování obvykle na pracovišti), jev u nás neslavně proslulý jako „*sexuální harašení*“, někdy popisované s humorným nadhledem. (Křivák, 2003, str. 72)

- b) Druhý stupeň se nazývá **střední sebevědomí**. Jedná se také o stav sníženého sebevědomí, ale neprojevuje se problematicky tak často v řešení každodenních

životních situací. Naproti tomu může mít člověk například vztahové nebo rodinné problémy, kdy není schopen učinit potřebné různé rozhodnutí. Snížené sebevědomí může také jedince blokovat v přijetí pracovní výzvy v zaměstnání (například plnění ročního finančního plánu s příslibem peněžní odměny nebo kariérního růstu). Tyto osobnosti postrádají patřičnou míru sebedůvěry k tomu, aby byly schopny bez většího stresu či pochybností činit těžší rozhodnutí nebo plnit zadaný úkol.

c) Za třetí stupeň míry sebevědomí se považuje takzvané *vysoké sebevědomí*. Tuto skupinu lidí tvoří osobnosti, které jsou ve svém jednání a konání tak sebejistí, že většinou nepochybuji o svých rozhodnutích a jejich přesvědčení a nasazení pro danou věc bývá velmi pozitivní. Nastalý problém považují nikoliv za překážku, ale za příležitost, jak se při jeho řešení posunout dál a co z něho získat. V extrémním případě, ale mohou tyto osobnosti působit na své okolí často arogantně či nadřazeně, což může vést k narušení jejich sociálních vztahů.

Důležité je také to, jak a kdy sebevědomí vzniká. **Sebevědomí** je postaveno převážně na našich zkušenostech, a jak je v práci uvedeno výše, **formuje se mezi 6. a 10. rokem života (mladší školní věk)**, i když jeho základ – **sebedůvěra** - se vytváří již v období batolecím (viz vývojová psychologie). Tehdy je vznikající sebevědomí (sebepojetí) nejovlivnitelnější a nejzranitelnější vnějšími vlivy. Velice záleží na výchově rodičů potažmo vychovatelů či na závěrech psychologů, kteří by měli poznat, jakou má dítě osobnost a úroveň sebevědomí. Další výchovu je poté důležité přizpůsobit tak, aby se dítě vyvíjelo přirozeně a zdravě. Zvláštní pozornost je třeba věnovat dětem, které mají nějaké odlišnosti (fyzické či psychické). Zde musí být kladen ještě větší důraz na správný směr výchovy a následný výběr školy nebo jiného výchovného zařízení. Právě v období, kdy dáváme dítě do školy, začne působit silněji socializační vliv dětského kolektivu a to je spojeno s vytvářením postavení dítěte v nové sociální skupině a s dalším vývojem sebevědomí. Toto se opakuje až do dospělosti, kdy je jedinec uveden například do pracovního kolektivu nebo do nové rodiny a podobně.

Závěrem práce (kapitola 5) je poukázáno na důsledky chybějícího dobrého rodinného zázemí a správné výchovy, která by měla vést k přirozenému a zdravému vývoji lidské osobnosti. **Funkční rodina má na utváření sebevědomí zásadní vliv**. Sebevědomí pak významně ovlivňuje to, jak si jedinec bude stát na své životní cestě, jakým směrem se vydá, tak, aby tato cesta měla smysl nejen pro něj samotného.

2 STRUKTURA OSOBNOSTI

Pojmem osobnost a její skladbou se zabývá psychologie osobnosti jako jedna z vědních psychologických disciplín.

2.1 VÝZNAM POJMU OSOBNOST

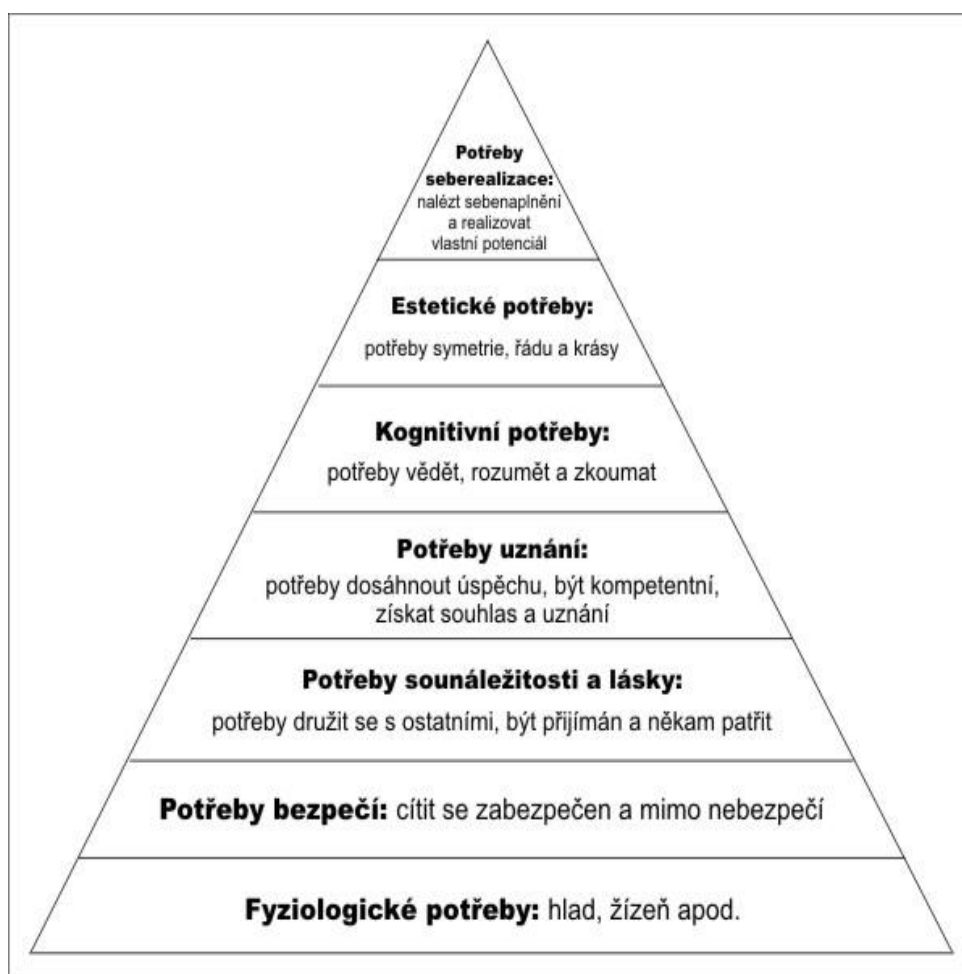
Na začátku je třeba vysvětlit rozdíl mezi pojmem osobnost v hovorovém pojetí a jeho významem z pohledu psychologie. Zatímco v běžné řeči je chápána osobnost ve smyslu člověka mimořádného významu nebo výjimečných vlastností (umělecká či vědecká osobnost, charismatická nebo mravní osobnost apod.), psychologie připisuje pojmu osobnost jiný význam. Chápe *osobnost* především jako *soustavu vlastností, které charakterizují individualitu (jedinečnost) konkrétního člověka zaměřeného na realizaci životních cílů a rozvíjení svých možností.* (Helus, 1995, str. 31)

2.2 STRUKTURA OSOBNOSTI

Mezi nejčastěji uváděné složky osobnosti (osobnostní struktury) patří:

- **Vlastnosti osobnosti** – stálá osobnostní složka, která charakterizuje jedince (způsob prožívání, chování, jednání, jeho schopnosti, možnosti apod.)
- **Rysy osobnosti** – určují dílčí charakteristiku osobnosti, jsou vázané na specifické situace (např. úroveň pozornosti)
- **Stavy osobnosti (emoční rozpoložení)** - převážně citové a postojoyé reakce přechodného trvání na různé situace, ovlivňují mj. výkonnost (např. panická reakce při extrémní zátěži)
- **Procesy a činnosti** – hlavní obsah této složky osobnosti představuje **učení**
- **Zkušnostní obsahy (kompetence)** – nejrůznější dobře osvojené znalosti a dovednosti

- **Zaměřenost osobnosti** – orientace jedince na určité cíle, hodnoty, aktivizace schopností (potřeby, motivace, zájmy). **Potřeby** tvoří základní rovinu zaměřenosti - viz *Maslowova pyramida uspokojování potřeb*:



Potřeby se odvíjí od nejnižší úrovně v souvislosti s jejich postupným uspokojováním.

2.3 VLASTNOSTI OSOBNOSTI

Vlastnosti osobnosti jsou stálou (svým způsobem určující) složkou osobnosti, proto je jim věnována v textu práce největší pozornost.

2.3.1 TEMPERAMENT

Temperament tvoří soubor vlastností, které souvisí s citovým prožíváním charakteristickým pro danou osobnost. Tyto vlastnosti jsou biologicky podmíněné (vrozené) a

nelze je v zásadě změnit. Podle Hippokratova (5. – 4. stol. př. K.) rozdělení lidí na základě převládajících nálad rozlišuje psychologie čtyři typy temperamentů:

- **sangvinik** – základní nálada veselá, citové vzrušení povrchní, prchavé, typické vlastnosti: optimismus, aktivita, výkonnost, otevřenost, přizpůsobivost, výřečnost, povrchnost, lehkomyšlnost, nestálost, nekritičnost
- **choleric** – základní nálada mrzutá, citové vzrušení silné, krátkodobé, typické vlastnosti: pracovitost, podnikavost, důkladnost, samostatnost, energičnost, výbušnost, zbrkllost, netrpělivost, tvrdohlavost, panovačnost
- **flegmatik** – základní nálada vyrovnaná, nesnadné citové vzrušení střednědobého trvání, typické vlastnosti: trpělivost, odolnost, vytrvalost, samostatnost, disciplinovanost, lhostejnost, lenost, pohodlnost, nerozhodnost
- **melancholik** – základní nálada smutná, citové vzrušení hluboké, trvalé, typické vlastnosti: svědomitost, pečlivost, důkladnost, ohleduplnost, věrnost, hlubkomyslnost, pesimismus, plachost, bojácnost, uzavřenost, nedůvěřivost

Mnozí autoři zabývající se zkoumáním temperamentu z pedagogického hlediska upozorňují na to, že **pro zdravý vývoj osobnosti je důležité sladit výchovný přístup s daným temperamentem dítěte**. Konflikty mezi typem temperamentu (zejména v případě cholera nebo melancholika) a stylem výchovy mohou vést k závažným poruchám chování (agresivita, selhávání ve škole, zneužívání návykových látek apod.).

Závěrem je třeba konstatovat, že v reálném životě se vyhraněný typ temperamentu nevyskytuje, **každý jedinec je kombinací více typů, z nichž jeden zpravidla převládá**.

2.3.2 SCHOPNOSTI

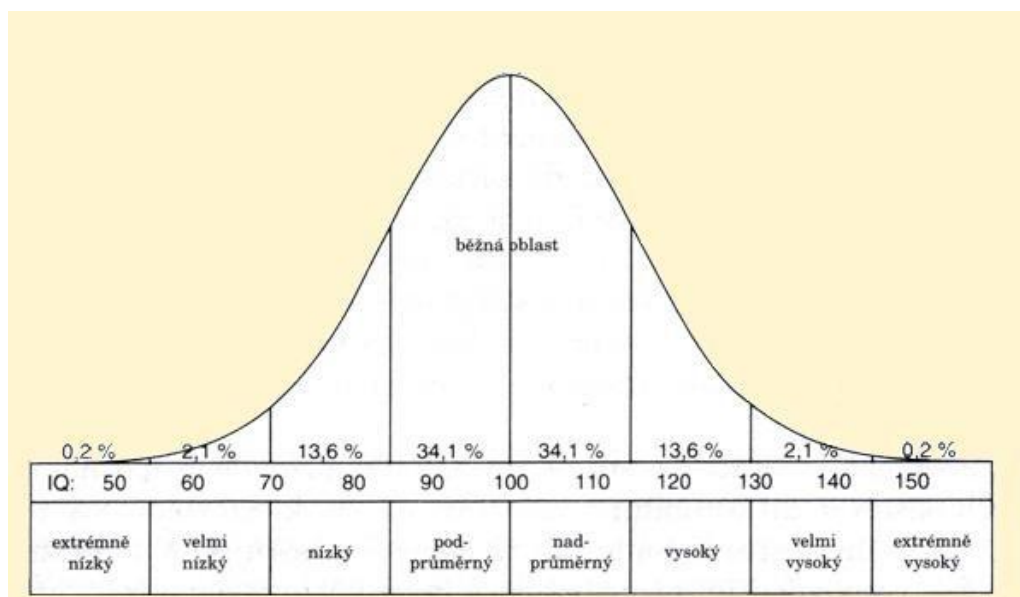
Schopnosti nám umožňují učit se a vykonávat nejrůznější činnosti. Díky **vjemovým (percepčním) schopnostem** vnímáme a rozlišujeme např. konkrétní barvy, tvary, tóny (ale i abstraktní pojmy jako je čas), **psychomotorické schopnosti** umožňují naučit se přesně vykonávat určité soustavy pohybů (chůzí počínaje a špičkovými sportovními nebo pracovními výkony konče), **sociální schopnosti** jsou základem pro utváření kvalitních mezilidských vztahů (empatie, komunikace, spolupráce apod.), **intelektové schopnosti** umožňují orientaci v nejrůznějších situacích a řešení problémů, **umělecké schopnosti** jsou předpokladem pro rozvoj umělecké činnosti.

Vrozeným základem schopnosti je **vloha**, která se působením vnějšího prostředí může rozvinout v konkrétní schopnost. Z hlediska psychologie nazýváme dobře rozvinutou vlohu **nadáním**, mimořádně rozvinutá vloha je **talent** a **genialita** vrcholně rozvinutou vlohou.

Intelligence a její měření

„Intelligence je schopnost učit se ze zkušenosti, přizpůsobit se, řešit nové problémy a orientovat se v nových situacích na základě podstatných souvislostí a vztahů.“ (Hartl, 1993, str. 79)

Intelektové schopnosti budí u odborníků i laické veřejnosti zpravidla největší pozornost, neboť naše (západní) společnost je orientována především na výkon a intelekt se významným způsobem podílí na úspěšnosti jedince. Proto se také započalo na přelomu 19. a 20. století s měřením intelektových schopností (Alfred Binet, autor prvního testu intelligence). Pro určení hodnoty intelligence slouží tzv. **inteligenční kvocient – IQ** (Wilhelm Stern). Hodnota IQ testovaného jedince se vypočte podle vzorce, kde IQ rovná se poměru mezi mentálním a chronologickým věkem vynásobeného stem. (Když např. desetileté dítě dosahuje stejného mentálního věku jako je jeho kalendářní věk, má jeho IQ hodnotu 100, což odpovídá průměrné inteligenci. Pokud toto dítě vyřeší úkoly odpovídající věku dvanácti let, tedy jeho mentální věk převyší věk chronologický, má jeho IQ hodnotu 120, tj. lehce nadprůměrný intelekt), viz tabulka - *pásma úrovně intelligence*.



V rámci testování inteligence jsou vyčleněny **faktory komplexního intelektu** odpovídající schopnosti řešit úkoly různých typů (zjednodušeně např. číselný faktor se týká numerické inteligence-schopnost operovat s čísly, slovní faktor odpovídá verbální inteligenci-schopnost formulovat a porozumět slovnímu sdělení, paměťový faktor-dílčí schopnost zapamatování a vybavování si, sociální faktor týkající se tzv. sociální inteligence-schopnost jednat s lidmi, vstupovat do hlubších mezilidských vztahů atd.). Současné **IQ testy**, které **jsou důležitou součástí psychologické diagnostiky**, mají složitou, propracovanou strukturu zahrnující nejrůznější faktory umožňující náročnou analýzu intelektových schopností zkoumané osoby (některé televizní soutěže, např. v současné době „Soutěž o nejchytřejšího Čecha“, viz internetový archiv ČT, využívají zábavnou formou poznatky z oblasti měření inteligence).

Důležitým faktem, který je třeba zmínit, je rozdělení inteligence na dvě složky (v poměru zhruba 2:1) - vrozenou (fluidní) a získanou (krystalickou) - (Raymond B. Cattell), což znamená, že **intelekt, stejně jako další schopnosti, se dá rozvíjet učením** prakticky během celého života jedince.

2.3.3 CHARAKTER

Charakter je souborem vlastností osobnosti, které souvisí s morálkou jedince. Na rozdíl od temperamentu a schopností jsou tyto vlastnosti získané. Znamená to, že dítě se mravním postojům (jak se má chovat, co nesmí dělat) začíná učit v raném věku (od rodičů) a postupně je zvnitřňuje (interiorizace). **Vývoj charakteru** lze rozdělit do čtyř stadií.

- první stadium – stádium přizpůsobování se, žádoucí jednání je vázáno na vnější kontrolu (resp. na očekávání odměny a strach z trestu)
- druhé stadium – vnitřní přijetí mravní autority, jednání je kontrolováno prostřednictvím „nad-já“ (superego - jakýsi „vnitřní policajt“), ale mravní chování není dítěti ještě zcela vlastní
- třetí stadium – završení procesu zvnitřnění morálních principů, jednání je ovlivňováno vlastními mravními postoji
- čtvrté stadium – exteriorizace mravního principu, mravní postoje jsou zažité jako přirozenost a jedinec uplatňuje morální požadavky i vůči svému okolí

S vývojem charakteru souvisí také **vývoj mravního usuzování** (Lawrence Kohlberg, výzkum řešení mravních dilemat).

- předkonvenční stadium – jedinec se řídí tím, jaké sankce ho za dané jednání postihnou („když mě chytí, je to špatné“ X „když mě nechytí, nic se nestalo“)
- konvenční stadium – jedinec se při posuzování svého jednání řídí tím, co si o tomto jednání myslí lidé, s kterými se ztotožňuje
- postkonvenční stadium – dosažení morální autonomie (nezávislost), jedinec činí uvážlivá rozhodnutí o svém jednání s vědomím všech důsledků a převzetím osobní odpovědnosti za svoje činy

Někteří „dospělí“ jedinci (často lidé se sklony ke kriminálnímu jednání) ustrnou v procesu vývoje charakteru a mravního usuzování v počátečních stadiích.

Starší dělení vlastností osobnosti zahrnuje ještě **vlastnosti konstituční**, které zde autor neuvádí.

2.4 TEORIE OSOBNOSTI

Osobnostní psychologie jako moderní vědní obor též zahrnuje přehled teorií osobnosti nejznámějších autorů z oboru psychologie nebo psychiatrie (Freud, Jung, Adler, Fromm, Erikson (vývojová stadia lidského života), Rogers, Maslow (viz Maslowova pyramida uspokojování potřeb), Frankl aj.), které umožňují nejen odborníkům lépe porozumět složitosti lidské osobnosti resp. silám (dynamika osobnosti) ovlivňujícím lidské chování a jednání. **Dynamika osobnosti** (jako proces neustálých změn) je podmínována souborem vzájemně provázaných fyziologických, psychologických a sociálních potřeb (motivační činitelé) – uvědomovaných, ale i mimo dosah našeho uvědomění, které spoluutváří vnitřní svět každého člověka.

Pro zajímavost je v této práci uveden stručný výtah z klasické Freudovy teorie osobnosti.

2.4.1 PSYCHOANALYTICKÁ TEORIE S. FREUDA (1856-1939)

Psychoanalýza (i když dnes již v mnohém ohledu překonaná) představuje v západní kultuře 20. století doslova přelom a to nejen v psychologii. Freudova teorie se opírá o tři následující pilíře:

- **fyziologický determinismus** (fyziologie - nauka o životních funkcích organismu) - fyziologické síly mají rozhodující vliv na lidský život, určují (determinují) chování a vývoj osobnosti
- **sexuální povaha duševní energie – libido** (Freudův název pro psychickou energii) je pudová energie (zaměřená na dosahování slasti) oživující všechny osobnostní funkce
- **nevědomí** – nejrozsáhlejší spodní vrstva osobnosti, která leží mimo oblast uvědomování jedince, přesto má silný vliv na chování člověka

Struktura osobnosti je podle Freuda celek obsahující tři podsystémy, řízené vzájemně protichůdnými principy a cíli, které jsou zdrojem vnitřního napětí (interpersonální konflikty).

- **Id** („ono“) – nevědomá iracionální (pudová, instinktivní) část osobnosti, řídí se **principem slasti**
- **Ego** („já“) – působí na vědomé racionální úrovni, řídí se **principem reality**
- **Superego** („nad-já“) – oblast superega obsahuje vědomě i nevědomě zvnitřnělé zákazy a pochvaly, řídí se **principem dokonalosti**

Tyto subsystemy jsou těsně propojeny a jsou v neustálé interakci. Ego zaujímá roli prostředníka a zjednodušeně řečeno svým principem reality vyvažuje uspokojení **potřeby id** (dosažení slasti na úkor dokonalosti) a uspokojení potřeby **superega** (dosažení dokonalosti na úkor slasti) - viz 2.3.3 Charakter.

„Lidé, u nichž se superego přiměřeně nerozvinulo, cítí málo viny i po velkých mravních přestupcích. V krajních případech se chovají antisociálně či zločinně. Naopak u jiných lidí získalo superego neobyčejnou moc. To jsou perfekcionisté, kteří pak trpí mravní úzkostí, v krajním případě onemocní.“ (Drapela, 2011, str. 23)

Freudova teorie považuje za základní dva pudy – **Erós (pud života)**, řídí se **principem slasti** a **Thanatos (pud smrti)**, řídí se **principem nirvány** (stav naprostého klidu, neexistence utrpení). V každém konkrétním jedinci vždy jeden z nich převládá.

Pud života souvisí s rozdělením **vývoje osobnosti** na pět etap nazvaných podle **erogenních zón**, jejichž stimulací je vyvolána slast.

1. **Orální stadium** - slast spojena s příjmem potravy v kojeneckém věku

2. **Anální stadium** - slast spojena se spontánním vyprazdňováním střev přibližně v počátcích batolecího období
3. **Falické stadium** - slast spojena s masturbací, autoerotické chování v předškolním věku)
4. **Období latence** - libido je přibližně v mladším školním věku dočasně potlačeno
5. **Genitální stadium** – působení libida v období puberty a dále, slast spojena s erotickými (heterosexuálními) vztahy

K ochraně ega před nepřijatelnými myšlenkami a přáními sexuální povahy slouží **obrané mechanismy** (např.):

- **vytěsnění** – „iracionální útěk“ (ego vytěsní ohrožující přání do nevědomí), vytěsnění je neúčinné, vyvolává úzkost a následně podrážděnost (tzv. bez příčiny)
- **sublimace** – proces **převedení** libida od sexuálního uspokojení do společensky uznávané činnosti (věda, umění apod.), sublimace je obvykle účinná, využívá sexuální energie k tvůrčím účelům
- **regrese a fixace** – ego má tendenci (při zesíleném ohrožení v genitálním stadiu) dočasně regresovat (návrat do předcházející méně komplikované vývojové etapy). Regrese je dočasná, fixace dlouhodobá.

*„Psychoanalytická léčba se používá dodnes (uplatňuje se v poradenské i psychoterapeutické praxi); zvědomuje nevědomé působení vnitřních motivačních sil, posiluje ego. Freud psychoanalýzu postupně přetvářel na **teorii o duševní činnosti člověka**... Další generace psychoanalytiků... se postupně odkláněly od Freudovy **teorie pudů** až k představě, že člověk je od počátku bytost závislá na vztazích, a že pud hledá nikoli uspokojení, nýbrž **objekt** – druhého člověka. (Baštecká, Mach a kol., 2015, str. 132, 133)*

3 DUŠEVNÍ PORUCHY

Duševní poruchy dle staršího rozdělení (viz kapitola 1) zahrnovaly též poruchy osobnosti, které současná psychopatologie již vyčleňuje z tohoto rámce jako zvláštní kategorii *behaviorálních poruch* (*poruchy osobnosti a chování*). (Vágnerová, 2012, str. 263, str. 511)

V úvodu této kapitoly je uveden přehled vybraných duševních poruch a dále následuje bližší charakteristika některých z nich.

- **Demence** – duševní porucha vzniká na základě organického poškození CNS (centrální nervové soustavy), projevuje se především úbytkem IQ a paměti.
- **Mentální retardace** – jedná se o vrozený a trvalý defekt rozumových schopností (snížený intelekt pod hranici IQ 70), jeho příčinou je porucha CNS.
- **Autismus (pervazivní vývojová porucha)** – tato vrozená socializační porucha poškozující psychický vývoj již v raném dětství je dosti vzácná a trvalá, projevuje se poruchami komunikace, nezvyklým emočním prožíváním, nešťastným myšlením a nápadnostmi v chování daného jedince. Jinou pervazivní (zasahující celou osobnost) vývojovou poruchou je **Aspergerův syndrom**. „...vídeňský pediatr Hans Asperger...poruchu nazval *autistická psychopatie*.“ Děti s touto poruchou *se vyznačují rovněž těžkou poruchou sociální interakce a komunikace, přestože mají dobře vyvinutou (někdy i předčasně) řeč a normální či vysokou inteligenci.*“ Naproti tomu mohou „*vykazovat zúžené, stereotypní zájmy a motorickou neobratnost.*“ (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá a kol. 2008, str. 140, 141)
- **Schizofrenie** – závažná chronická porucha myšlení, vnímání a emočního prožívání (poškození mozkových funkcí), dispozice je dědičně podmíněná, jedná se o jednu z nejtěžších duševních chorob.
- **Afektivní poruchy** – jejich projevem je nejčastěji patická nálada (pathos – lat. utrpení), kdy postižený trpí převážně bezdůvodným patologickým smutkem (**depressivní syndrom**), díky kterému je negativně ovlivněno chování, uvažování i prožívání, opačným projevem je patologická hyperaktivita (**manický syndrom**).

Kombinace depresivního a manického syndromu (střídání manické a depresivní epizody) je **bipolární (maniodepresivní) afektivní porucha**.

- **Úzkostné poruchy** – rozvoj těchto poruch je závislý na vrozených dispozicích jedince a subjektivních vnějších zátěžových vlivech. U postižených dochází ke změně emocionálního prožívání a chování různého projevu podle typu poruchy (např. **fobická úzkostná porucha, panická porucha nebo obsedantně-kompulzivní porucha**), někdy se mění i fyziologické reakce nemocných.
- **Posttraumatická porucha** – je vyvolána buďto jednorázovým traumatizujícím zážitkem, což vede k akutní reakci (přechodné narušení duševních a tělesných funkcí) nebo dlouhotrvající stresovou zátěží, kdy se jejím projevem může stát tzv. PTSD (anglická zkratka označení pro dlouhotrvající stresové poruchy) – trvale narušené psychické a somatické funkce.
- **Disociativní (konverzní) poruchy** (dříve např. **hysterické neurózy**) – disociace (rozštěpení) racionálního uvažování a emočního prožívání, dochází k poruchám chování (např. střídání zvýšené a snížené aktivity), psychické problémy se mohou přetransformovat do fyzických projevů (konverze), sociální adaptace těchto osob je problematická.
- **Somatoformní poruchy** - většinou jde o sugesci postiženého (porucha se často projevuje v dětství), který je přesvědčen na základě tělesných obtíží, že trpí nějakou nemocí. Ta však není objektivně potvrzena a jedná se pouze o tělesnou reakci na psychickou zátěž projevující se např. chronickou únavou, ekzémy, bolestí břicha, bolestmi hlavy apod.).
- **Poruchy příjmu potravy** (psychické poruchy spojené se somatickými problémy) – mezi nejčastější poruchy tohoto typu patří především **mentální anorexie** (patologický strach ze ztloustnutí), kdy dotyčný odmítá jídlo, nebo **mentální bulimie** (záchvaty přejídání na základě nutkavé touhy po jídle a následná potřeba zvrátit požitou potravu). Tyto poruchy postihují v největší míře dospívající dívky. Souvisí s narušením objektivního náhledu na své tělo na základě složitého komplexu biopsychosociálních příčin (např. genetická dispozice v kombinaci a dysfunkčními rodinnými vztahy – určující je zejména vztah mezi matkou a dcerou), osobnost nemocného vykazuje odchylky v oblasti emočního prožívání a chování.

3.1 DEMENCE

Jedná se o **organické postižení**, které je získané, chronické a s různou mírou progresu. Projevuje se převážně úbytkem kognitivních funkcí a to zejména paměti a intelektu. Postižení postupně přicházejí o již rozvinuté intelektové schopnosti, proto lze tuto poruchu diagnostikovat nejdříve po druhém roce života postiženého jedince. U pacientů mladších se jedná o tak zvanou mentální retardaci. Postiženou skupinou bývají v největší míře starší lidé (senioři). Lidí starších pětadesáti let trpících demencí je zhruba 5%, 10% starších pětasedmdesáti let a hranice 30% dosahují lidé ve věku pětadesáti let. Výskyt a příčina tohoto onemocnění záleží na mnoha faktorech a také na věkové skupině. U starší populace je toto postižení převážně příznakem Alzheimerovy degenerativní choroby, jedná se o tzv. stařeckou demenci. U mladých, zdravých jedinců je často demence důsledkem úrazů (nejčastěji úrazů hlavy), nebo důsledkem prodělání nějaké těžké fyzické choroby, např. zánětu mozkových blan (**sekundární demence**).

Mezi nejznámější typy demencí patří **atroficko-degenerativní demence**, u níž je stěžejní příčinou tzv. degenerativní postižení mozku. K onemocněním tohoto typu postihujícím nejvíce starší část populace patří zejména **Alzheimerova a Parkinsonova choroba**.

Demence má obecně stanovený průběh, který je chronologicky rozdělen do čtyř hlavních stádií. Rychlost vývoje jednotlivých stádií u pacientů je různá a závisí především na příčině vzniku, genetické dispozici a celkovém psychickém i somatickém stavu jedince.

- 1) **Lehká demence** – projevuje se drobnými poruchami zejména krátkodobé paměti, lehkou dezorientací v čase a prostoru, zhoršuje se logické myšlení a nemocní se drží zafixovaných způsobů svého chování a vyhýbají se zátěžovým a složitějším situacím. V tomto stádiu je pro pacienty doporučený dohled a drobná asistence (rodinou nebo určeným zdravotním pracovníkem).
- 2) **Střední demence** – projevy prvního stadia jsou již velmi zesíleny. Silně postižená je i paměť dlouhodobá. Nejsou téměř soběstační. Nemocní mají značné obtíže s chápáním běžných souvislostí a problémy se základní sebeobsluhou a to zejména s hygienou, oblékáním a stravováním. Značný je také úbytek různých charakteristických zvyklostí konkrétní osobnosti a dřívějších návyků (například kouření). Osoby nacházející se ve stádiu střední demence vyžadují stálý dohled a trvalou pomoc.

- 3) **Těžká demence** – Jedná se o stadium totální dezorientace, kdy dotyčnému nic neříká čas, místo, ani nepoznává osoby. Schopnost myšlení a verbálního komunikování s okolím je téměř nemožná. Postižený není schopen již korigovat ani vyměšování a je tedy odkázán na čtyřadvacetihodinovou péči svého okolí (rodiny, případně je dotyčný hospitalizován v léčebném zařízení).
- 4) **Terminální stadium demence** – Pacienti v terminálním stadiu demence jsou trvale upoutáni na lůžko, kdy šance o navázání jakéhokoliv kontaktu je mizivá. Jedná se o ztrátu veškeré aktivity a schopnosti veškeré komunikace. Tito pacienti jsou odkázáni na trvalou lékařskou péči.

Terapie (léčba) resp. **prevence** onemocnění je zaměřena na podporu co nejdelšího zachování schopností, především v oblasti sebeobsluhy (**kombinace farmakologické léčby** - podávání *antidepresiv* a *antialzheimerik* s **psychoterapeutickou péčí** - podpora pozitivního sebehodnocení, posílení identity a nácvik různých dovedností) a na úpravu životních podmínek pacienta (úprava domácího prostředí a vytvoření systému péče ve spolupráci s odborníky - pokud možno v rámci rodiny).

3.2 MENTÁLNÍ RETARDACE

Mentální retardace (dříve oligofrenie, slabomyslnost) je **porucha intelektu** většinou dědičného charakteru. Může však vzniknout i důsledkem organického poškození mozku ještě v prenatálním vývojovém stádiu dítěte. Jedná se o trvalý stav projevující se u postiženého oslabením duševních funkcí v oblasti intelektu, tedy snížením IQ. Dělí se na tři základní stupně míry závažnosti podle výše IQ postiženého.

- a) Debilita - **lehká mentální retardace** - IQ 52-67 (strop intelektu zhruba na úrovni desetiletého dítěte), dotyčný není schopen provádět samostatnou činnost, může docházet do zvláštní školy.
- b) Imbecilita – **střední mentální retardace** - IQ 36-51 (možnost dosažení intelektu šestiletého dítěte), úplná negramotnost, snížené kognitivní schopnosti a dovednosti. Jedná se o těžší poruchu, vhodné je pro takto postiženého pacienta ústavní umístění.

- c) Idiocie – **těžká mentální retardace** - IQ 20-35 (inteligenci úroveň dvouletého dítěte), extrémně snížené kognitivní schopnosti a dovednosti, dotyčný není schopen rozumět řeči, tudíž ani sám mluvit), zde je nutná ústavní péče.

Terapie a péče o mentálně postižené slouží k podpoře maximálně možného rozvoje těchto osob a k příslušné úpravě jejich životního prostředí. Mentální **postižení** je trvalé a **nelze** je **vyléčit**. Podobně jako v případě léčby pacientů s demencí se využívá **kombinace farmakoterapie** (doplňková a podpůrná léčba např. ke zlepšení úrovně pozornosti) a **psychoterapie** (rozvoj potřebných dovedností nebo korigování nevhodných projevů chování apod.).

3.3 SCHIZOFRENIE

Schizofrenie původním názvem **dementia praecox** (dříve také rozštěpení mysli nebo osobnosti), je **vážné onemocnění** lidské duše, které vzniká (nejčastěji v rozmezí věkové kategorie 15-35 let) z velké míry na základě kombinace dědičných dispozic a vývojově podmíněných změn (změny struktury mozkové tkáně v průběhu embryonálního vývoje např. v důsledku podvýživy) s tím, že riziko vzniku schizofrenie mohou zvýšit i psychosociální vlivy spojené především s rodinou! Onemocnění postihuje přibližně 1% lidské populace.

Mezi typické příznaky patří **nápadné psychopatologické změny osobnosti** související s mnoha různými psychotickými poruchami, jako jsou **poruchy vnímání (halucinace - přeludy)**, **bludy** (utkvělé představy), poruchy jednání, **poruchy řeči**, poruchy myšlení - **nelogické uvažování** (rozklad logické úvahy), nesoulad mezi jednotlivými složkami osobnosti nebo **ztráta kontaktu se skutečností**. **Výše pacientova IQ** nemá na průběh onemocnění vliv a **je většinou zachována**. Jako nejčastější formy onemocnění se uvádí **schizofrenie paranoidní, katatonická, hebefrenická** (psychóza u mladistvých), **prostá a smíšená**. Onemocnění se v prvním (prodromálním) stádiu většinou projeví změnou chování postiženého, sklonem k úzkosti, skleslostí, sníženou péčí o sebe sama. Následně nastupují symptomy v podobě různých slyšení a ozvučení vlastních myšlenek, bludů, halucinací nebo hlasů komentujících pacientovo chování. Tento stav je později doprovázen nečinností, ztrátou dřívějších zájmů (koníčků), poruchou socializace (problémy s komunikací, narušení mezilidských vztahů), nepřiměřenými emočními reakcemi, svalovou ztuhlostí (katatonie), záseky v myšlení, problémy s verbálním vyjadřováním (inkoherece, neologismy).

„Často se objevuje vztahovačné myšlení – silné bludné přesvědčení, že vše kolem je inscenované, vše má jiný význam...“

Z hlediska diagnostikování této choroby není určena žádná účinná specifikovaná metoda. Diagnostika vychází nejčastěji z pozorování postiženého a z analýzy získaných informací, které pacient sám poskytne.“ (Hartl, 1993, str. 188)

Schizofrenie je léčitelné onemocnění, pokud nemocný léčbu akceptuje a užívá předepsané léky (*neuroleptika*). Léčba trvá každopádně dlouho a nemusí dojít k úplnému uzdravení. **Psychofarmakologická léčba** (kombinovaná terapie) je zaměřena na uklidnění pacienta (snížení napětí a úzkosti), zvýšení jeho odolnosti a na regulaci duševních projevů. **V akutní fázi** onemocnění bývá nutná **hospitalizace**. Důležitou součástí léčby je psychoterapeutický přístup k nemocnému podporující jeho porozumění sobě samotnému, podstatě jeho choroby a zlepšení sociálních dovedností. Důležitou součástí léčby resp. **prevence** by měla být (stejně jako v případě dalších duševních poruch) **psychoterapeutická práce s rodinou**.

(<http://www.wikiskripta.eu/index.php/Schizofrenie>)

3.4 AFEKTIVNÍ PORUCHY

„Základním projevem afektivní poruchy je chorobná nálada, která neodpovídá reálné životní situaci nemocného a narušuje jeho uvažování, jednání i somatické (tělesné) funkce. Jejím důsledkem jsou adaptační poruchy a sociální selhávání.“ (Vágnerová, 2012, str. 369)

Tyto poruchy postihují alespoň jednou za život (ojedinělá epizoda) přibližně 25% populace.

Depresivní porucha je pak nejčastějším duševním onemocněním vůbec (proto se autor v této podkapitole věnuje zejména této poruše). Četnost jejího výskytu v populaci je, na rozdíl od schizofrenie, podmíněna mj. také sociokulturními nebo klimatickými podmínkami (větší výskyt v zemích s chladnějším klimatem s menší intenzitou slunečního záření). Depresivní poruchou trpí častěji ženy než muži (v poměru přibližně 2:1). Průměrný věk osob při výskytu prvních známek onemocnění se pohybuje kolem 30 let (nástup poruchy nejčastěji v rozmezí 20. - 40. roku života).

Manická porucha je obvykle součástí **bipolární afektivní poruchy**, která je mnohem vzácnější než depresivní porucha a postihuje stejně muže i ženy (0,5 – 1,5%).

Bipolární maniodepresivní porucha se vyznačuje „*extrémními výkyvy nálad, které kolísají mezi výbornou (mánie) a velmi špatnou (deprese). Psychotické příznaky, jako jsou bludy a halucinace, se někdy projevují v průběhu manické fáze, ve fázi deprese jsou vzácnější.*“ (Carr-Gregg, 2012, str. 119)

Ke vzniku afektivní poruchy přispívá soubor mnoha faktorů. Podobně jako u schizofrenie se jedná o dědičné dispozice, vrozené vlivy (faktory působící na organické změny v průběhu prenatálního vývoje) nebo vlivy psychosociálního charakteru (viz 3.3) – např. primární socializační vlivy (rodinné klima, sociální učení, výchovný styl apod.) a další zátěžové vlivy, např. sociálně podmíněné negativní změny (ztráta zaměstnání, rozvod atd.). Pro vznik poruchy však není rozhodující pouze zátěž, ale naučený způsob jejího zpracování!

Depresivní příznaky se také do určité míry podobají projevům schizofrenie. Výskyt depresivního syndromu je navíc častý u většiny duševních poruch a poruch osobnosti.

Nevýznamnějším příznakem je **porucha emotivity - depresivní nálada** (patologická neschopnost prožívat radost) neodpovídá svou intenzitou (nebo délkou trvání) zátěži. Depresivní pacienti mají zvýšené sklony k pocitům viny, prožívají **bezmoc, zoufalství a pocity ztráty vlastní hodnoty a smyslu života**. Projevují se u nich často **suicidální tendence** (10-15% pacientů spáchá sebevraždu). „*Sebevražda není volba. Je to prostě stav, který nastane, když už bolest nelze unést.*“ (Carr-Gregg, 2012, str. 128)

Změny v oblasti myšlení se projevují především zpomalením (resp. **celkovou inhibicí** – stav blokující motivaci k činnosti). U malého procenta nemocných se mohou objevit i **halucinace a bludy** (častější jsou však u pacientů s manickým syndromem). Dalším z typických příznaků deprese je **zvýšená unavitelnost** v důsledku ztráty energie, depresivní nálada se projevuje ve výrazu tváře, gestech, držení těla, hlasové intonaci apod. **Někdy se naopak u depresivních pacientů objevuje neklid (úzkost) s tendencí k nadměrné aktivitě**, která je příznakem závažnějšího průběhu choroby. Dochází k **narušení sebeovládání** (nepřiměřené projevy chování), k útlumu potřeb (**ztráta zájmů**) a volní aktivity (neschopnost plánování, **problém se zvládnutím běžných denních činností**). Nemocní mohou trpět i tělesnými potížemi různého druhu (svírání na hrudi, bušení srdce, **poruchy spánku** apod.).

V důsledku změn v prožívání, myšlení a chování nemocných osob dochází i k **narušení** jejich **mezilidských vztahů**, prohlubuje se jejich závislost na okolí. Deformace vztahů je zaviněna i nepochopením příčiny vzniku těchto potíží ze strany blízkých lidí i pacienta samotného. Na místě je opět **pomoc odborníků v podobě práce s celou rodinou** (zejména v případě mladistvých). „*O depresi by se mělo více mluvit... Strach, že se znemožním a také hrdost mi brání v tom, abych se šla někam poradit a začala se léčit.*“ (Záznam z deníku 17leté dívky, která spáchala sebevraždu). „*Průzkumy ukazují, že pouze jeden z pěti mladých lidí ve věku 16-24 let trpících sebevražednými myšlenkami by byl ochoten požádat o pomoc svého lékaře. Aby se tito mladí lidé dostali do ordinace, potřebují v první řadě pomoc svých rodičů.*“ (Carr-Gregg, 2012, str. 46, str. 133)

Léčba depresivní poruchy spočívá v kombinaci farmakologické péče (*anxiolytika, antidepressiva*) a **psychoterapie**, která bývá poměrně účinná.

4 PORUCHY OSOBNOSTI A CHOVÁNÍ

4.1 VYMEZENÍ POJMU PORUCHA OSOBNOSTI

Psychiatrie se začala zabývat poruchami osobnosti až ve druhé polovině 19. století, do té doby se zaměřovala na nejzávažnější duševní choroby vyznačující se extrémními symptomy, které značně omezovaly způsob života nemocných včetně jejich okolí. První charakterizoval *psychopatii* (starší název poruch osobnosti) J. L. August Koch v roce 1888 jako ***nedostačivost, pro niž je typická porucha chování, přičemž tyto lidé nejsou ani duševně nemocní, ani mentálně retardovaní.*** Později již byla psychopatie považována za vrozenou a do určité míry biologicky podmíněnou poruchu (Schneider 1923).

„Porucha osobnosti je definována jako určitý, trvalý a těžko ovlivnitelný vzorec osobnostních rysů, které se odlišují od aktuální sociokulturní normy.“ (Vágnerová, 2012, str. 513)

4.2 VÝSKYT A PŘÍČINY VZNIKU

Odborná literatura uvádí, že určitým typem poruchy osobnosti je postiženo 5-13% lidí. Dále se odhaduje, že blíže neurčená disharmonická struktura osobnosti se týká 10-18% populace dospělých (údaje týkající se výskytu těchto poruch nejsou přesné, protože v praxi nelze určit jasnou mez mezi hraniční osobností a již potvrzenou poruchou osobnosti).

Poruchu může vyvolat již jedna dostatečně silná složka v rámci biologických, nebo psychosociálních faktorů. Většinou tyto faktory působí v interakci. **Při vzniku různých druhů poruch osobnosti jsou zřejmě určující odlišné faktory.**

Biologické faktory

- **Dědičnost** – *„predispozice (sklon, náchylnost) ke vzniku osobnostní poruchy je dána geneticky“* (Vágnerová, 2012, str. 515)

- **Biologická podmíněnost** – „*biologickou podmíněnost poruch osobnosti potvrzují zvýšené hladiny některých hormonů, neurotransmiterů a mediátorů u postižených jedinců*“ (Vágnerová, 2012, str. 515)

Biologicko-psychosociální faktory

- **Vlivy v rámci prenatálního vývoje** (vrozené vlivy)

Jako biologicko-sociální faktor ovlivňující lidskou osobnost je považována prenatální vývojová fáze člověka, která může mít na vznik poruchy významný vliv. V tomto období je plod velice citlivý na nepříznivé faktory, jak z vnitřního tak z vnějšího prostředí. Tato prostředí mohou přinášet mnoho zátěžových vlivů zprostředkovaných matčíným organismem. Důsledkem je v mnoha případech **narušení přirozeného vývoje funkcí mozku** dítěte a dokonce **určité typy osobnostních poruch souvisí přímo s konkrétní (těmito vlivy) poškozenou oblastí mozku.**

Na příklad: „*Odchylky kůry čelního laloku bývají příčinou zvýšeného sklonu k impulzivním projevům.*“ (Vágnerová, 2012, str. 515)

Psychosociální faktory

- **Sociální podmíněnost – vnější vlivy**

Jsou to takové vlivy, které rozvíjí, neboli posilují již vytvořenou dispozici pro vývoj některých rysů osobnosti. Bezesporu nejvýznamnějším vlivem je **působení rodiny** (resp. prostředí, které ovlivňuje vývoj osobnosti v raném dětství). **Nejzávažnějším rizikovým faktorem je raná citová deprivace** (neuspokojení potřeby lásky a jistoty). Reakcí na *frustraci* (na překážky, které brání dosažení uspokojení důležitých potřeb) je často **rozvoj agresivního chování – frustrační teorie**. „*Násilí je tudíž obranou...agrese nastolí určitou převahu, sebejistotu, může dokonce přinášet uspokojení z pomsty a zároveň moci nad druhými...Negativní sebeobraz se alespoň na chvíli změni v pozitivní, vybavený silou, mocí a převahou...Poněvadž však vynucené uznání nemá tu pravou hodnotu, je násilí neustále opakováno a stupňováno.*“ (Poněšický, 2005, str. 37)

Velký vliv na utváření osobnosti má v období puberty a adolescence vrstevnická skupina. Prostedí těchto skupin působí na utváření mnohých projevů určitých typů osobnostních poruch (viz podkapitola 4.4).

4.3 PROJEVY PORUCH OSOBNOSTI

Pro diagnostikování poruchy je nejdůležitějším znakem odlišnost od normy v oblasti osobnostních vlastností (viz kapitola 2) a s nimi souvisejících projevů. Struktura osobnosti může být nevyvážená a to v případě některých jejích extrémních vlastností. To souvisí s nápadnými (nenormálními) postoji, prožíváním a chováním způsobující obtíže v sociální adaptaci.

- **Kognitivní funkce (myšlení)**

Jedinci s poruchou osobnosti mohou mít změněné uvažování nikoliv však v důsledku snížené inteligence. Jejich deformované hodnocení situace či emotivně zkreslený úsudek **souvisí s narušeným sebehodnocením** (neadekvátní sebevědomí směrem nahoru i dolů). Podobně hodnotí i ostatní lidi - extrémně kriticky nebo naopak idealizovaně. Tato deformace v myšlení se projevuje i **narušeným procesem učení** (omezená schopnost poučit se ze zkušenosti).

- **Emoční prožívání**

Podobně jako jsou u lidí s poruchou osobnosti změněné kognitivní funkce, mají tito postižení jedinci též **nevyrovnané prožívání** (souvisí s nápadností vnějších emotivních projevů). Projevuje se především zvýšenou citlivostí k některým podnětům (nepřiměřenost citové reakce) nebo nápadnou převahou určitého emočního ladění (např. podrážděnost, netečnost aj.). **Emotivita** může být jak **akcentovaná** (zdůrazněná např. u histriónských poruch osobnosti), tak i **utlumená** (např. u schizoidní poruchy osobnosti).

- **Poruchy chování**

Důsledkem nevyvážené struktury osobnosti je rovněž **narušená sociální adaptabilita**. Lidé s poruchou osobnosti nerespektují běžné sociální normy a jejich **chování** se proto jeví ze společenského hlediska jako **nápadné, obtěžující až nepřijatelné (problémy ve vztazích s lidmi)**. Typická je **snížená tolerance k zátěži** v důsledku související se zvýšenou pravděpodobností různých projevů **autodestruktivního chování** - zneužívání návykových látek, rizikové sexuální chování, v krajním případě se může jednat i o **suicidální syndrom** (sebevražedné sklony). V neposlední řadě to jsou **potíže v sebeovládání** (narušená

autoregulace), **nutkání k okamžitému uspokojování vlastních potřeb a sklon k nejružnějším výstřelkům (excesům) a rizikovým aktivitám.**

4.4 TYPY PORUCH OSOBNOSTI

- **Paranoidní porucha osobnosti**

Osobnost trpící paranoidní poruchou se vyznačuje nadměrnou přecitlivělostí a nepřiměřenou **obecnou nedůvěrou k lidem** v jejím okolí. Postižení jedinci prožívají nepříjemné pocity, podrážděnost, **negativismus a stálé napětí** (tenzi) související právě s trvalými pochybnostmi v mezilidské komunikaci. S těmito projevy jde ruku v ruce také **vztahovačnost podnícená pocitem ohrožení**, což vede k neschopnosti dosahovat pocitu vnitřní pohody a uvolnění. Dále **nejsou schopni adekvátní sebereflexe** právě z důvodu deformovaného postoje k okolnímu světu. Mají často zapotřebí zdůrazňovat svou osobu a **umí přijímat jen pozitivní hodnocení**, jelikož na jiné než kladné hodnocení reagují jako na útok a to velice přecitlivělou obranou (slovní útoky apod.). To vede v průběhu jejich života k **vytváření neuspokojivých sociálních vztahů** a je velmi pravděpodobné, že tyto lidé mohou zůstat osamělí bez přátel a rodiny. Schopnost učit se je také do značné míry zatížena tím, že se postižený nedokáže dostatečně poučit z prožité vlastní zkušenosti a tím své chyby v jednání opakuje. Reakcí na nezdár je **neústupnost** v přijetí situace a **neschopnost změny názoru**.

Navenek lidé s touto poruchou působí jako nepříjemní, negativističtí, nedůvěřiví, nespravedliví a obtížní. V partnerských vztazích se vyskytuje **nepřiměřená podezíravost, žárlivost** a vztahovačnost.

Příklad z praxe: *„Nepřiměřeně žárlivý osmatřicetiletý muž svou manželku neustále telefonicky kontroluje, vyžaduje, aby se nikde nezastavovala a šla ze zaměstnání přímo domů. Pokud se žena někde zdrží, reaguje nadávkami, výčitkami i tělesným násilím. Přítelkyně své ženy považuje za nežádoucí osoby, nechce, aby se s nimi stýkala, protože jí údajně proti němu navádějí. Svě chování hodnotí jako normální, vysvětluje je jako reakci na jednání manželky (která by jej nejráději jen využívala a podváděla, nedá se jí věřit).“ (Vágnerová, 2012, str. 520)*

- **Schizoidní porucha osobnosti**

U osob postižených schizoidní poruchou osobnosti jsou nejtypičtějšími příznaky a projevy nápadité **introvertní chování**, chladné citové prožívání, **nezájem o kontakt s lidmi** a okolním světem. **Schopnost cítění** je velmi **snížena** a stejně tak jako u lidí trpících paranoidní poruchou osobnosti se zde jedná o **neschopnost prožívat uspokojení a radost**. Postižení jsou **uzavřeni** do své vlastní reality, **do svého vlastního světa**, používají vlastní logiku a **nezajímá je hodnocení z vnějšku** (ani kladné, ani záporné). Mají lhostejný postoj k názorům ostatních lidí a často bývá velmi těžké je nějak ovlivnit. **Sociální vztahy** jsou **narušené** důsledkem jejich silného nezájmu o osoby v blízkém okolí (rodina, přátelé popř. pracovní kolektiv). Sami také **nemají potřebu být milováni**. Valný význam pro ně nemá dokonce ani sexuální uspokojení a nijak zvlášť jej nevyhledávají. Mají potřebu minimalizovat jakýkoli sociální kontakt, jelikož se jim ostatní lidé jeví jako nesrozumitelní, složití a obtěžující. Dá se říci, že se ve většině případů jedná spíše o podivné zevněškem neudržované samotáře.

- **Asociální (disociální) porucha osobnosti**

Osoby s touto poruchou se v rámci emočního prožívání vyznačují především **neschopností sebeovládání, egocentrismem, bezohledností** v mezilidských vztazích (**chybějící empatie**) v souvislosti s nerespektováním běžných sociálních a etických norem. Mají zvýšenou **potřebu intenzivních podnětů (silného vzrušení)**, což často souvisí se zneužíváním psychoaktivních látek nebo s nestandardními sexuálními praktikami nezřídka spojenými s násilím.

Nápadná je **emoční labilita** (duševní nezralost) a též nadměrná vzrušivost **projevující se** situací nepřiměřeným **výbušným chováním** (afektivita).

Na mentální úrovni se tato porucha projevuje **neschopností adekvátně hodnotit situaci** stejně jako vlastní chování a jednání – **deformované sebehodnocení** (vyžadování shovívavosti a tolerance od ostatních v rozporu s vlastní netolerancí k druhým). V důsledku **slabě rozvinutého svědomí** (neschopnost prožívat vinu) může porucha u těchto lidí vyvrcholit trestnou činností včetně páchání násilných trestných činů. **Schopnost sociálního učení** je též **omezena**, takže ponaučení se ze zkušenosti je takřka výjimkou. Z tohoto

důvodu (ve spojení s **chybějící motivací ke změně**) jsou **osoby** s asociální poruchou osobnosti **téměř nenapravitelné** a tresty nemají žádoucí účinek. **Mají také zvýšenou potenci k suicidálním (sebevražedným) sklonům, díky jejich nízké toleranci k zátěži,** která souvisí též s neschopností se přiměřeně sociálně začlenit. To se promítá i do problematických (konfliktních) partnerských vztahů (pokud vůbec nějaké vzniknou), protože postižení **nedovedou navázat hlubší citové pouto** a později **selhávají ve většině životních rolí** (neumějí přijmout dospělou zodpovědnost).

Při výzkumu prováděném C. S. Widomovou a J. P. Newmanem v roce 1985 byla zjištěna následující fakta: Z celkového zkoumaného počtu lidí s asociální poruchou osobnosti mělo 46,2% z nich problémy v zaměstnání, 23,1% bylo odkázáno pouze na žití ze sociálních dávek, 82,5% lidí z této skupiny bylo svobodných nebo rozvedených, 25% byli těžcí alkoholici a 52,5% užívalo drogy.

Jak již bylo zmíněno, u osobností trpících disociální poruchou je **riziko páchání kriminální (trestné) činnosti** velmi vysoké což potvrzuje i fakt, že je **mezi trestanými významně velké procento takto postižených.**

- **Emočně nestabilní porucha osobnosti**

Základními znaky této poruchy osobnosti jsou **impulzivní jednání** a **výkyvy emocí** (podobnost s projevy prožívání a chování pacientů s organickými poruchami CNS nebo dětí s ADHD).

V případě **impulzivního typu** emočně nestabilní osobnosti je typická (kromě uvedených základních znaků) **výbušnost a nevypočitatelnost citových reakcí, neschopnost sebeovládání** a odkládání uspokojení vlastních potřeb. Postižené osoby mají **egocentrické myšlení** zatížené zkresleným hodnocením druhých (**podezíravost, nedůvěřivost**), **sklon k vymyšlení** (nerealistické sliby), nedokáží zhodnotit důsledky vlastního jednání. Jejich **chování** vzhledem k afektivitě bývá často **násilné, konfliktní, nepřátelské**, nejsou schopné vybudovat si trvalejší vztahy, **nedokáží systematicky pracovat**. Stejně jako v případě lidí trpících asociální poruchou osobnosti je i u těchto osob významně **zvýšené riziko kriminálního chování a zneužívání návykových látek** (alkohol, psychotropní látky).

Hraniční typ emočně nestabilní osobnosti se projevuje především nevyhraněností a nestabilitou v rámci sebepojetí. Osoby s tímto typem poruchy prožívají **stálý pocit emoční prázdnoty a výkyvy nálad**, jež často vedou ke zlostným výbuchům (převládající **negativistické, úzkostné, depresivní ladění**). Typický je **problém s identitou** (narušená, nejasná představa o sobě), který může mít dopady i v oblasti sexuálního zaměření. **Nedostatek sebedůvěry** (neporozumění sobě samému) souvisí s nestabilitou vztahů (nestálost, neuspokojivost). Převládající **tendence k „černobílému myšlení“** („vše nebo nic“) **deformuje jejich vztahy k blízkým lidem**, které dokážou jen milovat nebo nenávidět. **Pocit vlastní nejistoty** posilovaný navíc nespokojeností zejména v intimních vztazích vede často ke **zneužívání drog**, sexuálními excesům a **sebeпоškozování** (včetně sebevražedných tendencí).

- **Histriónská porucha osobnosti**

Nejvýraznějším znakem této poruchy jsou **egocentrismus** a deformované emoční prožívání v rámci sebepojetí i v mezilidských vztazích.

Nápadná je nerovnováha mezi teatrálním a dramatickým chováním a povrchním citovým prožíváním. Projevuje se **závislost na pozitivní zpětné vazbě**. U osob s histriónskou poruchou přetrvávají **pocity neuspokojení** vzhledem k jejich nadměrné potřebě vzrušení (**neschopnost zpracovat běžné podněty**). Typická je u nich značná **sugestibilita** (přejímání myšlenek druhých) a snadná ovlivnitelnost (**názorové výkyvy**). **Myšlení je ovládané emocemi**, interpretují realitu v souladu se svými potřebami (**vědomé lhaní** i konfabulace - **báživá lhavost**). Tito jedinci, i když se zpočátku mohou jevit jako zábavní společníci, **manipulují okolím** (direktivní i pasivní manipulace), **potřebují** být středem pozornosti, aby získali **obdiv a uznání** (jsou schopni přijímat jen pozitivní hodnocení, jinak propadají zlosti, obviňují, vyčítají, **citově vydírají** své okolí včetně demonstrativních sebevražedných pokusů). Pocity druhých jsou jim lhostejné. **Stylizují se do různých rolí** a přehnaně dbají na svůj zevnějšek, aby vzbudili pozornost jako předpoklad dosažení sociální prestiže. **Vztahy**, které navazují s druhými lidmi, jsou **povrchní, nestabilní a plné konfliktů**. Častý je u nich **sklon k promiskuitě**. Druhými, které využívají a manipulují jimi, jsou

většinou odmítání, jejich chování je označováno jako nepřijatelné (obtížné, bezohledné a sobecké).

- **Narcistická porucha osobnosti**

Stejně jako u některých předcházejících poruch je i zde důležitým diagnostickým znakem **nápadný egocentrismus**, porucha sebehodnocení a **necitlivost k druhým lidem**.

V oblasti **emočního prožívání** vykazují osoby s touto poruchou **sníženou frustrační toleranci**, zranitelnost a **přecitlivělost** (i na běžné podněty reagují často agresivně, především v souvislosti s méně příznivým hodnocením jejich osoby okolím). V rovině sebehodnocení mají tendenci se přeceňovat, jsou **přesvědčeny o své výjimečnosti** (fyzická krása, inteligence, talent apod.), přesto mohou vnitřně trpět i neadekvátním sebepodceňováním. Postrádají schopnost přijímat odlišné názory a **rigidně trvají na své pravdě**. Podobně jako v případě histriónské poruchy osobnosti pociťují tito lidé silnou **potřebu neustálé pozornosti a obdivu**, což souvisí se **sklony k exhibicionismu**. Často mohou trpět také **pocitý žárlivosti a závisti**. Na druhé kladou **nepřiměřené nároky** ve spojení s arogancí, bezohledností a nedostatkem empatie, **nejsou schopni navázat hlubší, uspokojivý citový vztah**. (Asi nejznámějším příkladem osobnosti s narcistickou poruchou je Adolf Hitler.)

- **Anankastická (obsedantně-kompulzivní) porucha osobnosti**

K nejvýraznějším projevům osobnosti s obsedantně-kompulzivní poruchou je **potřeba nadměrné kontroly, rigidita a nerozhodnost**. Tyto znaky abnormality jsou stejně jako u ostatních poruch osobnosti spojené s narušeným myšlením (uvažováním), prožíváním i sociálními vztahy.

Lidé trpící touto poruchou **nedovedou prožívat radost**, provází je stále **špatná nálada**, vůči svému okolí se chovají zdrženlivě až chladně. Jakékoli změny u nich vyvolávají negativní pocity (nejistota, vztek, úzkost). Mají **stálé pochybnosti**, jsou **opatrní a nedůvěřiví**. Díky vnitřní nejistotě kladou **nadměrný důraz na dodržování vnějších pravidel**, preferují stereotyp (rigidní chování i uvažování), **ulpívají na detailech** na úkor pochopení podstatných souvislostí. Projevuje se u nich **závislost na názorech jiných lidí**, mají **sklon k perfekcionismu**

v souvislosti s obavou před kritikou. Sami k sobě jsou **nadměrně kritičtí**, stejně jako ke svému okolí. **Trpí strachem ze selhání**, takže **neustále kontrolují** (i v běžných činnostech), zda neudělali nějakou chybu, proto je omezen i jejich pracovní výkon (přesto mohou v určitých profesích dosáhnout dobré pracovní pozice). V souvislosti s jejich narušenou adaptabilitou na změnu rigidně (strnule) trvají na obvyklých způsobech řešení problémů a důsledném dodržování sociálních norem (mohou působit méně inteligentně, než ve skutečnosti jsou). Jsou **zaměřeni spíše na výkon** než na **vztahy**, které pro ně **nejsou tolik důležité**. To může vést k sociální izolaci také díky jejich tvrdohlavosti, přehnané sebekontroli a svědomitosti, **puntičkářství** a pedanterii (od druhých vyžadují totéž). **Ve společnosti jsou neoblíbení**, jejich chování je ostatním nepřijemné, bývají považováni za nudné (**nemají smysl pro humor**), někdy i směšně mrzouty.

- **Pasivně-agresivní (negativistická) porucha osobnosti**

Nejtypičtější znaky negativistické poruchy osobnosti jsou absence schopnosti postižené osoby přiměřeným způsobem dostat sociálním normám dané společnosti a **neschopnost přijatelně vyjádřit své emoce**. Pasivně-agresivní jedinci mají **sklon k depresím**, jsou podráždění a mrzutí (bez zjevných důvodů), snadno propadají zlosti a pocitům **nepřátelství** vůči svému okolí. Své negativní emoce nedokáží otevřeně vyjádřit z obavy před agresivitou. Dalšími typickými znaky jejich osobnosti jsou také **nižší frustrační tolerance** (snížená schopnost zvládnutí zátěžových situací) a sklon k a priori negativistickému hodnocení různých situací. Zvláštním znakem je **projev infantilnosti v uvažování** (nezralost odpovídající dětskému myšlení) – tito lidé chybně předpokládají, že druzí znají jejich potřeby, proto své názory a potřeby nevyjadřují a následně považují nároky okolí na jejich osobu za neoprávněné a nadměrné. Infantilita se projevuje i v jejich kritickém (resp. pohrdavém) postoji k autoritám. V oblasti sociálních vztahů se vyhýbají přímému konfliktu, proto **nejsou schopni odmítnout požadavky svého okolí**, ale **akceptují je pouze zdánlivě**. Přestože deklarují ochotu vyhovět, následně se splnění požadavku vyhýbají, vymlouvají se, **odkládají povinnosti**, **nedodržují termíny**, apod. Jejich jednání vede nejen k adaptačním potížím (**problémy se začleněním do sociální skupiny**), ale také ke konfliktům ve

vztazích. Okolí je vnímá jako lhostejné, pokrytecké a líné (uhýbání před plněním povinností a před odpovědností), event. neschopné.

- **Úzkostná (vyhýbavá) porucha osobnosti**

Tato porucha osobnosti se vyznačuje především sklonem k úzkostnému prožívání, **negativnímu sebehodnocení** a s tím spojenou potřebou vyhnout se potenciálnímu ohrožení jakéhokoli druhu.

Postižené osoby trpí **pocity napětí, ohrožení**, pronásledují je neustálé obavy a **strach z problémů**. Tyto obavy a strach ovlivňují negativně jejich sebehodnocení a sebeúctu (**komplex méněcennosti**). Mají **strach z odmítnutí a kritiky**, protože přikládají příliš velký význam názorům druhých. V souvislosti s tím často nesprávně vyhodnocují reakce okolí na vlastní osobu, jež díky své přecitlivělosti vnímají jako nepříznivé, což dále prohlubuje jejich pocity méněcennosti. **Silně touží po uznání a přijetí**, ale zároveň dosažení tohoto vnitřně zpochybňují jako nereálné (zatěžují pak např. intimní vztahy opakovaným vymáháním potvrzení ze strany partnerů o bezvýhradnosti a trvanlivosti jejich lásky). Mají potřebu hlubšího vztahu, ale předem se bojí zklamání. To v důsledku souvisí s jejich vyhýbáním se sociálním kontaktům (**obavy ze selhání, ztrapnění** apod.) a dále samozřejmě vede k **narušení mezilidských vztahů**. Neustálým obavám a trápení osob s úzkostnou poruchou většina lidí nerozumí (i když je někdy lituje) a vnímá jejich prožívání a projevy chování jako podivné, nepochopitelné a nepříjemné.

- **Závislá porucha osobnosti**

Tato porucha se vyznačuje **nadměrnou závislostí na jiném člověku** (**neschopnost osamostatnění se**) a strachem z opuštění.

Stejně jako v případě úzkostné poruchy osobnosti **trpí** i lidé se závislou poruchou úzkostí, pesimismem, **neustálými obavami a nízkým sebevědomím** (pocit neschopnosti až bezmocnosti). Jejich schopnost prožívat potěšení a radost je značně omezená. Jsou **snadno ovlivnitelní** okolím (často nekriticky přijímají názory druhých lidí). **Bojí se rozhodování (vyhýbají se odpovědnosti)** a raději se podřizují rozhodnutím jiných lidí (**submisivita**). Kvalita sociálních vztahů i chování těchto jedinců vykazují znaky osobní nezralosti a souvisí s jejich

potřebou závislosti na jiné osobě. Dostávají se někdy do role týraného a zneužívaného člověka, jejich **potřeba závislosti** je tak velká, že připouštějí (a omlouvají) i špatné jednání např. partnera. Jejich submisivita se prohlubuje spolu s narůstajícím **strachem z opuštěnosti**.

5 PŘÍPADOVÉ STUDIE

5.1 LADISLAV HOJER (PĚTINÁSObNÝ SEXUÁLNÍ VRAH)

Českých násilníků, kteří se zapsali do světové encyklopedie zločinu, bylo jen málo. Mezi nimi je i Ladislav Hojer. Ladislav Hojer zavraždil sadistickým způsobem mezi léty 1978 až 1982 celkem pět žen. Jedna z vražd nesla známky kanibalismu. První vraždu spáchal ve svých dvaceti letech. Díky neobvyklému vztahu vraha a jeho vyšetřovatele, se podařilo během dvou let, co byl tento případ vyšetřován, odhalit i vraždy, které spolu zprvu zdánlivě nesouvisely.

Ladislav Hojer se narodil v roce 1958 do chudší pražské rodiny bydlící na Praze 5 Motole. Jeho otec pracoval jako skladník a matka byla uklízečka. Žili v bytě i s jeho bratrem Jaroslavem. Otec zemřel, když bylo Ladislavovi jedenáct let a matka o pár let později. Oba bratři zůstali v motolském bytě sami. Ladislav, měl snížený intelekt na hranici 88 IQ a chodil proto do zvláštní školy. Dle svědectví lidí z jeho okolí působil nenápadně a zakřiknutě. Ve škole byl považován spolužáky za outsidera a ve společnosti bratra Jaroslava a jeho přátel hrál víceméně roli „osla“. Ladislav se vyučil jako sklenář a po vyučení začal pracovat v jednom pražském sklenářství.

Mladý Ladislav, během jednoho večírku, pořádaném v jejich bytě zjišťuje, že není schopen dobrovolného pohlavního styku. Stane se tak, když ho odvedla jeho kamarádka do vedlejšího pokoje a zkoušela jej přimět k souloži. Hojer zpanikařil a utekl z bytu pryč. Později přichází na to, že ho vzrušuje násilí. Začíná proto sledovat a přepadávat ženy. Následně je uvedena **výpověď** tehdy dvacetileté dívky, která přežila jedno z jeho prvních napadení.

„Čekala jsem na tramvaj. Přešel kolem mě nějaký člověk a najednou jsem cítila jak mě ze zadu chytil pod krkem. Odtáhnul mě za nějakou trafiku, kde mě povalil na zem a začal mě škrtit. Svlékl mě ze šatů a tak nějak se mě pokoušel znásilnit. Neustále mě při tom přiškrcoval a chvílemi si se mnou i povídal. Bylo to celkově podivné. Měl takové záchvaty strašné brutality, že mě chvíli škrtil, až mi už tekla krev z pusy, z uší, z nosu a on to patlal po celé mé osobě. Pak zase chvíli oddechl a chtěl si povídat. Ptal se mě, jestli žiju sama nebo s rodiči a vůbec na můj život a jestli si nechci třeba zakouřit cigaretu. Pak ho popadli zase nějaké běsy a znovu začal škrtit. Potom jsem ho viděla až u soudu. Připadal mi jako strašný slušňák, jako

nevinný chlapec.“ (ARCHIV ČT, cyklus dokumentárních filmů *Hrdelní zločiny – vraždy a tresty smrti v ČSSR, (Oběti a vrazi – police story), Ladislav Hojer*)

1. listopadu 1978 se Hojer vydává na výlet do Děčína „Poznávat krásy naší země a podívat se po nějaké ženské,“ jak sám uvedl při výslechu. Zde na náplavce narazí na svou první oběť. Stala se jí třicetiletá Eva Roulenová, která zde měla smluvenou schůzku s milencem. Hojer jí uškrtí a mrtvou pak znásilní. Poté odjíždí zpět domů do Prahy.

Druhou vraždu spáchal o pár měsíců později, a to v době, kdy podstupoval základní vojenskou službu. Stalo se tak v noci z 8. na 9. února 1980 v nočním rychlíku na cestě z Prahy do Děčína, kdy Hojer sleduje a následně přepadne pětadvacetiletou Ivonu Špringlovou (studentku medicíny) ve vlakové toaletě. Oběť je opět Hojerem uškrcena a sexuálně zneužita.

Jelikož měl Ladislav Hojer zálibu v cestování, vyrazil téhož roku v létě do Košic na Slovensko. Když se procházel po břehu vodní nádrže přehrady Ružín, spatřil mladou ženu. Zmiňovanou ženu napadl, poté jí znásilnil a smrt jí přivodil uškrcením. V tomto případě se chtěl Hojer své oběti zbavit, aby nezanechal žádné stopy. Již mrtvou ženu svázal drátem do tzv. kozelce a zatížil kamenem tak, aby se mrtvola potopila pod hladinu a nebyla vidět. Tělo zavražděné se našlo až rok a čtvrt poté, co ho Ladislav Hojer odtáhl do nádrže. Identifikace torza těla byla nemožná, jelikož jeho stav byl ve značném stádiu rozkladu a bylo nalezeno již bez hlavy a obou dlaňových částí zápěstí. Identita této Hojerovi oběti je dodnes neurčena.

Jeho nejzvrůdnějším a nejhrůznějším činem se stala jeho čtvrtá vražda osmnáctileté Ivany Mádlové v Brně. 30. ledna 1981 se již zkušený vrah Ladislav Hojer vydal na výlet do Brna, kde se celý den procházel po městě. V nočních hodinách začal sledovat osaměle jdoucí mladou dívku. V neudržovaném a ztemnělém parčíku brněnského sídliště jí přepadl a uškrtil. Poté dotyčnou sexuálně zneužil, pobodal a následně jí odřezal prsa a genitálie nožem, který měl u sebe. Odřezané části těla si odvezl v igelitové tašce s sebou domů, kde se pokusil prsa sníst a s genitáliemi se pohlavně uspokojoval.

Poslední obětí Ladislava Hojera se stala 3. října 1981 jednapadesátiletá Anna Šťastná, kterou Hojer přepadl v blízkosti svého bydliště na Praze 5 v lesíku u potoka. Dotyčnou s nožem v ruce pod výhrůzkou zabít znásilnil a poté ji uškrtil pomocí jejích punčochových kalhot, které z ní svlékl.

Krátce po tomto jeho skutku si Hojer povídá se svým známým Jaroslavem Donátem v hospodě, kde se Donát Hojerovi mimo jiné zmíní o vraždě, „nějaké ženské“ v Motole. Donát popisuje Hojerovi, jakým způsobem byla dotyčná zavražděna, jelikož to někde zaslechl na ulici a chce vypadat před svým kamarádem důležitě. Hojer Donáta opravuje s tím, že byla uškrcena punčochovými kalhotami. Tento detail se stal Hojerovi osudným, jelikož Jaroslav Donát byl tehdy pacientem psychiatrické léčebny v Bohnicích a díky jeho registraci v ní a místem bydliště na Praze 5, byl pár dní po vraždě předveden k výslechu jako podezřelý. Zde popisuje vyslýchajícímu, co o vraždě ví a také detail s punčochovými kalhotami. Donát má, ale pevné alibi, protože byl v době vraždy právě v Bohnické léčebně. Zkušení vyšetřovatelé jsou přesvědčeni, že podobné detaily může vést v patrnosti jen policie a samotný vrah. Po lehčím nátlaku se Donát přiznává, že mu tuto okolnost řekl jeho známý Ladislav Hojer, pracující jako sklenář. Osm dní po spáchání této vraždy byl Ladislav Hojer v místě svého bydliště zadržen a předveden k výslechu, kde se po chvíli k vraždě Anny Šťastné doznává.

Vyšetřování a rekonstrukce Hojerových vražd trvalo více než dva roky. Závěrem vyšetřování bylo shrnutí jeho skutků a **znalecký posudek na jeho osobnost**. Ladislav Hojer byl shledán vinným a plně odpovědným z pěti vražd a několika znásilnění, při čemž u něj **nebylo zjištěno žádné duševní onemocnění**. Měl však hned **několik zásadních poruch osobnosti** a to z něj dělalo **osobnost psychopatickou, primitivní, amorální, asociální se schizoidními rysy a agresivními sexuálními tendencemi s citovou tupostí a sníženým intelektem na hranici 88 IQ**. Znalci z oboru psychiatrie a psychologie byla vyloučena jakákoliv šance k nápravě ani po podstoupení kastrace či stereotaktické operace. Ladislav Hojer byl odsouzen k trestu smrti oběšením, jelikož všechny činy spáchal v přičetném a vědomém stavu, promyšleně a bez známek duševní choroby. Po dvou odkladech exekuce byl 7. srpna 1986 popraven a stal se tak posledním odsouzeným pachatelem, který byl v tehdejší Československu takto potrestán. (<http://kriminalistika.eu/muzeumzla/hojer/hojer.html>)

MUDr. Pavel Zemek v následujícím textu **komentuje osobnost Ladislava Hojera** a rozebírá podrobnosti jeho kriminálního případu, do něhož byl sám mezi lety 1981 – 1983 zapojen jako soudní lékař a znalec.

V únoru roku 1981 přijel na psychiatrickou kliniku 1. Lékařské fakulty UK v Praze tehdejší vyšetřovatel major Mariška s tím, že potřebuje vypracovat od MUDr. Pavla Zemka a

jeho kolegy prof. Študenta znalecký posudek na charakter vraha mladé dívky Ivany Mádlové, která byla nalezena zavražděná zvláště brutálním a sadistickým způsobem v ranních hodinách 31. ledna 1981 na brněnském sídlišti. Tělo bylo nalezeno s odřezanými genitáliemi, a jak se posléze ukázalo, i s 39 bodnými ranami.

„Vzpomínám si, že tam byla důležitá velmi zručná manipulace s nožem, jelikož udělat takovou destrukci jaké se pachatel na té dívce dopustil je poměrně časově náročné a fyzicky namáhavé. On odřezal prsa a potom v jednom kuse celý genitál (poševní vstup) s ochlupením ze stehien a i s kusem konečníku.“ Odřezané části těla se na místě činu nenašli. „Takže mimo jiných charakteristik jsme do posudku také uvedli, že by to mohl být chirurg, pitevní laborant, řezník anebo myslivec, protože tito všichni umí nakládat s poměrně velkým tělem a rozřezávat ho nějakým způsobem. Ale zapomněli jsme na dvě povolání, a sice na ševce a sklenáře, kteří používají nůž na kytování oken.“

Na základě tohoto lékařského posudku profilu osobnosti vraha vypracovaného předními sexuology se rozjelo vyšetřování případu zavražděné Ivany Mádlové. Vraha se však přesto nepodařilo dopadnout.

„Po nějaké době se ozval tehdy major Markovič, že dopadli vraha přibližně padesátileté ženy z Motola, a že by chtěl, abychom na něj udělali posudek. U Ladislava Hojera šlo v podstatě o to, že byl primitivní (snížené IQ) a v té své společnosti, pokud nějakou měl, hrál vždy roli takového osla. On sice byl hubený (na „žrouta“ v žádném případě nevypadal), trochu přihrblý, propadlé tváře (ptačí profil) - takže se rozhodně nedalo říct, že je půvabný - nicméně ten Jirka Markovič v něm objevil jakousi žravost. Nosil mu tedy v době vyšetřování na výslechy jídlo a Hojer pak ochotně spolupracoval. Markovič se k němu choval vždycky důstojně, jako ke zralému dospělému člověku. Dával mu najevo úctu, která člověku přísluší (ať je to, jak je to) a to Hojer ocenil. Tím k němu přilnul a získal k němu důvěru, což podstatně ovlivnilo průběh vyšetřování (jejich vztah byl přirovnáván ke vztahu otce a syna). Samozřejmě tam hraje velkou roli to snížené IQ. I takový člověk, který je na okraji společnosti, chce být někdy významný a důležitý. U obviněného jde o primitivní, psychopatickou osobnost, amorální, asociální se schizoidními rysy. Do posudku jsme tehdy uvedli, že šance k nápravě je veškerá žádná a to nakonec umožnilo vynesení rozsudku smrti.“

MUDr. Zemek dodává, že po uzavření případu u něj nejsilněji vyznívá pocit, že „*Lád'a Hojer už žádnou další krásnou dvacetiletou dívku nezabije...*“ „Všechny jeho oběti byly hezké

ženy. On by nikdy neměl naději s nimi promluvit, natož pak je sbalit. A to umocňovalo tu jeho nenávist k nim.“

MUDr. Karel Hynek – sexuolog, vysvětlil Hojerův vztah k ženám takto. „On se choval k ženám pouze jako k nástroji svého uspokojení, nikoliv jako k lidské bytosti, nebo člověku, ke kterému by měl mít nějaký vztah nebo lásku.“ Vyšetřovatel major Jiří Markovič, uvedl: „Jeho vztah k ženám byl trochu zvláštní. Preferoval hezkou postavu, jak on říkal „hezkou kostru“ a spíš si myslím, že ženy pro něj znamenaly něco méně než muži.“

Dále je uvedena **autentická výpověď hlavního vyšetřovatele případu Ladislava Hojera, majora Jiřího Markoviče**, kterému se podařilo celý případ objasnit, díky neobvyklému vztahu s obviněným.

„Když kluci z kriminálky (můj kamarád Tonda Jarolímek) vzali Hojera po zadržení k prvnímu výslechu a začali se ho ptát k té vraždě v Motole, tak on to vlastně hned začal dávat. Já jsem mu navrhl, aby si to do příštího výslechu promyslel, no a on mně k příštímu výslechu přinesl papírek, na kterém bylo napsáno asi 14 nebo 15 různých pokusů. Byl tam i pokus v Brně a u toho nakreslil křížek. Tak jsem se ho zeptal, co to má znamenat a on mi řekl, že tam mu zůstala pod rukama.“ Z této Hojerovy výpovědi se později objasnil případ vraždy Ivany Mádlové v Brně.

„Při jednom z dalších výslechů, prostě Hojer sdělil, že kromě těchto dvou vražd měl ještě další a začal vyprávět o vraždě ve vlaku.“ Na základě tohoto faktu se vyřešila i vražda studentky Ivony Špringlové, která se stala v nočním rychlíku Praha – Děčín.

Vztah Ladislava Hojera k majoru Markovičovi se postupem času zužoval, jelikož spolu trávili hodně času zejména při výsleších a rekonstrukcích jeho činů. V jednom období vyšetřování neměl na Hojera major Markovič tolik času z důvodu řešení jiných případů a Ladislav Hojer tak byl asi dva měsíce bez výslechu.

„Po nějaké době mi napsal dopis, ve kterém psal, že chce říct všechno. Když jsem s ním potom mluvil, tak začal popisovat nějakou vraždu na Slovensku u Košic. Tak jsme si ověřili, zda se tam v době co on uvedl, nějaká vražda stala. Zjistili jsme, že v tamější přehradě Ružín našli torzo těla ženy, bez hlavy a bez dlaní. Byla svázaná do kozelce drátem a už z fotodokumentace, kterou jsme dostali, bylo vidět, že tam bylo přivázané nějaké závaží, které jí stáhlo dolů. On nám o tom závaží vyprávěl dokonce ještě před tím, než jsme tam jeli. Hojer

nám ukázal, jakým způsobem jí přivázal kámen na prsa, a to přesně odpovídalo tomu, co jsme viděli, když jsme tam přijeli.“ Přestože se zjistilo kým, kdy a jakým způsobem byla tato žena zavražděna, nepodařilo se objasnit její identitu. Dodnes tato Hojerova oběť nemá jméno.

„Později mi řekl, že mi poví o vraždě paní Roulenové v Děčíně na náplavce. To bylo asi s rozdílem půl roku, co ta vražda na Slovensku. A že mi to dává jako dárek k Vánocům. Znovu se potvrdilo, že si pamatuje místa naprosto přesně, protože místo napadení označil asi metr nebo metr a půl od místa, kde se našly její poškozené brýle.“

Všechny vraždy byly na základě jeho výpovědí a následných rekonstrukcí objasněny a uzavřeny. Poté s Ladislavem Hojerem začalo soudní řízení, na jehož konci padl jasný verdikt, který zněl trest smrti.

„Strach z trestu smrti jsem u něj nepozoroval nikdy. On o tom mluvil, ale že by se na něm nějak ten strach projevoval, to jsem nikdy nepocítil.“

Den před popravou Ladislava Hojera byl major Jiří Markovič hospitalizován pro srdeční kolaps...

5.2 OLGA HEPNAROVÁ („VRAŽEDKYNĚ Z LETNÉ“)

Olga Hepnarová se zapsala do dějin jako žena vražedkyně svým zrůdným a zoufalým činem, kdy úmyslně připravila o život 8 lidí a dalších 11 těžce či lehce zranila. Stalo se tak 10. července 1973 v odpoledních hodinách, přibližně v 14:45 hod., v Praze v tehdejší ulici Obránců míru (dnešní Milady Horákové) poblíž Strossmayerova náměstí, kdy Hepnarová najela nákladním vozem Praga RN na tramvajovou zastávku s úmyslem zavraždit co nejvíce lidí. Tento čin měla vražedkyně pečlivě promyšlený a naplánovaný tak, aby účinnost tohoto skutku byla v počtu mrtvých co možná největší. Jejím motivem pro uskutečnění tohoto činu byla pomsta společnosti za její opovržení, neúctu a trýzeň.

Narodila se 30. června 1951 do rodiny vcelku s dobrým zázemím. Její otec pracoval jako bankovní úředník a matka byla zubní lékařkou. Olga měla také sestru. Do šesté třídy měla prospěch na výbornou s vyznamenáním. V sedmé třídě nastalo značné zhoršení ve vztahu jak ke spolužákům, tak i k rodičům. To se projevilo i zhoršením prospěchu ve škole. Později byla přeřazena do jiné třídy. „*Olga měla konfliktní vztahy s akurátním a pedantským otcem, matka Anna, řečená prostě „paní doktorka“, dotvářela chladné a odtažité rodinné klima.*“ (TÝDEN, 8/2016) Ve svých třinácti letech se pokusila o sebevraždu, když spolykala značné množství léků. Na základě toho jí její matka předala do péče psychiatrů a Olga strávila poslední rok ZŠ (10 měsíců) v psychiatrické léčebně v Opařanech u Tábora. Po této desetiměsíční terapii byla vrácena zpět do domácí péče jako „vyléčená“. Opak byl však pravdou. Její stav se naopak výrazně zhoršil a nenávistné tendence vůči okolí se vystupňovali. Vztah k rodičům a sestře se dramaticky zhoršil. Olga je začala nenávidět díky své sugesci, že její sestru milují a jí ne. Tato sugesce se později zobecnila a prohloubila vůči všem lidem a Olga se vcítila do role „otloukánka“ jak sama později uvedla při jednom z výslechů „Mám roli mučednice a mstitelky“ „Jsem zástupcem všech otloukánků“. Následně se vyučila jako umělecká knihvazačka a poté se odstěhovala z Prahy, do chatové oblasti v obci Oleško. Zde bydlela sama se svou vzrůstající tendencí nenávidět lidi a s pocitem ukřivdění. Olga měla zálibu ve čtení filosofických a psychologických knih. Měla problémy i se svou sexualitou. Po nepřilíh povedeném vztahu s přítelem zjistila, že je homosexuální. Když se pokoušela vyhledat pomoc psychiatrů, nenašla (dle jejího úsudku) u odborníků žádnou účinnou odezvu. Byl to další zdrcující šok pro její nevyrovnanou osobnost, který ji jen utvrdil v pocitu

opovržení společností. Míra zatížení byla, pro ni již nesnesitelná a propadla těžkým depresím. Zde v Olešku se po čase rozhodla pomstít se společnosti za svou trýzeň a utrpení. Tato pomsta měla spočívat v usmrcení co možná největšího počtu anonymních lidí. Nevěděla však, jak toho má nejúčinněji dosáhnout. Původně měla v úmyslu vykolejit vlak, postřílet na Václavském náměstí lidi ze střechy nebo odpálit výbušninu. Tyto verze ale po čase opustila z důvodu technické náročnosti jejich provedení. Olga byla technický typ člověka a uměla velmi dobře řídit automobil, jelikož sama vlastnila oblíbeného trabanta, s nímž velmi ráda jezdila. Napadlo ji tedy zabít pomocí vozidla, nejlépe těžkého nebo nákladního auta. Začala pracovat v pražském dopravním podniku, a přes týden bydlela na ubytovně přidělené podnikem. Zde pracovala jako pomocná síla údržby. Tuto práci nezvolila ledabyle, jelikož věděla, že bude mít přístup k velkým a těžkým strojům (nákladním automobilům). Její plán byl opravdu chladnokrevně, důsledně a pragmaticky vymyšlen a poté i uskutečněn. Výběr vozu Praga RN Hepnarovou také nebyl náhodný. Jednalo se již tehdy o zastaralý typ nákladního dvounápravového vozidla, který měl přední nápravu posazenou velmi nízko nad vozovku, a tudíž destruktivní účinek přejetí byl téměř stoprocentní. Účelně si vybrala i místo tohoto skutku. Věděla, že na ulici Obránců míru (dnešní Milady Horákové) jsou nízké obrubníky a že nákladní vůz zabere celou šíři chodníku tak, aby dotyční neměli kam uhnout. Těsně před svým činem píše dopis, ve kterém zdůvodňuje toto jednání a zároveň neurčitě napovídá to, co se stane. Tento dopis má zaručit, aby její čin nebyl znevážen a proto jej posílá do redakce časopisu Mladý svět a redakce deníku Svobodné slovo. Olga Hepnarová v úterý 10. července 1973 naplňuje svou vytouženou pomstu společnosti. Po činu zůstává sedět ve vozidle do doby než na místo přijíždějí příslušníci veřejné bezpečnosti, kteří jí odvázejí na služebnu. Od začátku se Hepnarová hlásí ke svému činu a tvrdí, že na chodník vjela vědomě s úmyslem sprovodit ze světa co nejvíce lidí. Vyžaduje pro sebe trest smrti a při procesu nespolupracuje se svým obhájcem JUDR. Otakarem Topičem, kterému dokonce zakázala, aby podal odvolání do rozhodnutí soudu. Žádost o milost nevyužila a její matce byla zamítnuta. Znalecký posudek její osobnosti obsahoval na 80 stran. Z něj vyplývalo, že Olga Hepnarová je plně odpovědná za své chování a jednání, a že u ní nebyly shledány žádné známky duševního onemocnění. Obhájce JUDr. Otakar Topič podal námitku proti posudku s argumentem, že jeho mandantka trpí počínající schizofrenií a požadoval jeho přezkoumání. Tuto námitku soud neakceptoval a Olga Hepnarová byla shledána vinou a odsouzena k trestu smrti oběšením podle paragrafu 219 tehdejšího trestního zákona. „Trestu smrti se nebojím a přijímám ho...“ To byla reakce Hepnarové na vynesení rozsudek v soudní síni. Tehdejší předseda vlády Lubomír Štrougal po dlouhém váhání potvrzuje svým podpisem rozsudek

Ústavního soudu v Praze a dává tak souhlas s výkonem trestu smrti. Ve středu 12. března 1975 v ranních hodinách je Olga Hepnarová ve svých necelých čtyřiaadvaceti letech popravena v pankrácké věznici v Praze. Byla poslední ženou popravenou na území tehdejšího Československa.

Následně je uvedena **parafráze názorů odborníků**.

MUDr. Pavel Zemek – psychiatr, sexuolog a soudní lékař

„Tyto postoje se u ní vyvíjely již od dětství. Ona nezapadala do žádného kolektivu. Neměla kamarády a kamarádky. Byla uzavřená, samotářská se silnými agresivními a nenávistnými rysy, které se v dětství projevovaly nenávistí hlavně vůči její sestře.“ (Dokonce se pokusila podpálit chalupu, ve které její sestra spala.) „Olga pociťovala velkou nenávist vůči řadě lidí, kteří s ní nejednali podle jejích představ, a protože už s tímto pocitem a priori přistupovala i k dalším lidem, s nimiž se setkala, tak u nich pochopitelně mohla vyvolávat negativní reakce. Utvářela si díky svému deformovanému usuzování stále další, nenormální, nenávistné vztahy k lidem, až se nakonec rozhodla, že bude zabíjet. V jejím myšlení došlo k abstrakci (zobecnění), že lidé jsou vlastně všichni zlí a tak je jedno, jestli se pomstí a zabije deset konkrétních osob, které jí něco udělaly nebo jestli spáchá nějaký čin na obecné rovině. Ona trestala vlastně svoje nepřátele. To zásadní bylo naprosto jasné. Základním problémem Olgy Hepnarové byla její osobnost. Neměla příliš dobře konstituovanou osobnostní strukturu a její osobnostní vlastnosti ji dovedly až k tomuto činu...Jednalo se o osobnost schizoidní, hysterickou, agresivní se sexuální úchylkou (homosexualita byla tehdy považována za chorobu, pozn. autora). Nebyla však duševně nemocná! Nejednalo se o nějakou psychózu, na základě které by jednala pod vlivem bludů nebo halucinací.“

MUDr. Miroslav Plzák – psychiatr, sexuolog a soudní znalec, který se podílel na znaleckém posudku Olgy Hepnarové.

„Nebyla to dívka zcela normální, ale byla na pokraji normy. Byla takzvaně na marginální úrovni.“ (Olga Hepnarová v cyklu Hrdelní zločiny: když vraždí ženy)

Dopis Olgy Hepnarové

„Vážení, prosím, abyste přijali tento list jako dokument. Byl napsán na obranu proti případnému znevážení mého činu, také jako poukázání na to, že jsem člověk pohybující se dosud v mezích duševní normy. Dnes ukradnu autobus a plnou rychlostí vjedu do davu lidí. Stane se to pravděpodobně někde v Praze 7. Zaviním smrt x lidí. Budu souzena a potrestána. Kdybych odešla jako neznámý sebevrah, bylo by to pro vás příliš laciné. A protože je společnost tak velký suverén, že není schopna sama sebe odsoudit, bývá někdy souzena soukromě. Toto je můj rozsudek. Já, Olga Hepnarová, oběť vaší bestiality, odsuzuji vás k trestu smrti přejetím a prohlašuji, že za můj život je x lidí málo. Děkuji. V Praze ?. 7. 1973“
(<http://kriminalistika.eu/muzeumzla/hepnar/hepnaro.html>)

Přesto, že se Olga Hepnarová v průběhu celého vyšetřování, soudního procesu i v době čekání na popravu hrdě hlásila ke svému činu a nejevila přitom žádnou lítost, ani známky strachu z výkonu trestu, byl její nástup na popravu dosti emociální. Zaznamenal jej po letech známý český spisovatel Bohumil Hrabal z výpovědi kata, který odsouzenou v roce 1975 popravoval. Tento záznam je zde uveden jako dovětek k případu.

„Já osobně jsem proti trestu smrti věšením od té doby, co jsem věšel tu krásnou slečnu. Tak dlouho objížděla „Štrosmajerák“, až tam na nástupišti tramvaje bylo tolik lidí, že si dodala kuráž a napálila do nich dodávku... Než jsem ji dovedl na popravu a oběsil, podělala se mi a pomohla a pozvracela tak, že mi toto mé řemeslo zhnusila...Proto jsem proti trestu smrti.“
(<http://kriminalistika.eu/muzeumzla/hepnar/hepnaro.html>)

„Podobnou smrt si o dva roky později zvolil obhájce Hepnarové JUDr. Otakar Topič. Celý případ i strašné okolnosti doprovázející popravu jím otráslly natolik, že se roku 1977 v jedenapadesáti letech oběsil.“ (TÝDEN, 8/2016)

Pozn. autora: V českých kinech má film *Já, Olga Hepnarová* premiéru 24. března.

5.3 KAREL H. (SPOLUŽÁK A KAMARÁD)

Autor nyní uvede tragický příklad z jeho osobní zkušenosti jako ukázkou toho, jak fatální dopady může mít velmi malé sebevědomí (viz kap. 1) a nakolik vážně může narušit špatné sociální prostředí lidskou osobnost.

„Když se formovala naše nová třída na gymnáziu hned po skončení letních prázdnin, byl jsem plný emocí z nových spolužáků a trvalo mi poměrně dlouhou dobu, než jsem si udělal pořádek, kam mám koho zařadit a s kým se začít bavit. Byli to různé osobnosti, které se přetvářely k obrazu svému, samozřejmě včetně mě samotného. Jedna osoba však jakoby vyčnívala, nebo se lišila od ostatních svou přirozeností. Té osobě říkejme Karel. Po jisté době se vztahy vytríbily a vznikly skupinky sblížených lidí, kteří se spolu bavili víc nežli s ostatními skupinami, ostatně jak už to ve třídách chodí. Karel byl, ale, součástí všech skupin a neměl problém se bavit s kýmkoliv a o čemkoliv, protože si na nic nehrál. A my ho brali. Měli jsme ho rádi a tenkrát jsme vůbec neřešili, jak vypadá a jak mluví. Tak jak šel čas a zjišťovali jsme o sobě informace, vyšlo najevo, že kromě rozštěpu patra, což jsme samozřejmě zjistili hned záhy po seznámení, pochází Karel z pěti dětí a z velice chudé rodiny, kde, jak jsme se později dozvěděli, panovaly extrémní podmínky z hlediska běžného normální fungování a žití. Karel, kterého se mi určitě zcela nepovede popsat a vystihnout jeho osobnost do tohoto příběhu, byl prostě fajn kluk, mimořádně nadaný na většinu předmětů a hlavně na počítačovou techniku (informatiku). Byl velice inteligentní a vzdělaný, dokonce si vzpomínám i na případy, kdy opravoval kantory při výuce a někdy i sám přednášel celou hodinu.

Po stránce lidskosti byl Karel asi nejčistším a nejoprávdovějším člověkem, kterého jsem zatím poznal. Trpěl však extrémně nízkým sebevědomím, které se projevovalo fyzickou sebedestrukci a to nejčastěji při hodinách tělocviku. Začal si ubližovat hned, jak se mu něco nedařilo. My jako třída jsme se mu snažili co nejvíc pomáhat a upřednostňovali jsme před ostatními i před ním samotným jeho mimořádné vlohy. Myslím si a doufám v to, že ty čtyři roky, které s námi na gymnáziu prožil, byly spokojené. Po předání maturitního vysvědčení jsem ho viděl naposledy. Pak jsem mu byl za dva roky nato s pár spolužáky na pohřbu.

Přesto, že se hned po maturitě bez problémů dostal na dvě uznávané vysoké školy, a že od jednoho ze zkoušejících přímo u maturity obdržel nabídku pracovního místa, svůj život přestal zvládat. Následně poté, co přestal chodit do školy na přednášky a do zaměstnání, došlo na to, že o tyto příležitosti přišel. Myslím si, že tím se mu definitivně rozpadl celý svět. Najednou nikoho neměl kolem sebe. Asi neměl kam a proč jít. Zvolil tedy cestu poslední. V podloubí silničního mostu se ve svých 22 letech zastřelil zbraní, kterou odcizil svému otci...

Byl to pro mě šok, když jsem se to dozvěděl. Později mi došlo, co se pravděpodobně stalo. Ve třídě na gymnáziu jsme vlastně vytvořili takové skleníkové prostředí, ve kterém se Karel cítil do jisté míry platný a potřebný a taky to tak opravdu bylo. Poznal pravděpodobně něco, co předtím neměl šanci poznat, nebo takto intenzivně vnímat. Po maturitě jsme byli vypuštěni takzvaně do světa, včetně Karla. Na něj však dopadla tíha reality. Uvědomoval si, že to, co bylo, skončilo a musí přijít něco nového. To nové pro něj asi nebylo únosné a on si zase začal připadat zbytečný a méněcenný a zvolil toto radikální a pro mě strašně smutné řešení.“

5.4 MARTINA W. (KAZUISTIKA SVP – STŘEDISKO VÝCHOVNÉ PÉČE)

„Patnáctiletá M. vyrůstala přibližně do svých deseti let v úplné rodině, po rozvodu rodičů žila s matkou. Nyní s nimi ve společném bytě 3+1 (panelový dům na pražském sídlišti) bydlí matčin nový partner. M. měla odklad školní docházky, po odloženém nástupu do školy u ní byly diagnostikovány specifické poruchy učení (SPU) – dyslexie (porucha čtení) a dysgrafie (porucha psaní) a rovněž ADHD. S ohledem na tyto poruchy byla přeřazena do ZŠ pro děti s LMD, kde absolvovala první třídu. Po zlepšení se vrátila zpět do kmenové školy. V době začátku terapie ve středisku výchovné péče navštěvovala sedmou třídu ZŠ (šestou třídu opakovala). Ve škole měla v té době stálý vzdělávací deficit, trpěla silnými pocity neúspěchu, které se odrážely v jejím chování (agresivita, špatné vztahy se spolužáky). Po rozvodu rodičů se poruchy M. zhoršovaly, začala být agresivní i doma (slovní i fyzická agrese) zejména vůči matce. Poslední dva roky se u M. objevovaly sklony k záškodnictví a toulání, matka ji výchovně přestala zvládat. Přítel matky do její výchovy nezasahoval, s otcem (abúzus alkoholu) se stýkala nepravidelně. Otec žije s novou partnerkou.

Poté navázala matka kontakt se střediskem, M. spolupráci zpočátku odmítala. Po otevření koedukované (smíšené) vrstevnické skupiny, do které byla M. zařazena, začala aktivně spolupracovat. Program skupiny, která se scházela jedenkrát týdně, je zaměřen na rozvoj komunikačních dovedností a na zvládání zátěžových situací. Součástí terapeutické práce se skupinou jsou víkendové výjezdy (jedenkrát za čtvrtletí) a jeden týdenní výjezd na závěr (před ukončením terapeutické péče ve středisku). Matka s M. v té době navštěvují jedenkrát týdně také rodinnou terapii (dynamická terapie zaměřená na zlepšení komunikace). O několik týdnů později je zapojen do rodinné terapie i otec. M. navíc chodí ve středisku na doučování (v souvislosti s SPU) na základě školou vypracovaného individuálního plánu. Prostřednictvím střediska navázala M. spolupráci s občanským sdružením 5 P, které pracuje s dětmi v rámci náplně jejich volného času. M. je v programu sdružení 5 P zapojena do hipoterapie (zaměření především na překonávání strachu a rozvoj citové stránky dítěte).

V důsledku intenzivní terapeutické péče a spolupráci střediska s rodinou začala M. komunikovat s matkou na běžné úrovni, zlepšily se jejich vzájemné vztahy a rovněž ve škole

nastalo u M. výrazné zlepšení v prospěchu (poprvé dostává ve škole pochvaly a jedničky) i v komunikaci se spolužáky a učiteli. “ (Steinerová, 2001, str. 59, 60)

Pozn. autora: Uvedená kazuistika z praxe SVP dokumentuje efektivitu komplexní terapeutické práce v případě dívky s poruchami chování.

ZÁVĚR

Obsah práce uvádí stručný přehled definic a vysvětlení vybraných pojmů z oblasti psychopatologie, dále popisuje strukturu lidské osobnosti, její dynamiku a vlastnosti – především schopnosti, charakter a temperament, vysvětluje a člení konkrétní duševní poruchy a následně, což je pro tuto tematiku stěžejní, otevírá téma poruch osobnosti a chování, vymezuje tento pojem, zkoumá výskyt a příčiny vzniku poruch osobnosti, objasňuje jejich projevy s bližším popisem jednotlivých typů těchto poruch a jako ukázkou z psychopatologické praxe uvádí konkrétní případy z historie kriminalistiky.

Z obsahu této práce vyplývají odpovědi na otázky, které si autor před začátkem zpracovávání tohoto tématu kladl. Byly to impulzy, na základě kterých tato práce vznikla. Podařilo se zde mj. přehledně popsat, **jaké jsou příčiny duševních poruch a v širších souvislostech objasnit, v čem spočívá psychická, sociální a morální abnormalita.**

Onemocnění duše obecně znamená narušení duševní harmonie a v důsledku toho deformaci myšlení, citového prožívání, jednání a chování (narušení smyslu pro vnímání reality).

Práce odpovídá i na další otázky: **Jak se projevují tyto anomálie u jednotlivců a jaké mají důsledky na život v sociální skupině?**

Každá anomálie se projevuje nápadnou odlišností od běžně uznávané společenské normy. Odchylka v rovině psychické (duševní), morální a sociální se u jednotlivců může projevovat různými způsoby s různou razancí podle typu poruchy a stádia jejího vývoje. Dopady na život v sociální skupině, stejně jako pro postižený subjekt, mohou být fatální. To potvrzují bohužel mnohé případy z psychopatologické praxe.

Jaké známe typy duševních onemocnění a poruch a jak členíme konkrétní psychické abnormality?

Duševních úchylek resp. poruch je veliké množství. Hlavní kategorie podle současné odborné klasifikace duševních poruch jsou demence, mentální retardace, autismus aj. pervazivně vývojové poruchy, schizofrenie, afektivní poruchy (deprese aj.), úzkostné poruchy

(fobie), posttraumatická porucha, disociativní resp. konverzní poruchy (dříve hysterické aj. neurózy), somatoformní resp. somatizační poruchy, poruchy příjmu potravy (mentální anorexie a bulimie), poruchy osobnosti a chování (behaviorální poruchy).

Co víme z historie vědy a výzkumu psychopatologie, potažmo kriminalistiky a co může být ponaučením pro budoucnost v rámci vývoje výzkumu této problematiky?

V práci (kapitola 5) jsou uvedeny konkrétní případy z historie kriminalistiky (např. osud Olgy Hepnarové, „Vražedkyně z Letné“ nebo českého kanibala Ladislava Hojera). Tyto extrémní případy psychopatické osobnosti jsou varováním a apelem na společnost ke zvýšené pozornosti na oblast prevence, resp. včasné léčby poruch osobnosti a duševních onemocnění.

Lze najít účinnou metodu diagnostiky a prevence vzniku zmiňovaných poruch?

Věda zaznamenala za posledních sto let veliký posun kupředu, pokud se týká diagnostiky a nových účinných metod prevence a terapie duševních poruch (podkapitola 5.4).

Jaké známe konkrétní metody léčby a jaká je jejich účinnost v praxi?

Způsobů léčby duševních poruch je celá řada. Dělí se v zásadě na léčbu psychologickou resp. psychoterapeutickou (bez medikamentů) a na léčbu psychiatrickou (farmakologickou), popř. jejich kombinaci. V praxi se využívá ve většině případů léčby kombinované (psychofarmakologické), která je neefektivnější. Klienti (pacienti) docházejí do příslušných léčebných zařízení nebo poraden (léčba ambulantní) a v těžších případech se řeší léčba hospitalizací pacienta (léčba ústavní). V poslední kapitole je uveden konkrétní „příklad dobré praxe“ využívání účinných terapeutických metod při léčbě poruchy chování.

Jako metody zkoumání tématu této práce autor zvolil vyhledávání a zpracovávání informací z odborné literatury, dokumentárních pořadů, archivních materiálů a pro zajímavost v závěru práce uvádí i jeho osobní zkušenost (případ spolužáka) s tragickými důsledky zanedbané výchovy (ze strany rodičů) a nedostatečné péče o sociální adaptaci jedince s fyzickým postižením.

Hlavní i dílčí cíl práce se podařilo splnit.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Seznam použitých českých zdrojů

BAŠTECKÁ, B., MACH, J. a kol. *Klinická psychologie*. Praha: Portál, 2015, ISBN 978-80-262-0617-0.

CARR-GREGG, M. *Psychické problémy v dospívání*. Praha: Portál, 2012, ISBN 978-80-262-0062-8.

DRAPELA, J. V. *Přehled teorií osobnosti*. 6. vyd. Praha: Portál, 2011, ISBN 978-80-262-0040-6.

HARTL, P. *Psychologický slovník*. 2. vyd. Praha: Budka, 1994, ISBN 80-90 15 49-0-5.

HELUS, Z. *Psychologie*. Praha: Fortuna, 1995, ISBN 80-7168-245-4.

HORT, V., HRDLIČKA, M., KOCOURKOVÁ, J., MALÁ, E. a kol. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008, ISBN 978-80-7367-404-5.

KŘIVÁK, F. *Psychiatrovny sexyhistorky*. Olomouc: Epava, 2003, ISBN 80-86297-16-0.

MATOUŠEK, O. a MATOUŠKOVÁ, M. *Mládež a delikvence.*, 3. vyd. Praha: Portál, 2011, ISBN 978-80-7367-825-8.

PONĚŠICKÝ, J. *Agrese, násilí a psychologie moci*. Praha: Triton, 2004, ISBN 80-7254-593-0.

STEINEROVÁ, S. *Diplomová práce - Sociálně patologické jevy u dětí-prevence, Význam středisek výchovné péče*, 2001

VACÍNOVÁ, M. *Psychologie a společenská výchova*. Praha: Victoria publishing, 1995, ISBN 80-7187-006-4.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 5. vyd. Praha: Portál, 2012, ISBN 978-80-262-0225-7.

TÝDEN. Praha: Empresa media, a.s., 2016, roč. XXIII, č. 8.

ARCHIV ČT, cyklus dokumentárních filmů *Hrdelní zločiny – vraždy a tresty smrti v ČSSR*,
(*Oběti a vrazi – police story*), *Ladislav Hojer*

ARCHIV ČT, cyklus dokumentárních filmů *Hrdelní zločiny – vraždy a tresty smrti v ČSSR*,
(*Když vraždí ženy*), *Olga Hepnarová*

Seznam použitých internetových zdrojů

<http://slovník-cizích-slov.abz.cz/>

<http://kriminalistika.eu/muzeumzla/hepnar/hepnaro.html>

<http://kriminalistika.eu/muzeumzla/hojer/hojer.html>

<http://vyjimeci.blog.cz/0906/zsilene-rysy-abnormita-porucha-osobnosti>

<http://www.wikiskripta.eu/index.php/Schizofrenie>

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Vojtěch Steiner

Obor: Řízení lidských zdrojů

Forma studia: kombinovaná

Název práce: Psychologické, sociální a morální abnormality lidské osobnosti

Rok: 2016

Počet stran textu bez příloh: 49

Celkový počet stran příloh: 0

Počet titulů českých použitých zdrojů: 15

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 0

Počet internetových zdrojů: 5

Vedoucí práce: PhDr. Mattioli Jan, Ph.D.