

Disharmonický vývoj osobnosti

Zdroje a příčiny, definice a blízká diagnostická terminologie, charakteristika vývoje v dětské ontogenezi, nejčastější a nejzávažnější projevy. Etická hlediska.

Disharmonický vývoj osobnosti

Klíčové pojmy: vývojové etapy, vývojové poruchy, vývojový konflikt, krize

Klíčová jména: Eisenber, Rutter

Autoři: Josef Langmeier, Karel Balcar, Jan Špitz, Dana Krejčířová, Pavel Říčan, Jan Fischer, Cyril Höschl, E. Malá

Tato otázka je zpracována z několika publikací.

Pavel Říčan, Dana Krejčířová: Dětská klinická psychologie. Grada, Praha 1995

Vývoj: Změna struktury (biologické, sociální, psychické aj.) s těmito znaky:

- jde o změnu nezvratnou
- jde o změnu zákonitou
- jde o změnu determinovanou zevnitř i zvenčí
- jde o změnu od méně dokonalého k dokonalejšímu
- vývoj nespočívá jen v kvantitativním růstu, nýbrž i v kvalitativních změnách

vývojové stadium – je charakterizováno konzistentním výskytem jevů určitého druhu (Piaget – myšlení, Erikson – hlavní úkoly)

vývojové krize – normativní, krizi lze chápat jako prudký přechod mezi dvěma stadii, během nichž vývoj probíhá relativně klidně, s převahou kvantitativních změn (někdy tranzitorní krize)

hybné síly psychického vývoje – heredita (rozlišuje se dědičné od vrozeného, sociální prostředí, osobnost je funkcí interakce mezi hereditou a prostředím (vzájemně provázání vlivů))

některá období jsou kritická, mohou pak dále ovlivnit další vývoj v dané oblasti (nedostatek mateřské péče zablokuje rozvoj mateřského chování v dospělosti)

Kvantitativní poruchy vývoje – vývojová retardace (opožďování), stagnace (předčasná zástava vývoje), regrese (vývojový návrat, organické příčiny, deprivace...), celek se pak regresí dostává do disharmonie, do kvalitativně nového stavu. Opakem retardace je pak předčasná progres (nežádoucí urychlení vývoje, je vždy parciální – jen nějaká oblast)

Kvalitativní poruchy vývoje – osobnost zůstává na klasické vývojové cestě, ale při kvalitativní poruše z ní vybočuje, příčinou bývá aktualizace dědičné (vrozené) vlohy při spoluúčasti vlivů prostředí, může to být nezvládnutí tranzitorní krize, krize identity – anomální rysy osobnosti (rozvoj dětské schizofrenie), může to rozjet traumatická událost.

Kapitola Poruchy chování u dětí F 91

Definice:

V současné mezinárodní klasifikaci jsou poruchy chování u dětí definovány jako **opakující se** a trvalý (min 6 měsíců) vzorec disociálního, agresivního a vzdorovitého chování, které **porušuje sociální normy a očekávání** přiměřená věku (např. krutost ke zvířatům, krádeže, vraždy, záškoláctví...).

Dělení poruch chování (kam patří i disharm.vývoj):

V současné MKN 10 jsou poruchy chování děleny na:

1. socializované (dítě má přiměřené vazby v rodině i mimo ni) x nesocializované (hlubší vztahy zejm.k vrstevníkům chybí),
2. někdy se uvádí i kritérium agresivity: agresivní x neagresivní
3. někdy se uvádí i eventuel.vazba na prostředí, protože u některých dětí dochází k překračování např. pouze v rodině

Poruchy chování na bázi disharmonického vývoje osobnosti jsou **nesocializované a agresivní**.

- Současné klasifikace tedy vymezují poruchu bez přihlédnutí k etiologii. Zdaleka ne vždy je chování splňující výše uvedená kritéria projevem poruchy – někdy jen odpovídá sociálnímu očekávání rodiny (kriminální subkultura) → jde tedy především o sociologicky podmíněné chování a motivace těchto dětí bývá dobře srozumitelná.
- Poruchy na bázi disharmonického vývoje osobnosti jsou uvedeny v kapitole *psychologicky podmíněné poruchy chování*. Disociální chování může být:
 - projevem hledání náhradního řešení (ztráta, deprivace, vyjádření potřeb, zejm.potřeba uznání a pozornosti). Někdy projevem hledání vlastní identity.
 - voláním o pomoc v akutní tíživé situaci, chování je pak většinou vázáno na specifické sociální prostředí (konflikty s novým nevlastním otcem)
 - někdy existuje vztah k emoční deprivaci, častěji u dětí s LMD a SPU – cítí se společností odmítány (často současně přítomen i zvýšená motor.neklid a potíže se soustředěním (F 90.1 hyperkinetická porucha chování))

- projevem jiné závažné poruchy
- na bázi disharmonického vývoje osobnosti
- Poruchy chování na bázi disharmonického vývoje osobnosti – zcela chybí schopnost navázat vřelé vztahy k druhým lidem, neprožívají lásku ani pocit viny, impulsivní se silnými agresivními tendencemi, činy zaměřeny na jejich okamžité uspokojení, nikoliv proti druhým osobám, asociální činy mnohdy obratně plánovány, chybí neurotická úzkost, bývají vůdci problémových part. Vůči dospělým se dokáží navenek projevat jako milí, rozumní a citliví lidé – nápravu a polepšení však nikdy nedovedou splnit.
- Disharmonický vývoj osobnosti, který v dospělosti směřuje k asociální poruše, je pravděpodobně mnohdy spolu-/podmíněn těžkou citovou deprivací v dětství.
- Poruchy chování mohou být podmíněné rodinně, buď rodiče sami mají v podstatě nedostatečně osvojené morální normy a jsou pro dítě modelem (v těchto případech u dítěte chybí psychopatologie), nebo dítě s poruchou může být v podstatě obětí beránek v rodině a přispívá k udržování rovnováhy celého rodinného systému.
- **Diagnostika:** důkladný rozbor disociálních projevů dítěte (dítě téměř vždy ví, proč na vyšetření přichází), po úvodním rozhovoru se dítě více uvolní → další komplexní vyšetření dítěte (podrobná explorace rodinného i širšího sociálního zjem.školního prostředí, přítomná deprivace?, prozkoumat event.psychopatologii (LMD, SPU, poruchy emocí F 92.0) Diagnosticky významné je především objasnění motivace přestupků / trestných činů/ chování. Někdy si dítě svoji motivaci ani neuvědomuje a jeho chování se jeví jako nesmyslné (volání o pomoc).
- Zohlednit, že význam jednotlivých trestných činů je silně závislý na věku dítěte, narůstá s věkem dítěte. **V předškolním věku** ještě nejsou ustálené morální normy a většina problémového chování nemá charakter skutečné poruchy chování (může jít o poruchu opozičního vzdoru F91.3). **Ve školním věku** jsou nejčastější poruchy chování krádeže, lhaní, a násilnosti vůči druhým dětem. Méně časté než „běžné zapírání“ (rozbité okno), ale závažnější jsou lži se záměrem získat výhodu nebo poškodit druhé.
- Útěky z domova jsou spojeny zejména s disharmonickým vývojem osobnosti s nepříliš nadějnou prognózou.

Cyrl Hoschl: Psychiatrie, Tigris, Praha 2002

Kapitola poruchy chování

Blízká diagnostická terminologie: disharmonický vývoj osobnosti je v publikaci Pavel Říčan, Dana Krejčířová: Dětská klinická psychologie uveden pod poruchami chování (F 91).

Ty se podle MKN 10 dělí na: F 91.0 porucha chování ve vztahu k rodině, F 91.1 nesocializovaná porucha chování (asi nejvíce odpovídá pojetí disharmonického vývoje), F 91.2 socializovaná, F 91.3 porucha opozičního vzdoru, F 91.8 jiné poruchy chování, F 91.9 porucha chování nespecifikovaná

Další diagnostické kategorie kromě poruchy chování (F 91): hyperkinetická porucha chování F 90.1, poruchy přizpůsobení F 43.24, F 43.25, poruchy sociálních vztahů F 94.1, F 94.2

Dělení: kromě výše uvedeného podle MKN 10 existuje ještě dělení na:

1. externalizované poruchy – hyperkinetická porucha chování, opozičního vzdoru, chování, disruptivní porucha chování
2. internalizované poruchy

Důležitými faktory jsou agrese a narušená socializace. Uvedené diagnózy jsou vlastně sběrnými koši pro obtížné a neposlušné chování dětí a adolescentů.

Zdroje a příčiny: spojeno se společenskou kohezí, socioekonomickou úrovní a disharmonickým rodinným prostředím. Počet rizikových faktorů má zásadní význam a jejich kumulace zvyšuje riziko poruchy. Častější u chlapců. Organické poškození CNS a SPU (dyslexie) jsou **predisponujícím faktorem** k disharmonickému vývoji osobnosti. Koncepce kontinuity duševních poruch a poruch chování je zde vysoce validní: předškolní SPCH → disharmonický vývoj osobnosti s nesocializovanou poruchou chování v adolescenci → disociální porucha osobnosti v dospělosti (F60.2).

Epidemiologie: 5-20% školních dětí, 4-12 chlapců na 1 dívku

Etiologie je multifaktoriální – genetické, konstituční, temperamentové a organické faktory

Poznámka:

Eva Malá Hoschlově Psychiatrii uvádí na straně 815: „*Poruchy chování jsou podle staré terminologie řazeny k poruchám adaptace, neurózám, disharmonickému vývoji a poruchám osobnosti*“ – z toho plyne, že *disharmonický vývoj* je patrně starší termín, který se dnes již příliš nepoužívá. Jedinou jeho definici jsem našel v publikaci Pavel Říčan, Dana Krejčířová: Dětská klinická psychologie (viz. výše).

Naproti tomu Malá tamtéž dále uvádí k disharmonickému vývoji ještě:

Disharmonie osobnostního vývoje je dána fixací určitých osobnostních rysů (explozivita, agresivita, impulsivita, citová chladnost, malá empatie).

V každém vývojovém stádiu hraje při vzniku specifické symptomatologie roli souhrn vnitřních (osobnostních) faktorů, organického postižení (výrazně predisponující), a zevních vlivů (rodina a širší sociál.prostředí). výsledkem může být disharmonický vývoj ústící do již nadále stabilní poruchy osobnosti v pozdní adolescenci.

Jan Fischer: Dětská psychiatrie pro spolupracovníky. Avicenum, Praha 1980

Teoretické předpoklady v koncepci norm. i patol. vývoje:

1. **teorie kontinuity** – plynulá souvislost duševního vývoje v jednotlivých tendencích, blízký je model, který předpokládá diskontinuitu v podobě dvou nebo několika možností, které se v určitém stádiu vždy volí
2. **hierarchický model** – základ, na kterém se postupně vrší další struktury, jejichž dosažení záleží především na kognitivních faktorech, dovršení nižšího stádia není podmínkou dalšího vývoje (Gessel, Piaget)
3. **embryologický model** – souvislost vývoje jednotlivých stádií osobnosti, ale ne tak těsná, název pochází patrně z představy, že prenatálně jsou různé orgány stimulovány z různých center (např. stadium tvorby důvěry)
4. **idiografický model** – skok z jednoho stadia do druhého je patrnější a podle obecného zákona nepředpověditelný

Dlouhodobá prognóza v psychopatologii:

Otázka sledování růstu osobnosti je ústředním bodem dětské psychiatrie – určité povahové nápadnosti v pozdním předškolním a raném školním věku mohou být živnou půdou pro vývoj různých typů povahových patologických rysů a na jejich podkladě případy i chorob. Normální vývoj se může začít ubírat abnormálním směrem, vrátit se na normální linii, nebo dále pokračovat k patologii.

Protože jsem k tématu této otázky toho nenašel moc, příkládám ještě několik vzdáleněji souvisejících info:

Pavel Říčan: Cesta životem. Panorama, Praha 1990

- ✓ Neexistuje žádný duševní krok ve vývoji osobnosti, který by nebyl spojen s vývojem JÁ, přesněji řečeno, jehož součástí by nebyl i vývoj JÁ.
- ✓ Většinu duševních poruch lze chápat jako **poruchy/ odchylky od normálního** duševního vývoje.
- ✓ Existují pokusy najít pro každou duševní poruchu **příslušnou vývojovou chybu** a podle možností navrhnout i metody, jak vývoj nasměrovat na původní linii.
- ✓ Vývojové poruchy vznikají na všech těchto osnovných vývojových liniích: tělesný vývoj, vyrovnávání se světem věcí a symbolů, sociální vztahy, vztah k minulosti, přítomnosti a budoucnosti, vztah k vlastní osobě.
- ✓ Duševní porucha je pro vědce velmi dobrou příležitostí dozvědět se něco i o normálním duševním vývoji.
- ✓ Člověk se pohybuje na kontinuu mezi úplným zdravím a těžkou patologií. Mnohé z toho, co by už jinak bylo diagnostikováno jako porucha, prostě vydržíme bez odporné intervence.

Josef Langmeier, Dana Krejčířová: Vývojová psychologie. Grada, Praha 1998

Kapitola Vývojová psychologie a vývojová psychopatologie:

- ♣ Vývojová psycho usiluje o vysvětlení normálního vývoje. Hranice normy je „neostrá“ a do značné míry závislá na sociokulturním kontextu.
- ♣ Utváření zralé osobnosti se **bez konfliktů neobejde**, problém nastává tehdy když se řešení konfliktu nedaří a vývoj nepostupuje nebo si hledá „odbočku“.
- ♣ Rodiče vyhledávají odbornou pomoc v závislosti na její dostupnosti, subjektivně pocíťované potřebě (subj. vnímaná závažnost potíží dítěte), ale i na konkrétní definici poruchy (co bylo dříve jen živé dítě je dnes problém s SPCH).
- ♣ Drobné odchylky ve vývoji
 1. se mohou upravit samy x být první známkou závažné psychické / vývojové poruchy
 2. mohou rodiče znepokojovat x zůstat nepovšimnuty či neřešeny
 - jsou možné různé kombinace těchto možností z nichž nejhorší jsou „nepovšimnuté/ zanedbané známky psychické poruchy“
- ♣ Řada projevů, které u starších dětí signalizují poruchu, je do určitého věku **zcela normálním fenoménem** (např. sklon k zrcadlovému psaní je normální, ale později může znamenat dyslexii). Často se spontánně upraví. Je třeba podat rodičům vysvětlení, event.návrhy, jak dítěti pomoci.
- ♣ Někdy je nutná odborná intervence, a to když: A) dochází k omezení některých věku přiměřených aktivit (hra) B) odchylka se začíná rozšiřovat i na ostatní vývojové oblasti a začíná negativně ovlivňovat vývoj dítěte. C) odchylka je důsledkem dlouhotrvající zátěží v okolí dítěte.
- ♣ Symptomy jsou u dětí **méně diferencované** než u dospělých, projeví se motorickým neklidem a vágními somatickými stížnostmi (pocit únavy, bolení břicha).
- ♣ Objevila se snaha opřít dětskou psychiatrii důsledně o vývojová hlediska. Eisenberg (1977) a Rutter (1980) a další zdůrazňovali význam vývojové perspektivy, zejména u dětské psychiatrie → vývojové hledisko spojuje genetické determinanty, sociální prostředí, individuální psychiku a sociální nároky a fyto- a psychogenní příčiny poruch. Vývojová psychopatologie ale není vývoj. psychiatrie, která má širší základy.
- ♣ **Retrospektivní studie** ukázaly, že antisociálnímu chování v dospělosti předchází podobné poruchy v dětství. Neurotické projevy a reaktivní depresivní stavy se naproti tomu poprvé objevují až v dospělosti, bipolární poruchy (maniodepresivní psychózy) a většina schizofrenií v adolescenci.

- ♣ **Prospektivní studie** podávají jiný obraz – ne všechny děti s antisociálním chováním se stanou později delikventy. Mezi symptomatologií nalezenou v dětství a dospělosti však není shoda, protože osobní a sociální problémy se s věkem velmi mění.
- ♣ Výsledky mnoha studií nepotvrzují názor, že osobnost je více méně zformována v dětství. Nepotvrzují ani názor, že dětství je pro další život irelevantní a vše záleží na okamžiku „tady a teď“. Některé poruchy, které přetrvávají do dospělosti je možno vysvětlovat biologicky i sociálně.
- ♣ Otázka určujícího významu **senzitivních / kritických období** (pojem etologie) se bezezbytku nepotvrdila. Na druhou stranu promeškání kritické periody se nemusí projevit hned, ale zanechává pozdější obtíže (sleepers effects). Otázka zranitelnosti dítěte vůči různým životním podmínkám je ale složitější, protože prostředí je zdrojem jak rizikových, tak protektivních faktorů.
- ♣ **Riziko pro zdravý vývoj osobnosti lze pojímat:**
 1. model přímého účinku – předpokládá lineární účinek, původ v medicínské tradici
 2. model součtu – o účinku rizika rozhoduje nejen kvalita, ale i jejich množství, počet
 3. model závažnosti – ptá se na sílu, váhu, působnost, závažnost rizik
 4. model kompenzační – riziko lze pojímat nejen jako hledání negativních účinků, ale i pozitivních. Mohou se projevit kompenzační síly a mechanismy → nezdolné děti schopné sebeuzdravení při působení ameliorativních (ochraňujících a adaptačních schopností posilujících) faktorů
- ♣ **Nedonošené dítě** představuje pro své rodiče odlišného sociálního partnera, který je méně srozumitelný a předvídatelný. V pozdějším věku u nich ve zvýšené míře nacházeny poruchy pozornosti, zvýšená úzkostnost, poruchy řeči i SPU.

Josef Langmeier, Karel Balcar, Jan Špitz: Dětská psychoterapie, Avicenum, Praha 1989
 Kapitola *vývojově-psychologické předpoklady duševních poruch u dětí:*

- » V dětském věku jsou různé složky organismu a osobnosti jinak rozvinuty → osobnostní funkce jsou méně diferencovány a osamostatněny → události jsou prožívány více celostně, s menší schopností rozumového či citového odstupu, sejetí změn v prožívání a ve fyziologii, celostní psychosomatické reagování u dětí.
- » **Objektivní závažnost** různých poruchových úkazů **v dětském věku proto hodnocena odlišně, mírněji** než v dospělosti. Větší tvárnost dětského organismu → i aktuálně velice výrazná narušení (s dobrou prognózou, vyhlídkou) jsou mnohdy méně nebezpečná ve srovnání s (třeba méně nápadným) poškozením, které vývojovým proměnám v konečném důsledku brání.
- » **Význam jednotlivých poruchových příznaků je jiný než u dospělého.** Někdy jsou přirozenou součástí normálních eventuálně adaptačních vývojových kroků → vývojová krize s sebou někdy nese neurotické či psychosomatické příznaky.
- » I subjektivní hodnocení určitého postižení samotným dítětem má své vývojové zvláštnosti: dítě nejvíce trpí aktuální somatickou bolestí nebo úzkostí (např. astmatický záchvat). Velmi těžce také nesou negativní reakce okolí (posměchy). Související okolnosti postižení (zejména změněnou životní perspektivu) si děti většinou na rozdíl od jejich rodičů neuvědomují.
- » Pro hodnocení a indikaci vhodných opatření u dětských poruch je rozhodující vývojové hledisko (věk a duševní vyspělost dítěte) a výskyt určitých problémů a poruch a přístupnost určitých funkcí dítěte terapeutickému působení.
- » Obecně řečeno **některá období** můžeme pokládat za **rizikovější** než jiná, v našich přírodních a kulturních podmínkách to jsou věková pásma okolo 6, 10 a 13 let, zcela specifický význam má první rok/ event. první tři roky.
- » Přehled o věkové podmíněnosti poruch je malý. Určitou souvislost s věkem vykazuje problematika enurézy a poruch příjmu potravy (3-6 let), chorobná úzkostnost (stoupá s věkem až do dospívání), motorický neklid (s věkem klesá), poruchy citového ladění (po 13 roce u dívek výskyt stoupá, u chlapců klesá). Jiné sledované poruchy závislost na věku nevykazují (např. tiky).
- » Mnohé poruchy u dětí jsou reakcí na přetížení a ztrácejí se samy jakmile se podmínky upraví. Zjevné duševní poruchy a jejich přetrvávání do dospělosti v závislosti na věku:
 - 0-5 let – většinou do dospělosti vymizí, s výjimkou pre- a perinatálně vzniklé organicity.
 - 5-15 let – mizí před dosažením dospělosti v 50-85% případů
 - 13-18 let – poruchy vzniklé v adolescenci se ztrácejí v rozsahu 30 – 60% případů
- » Poznátky o vztazích duševního, tělesného a sociálního života dítěte nemůžeme zobecnit hypotézou, že nejvíce bývá poruchou ohrožena ta oblast, která právě prochází zásadní vývojovou proměnou (je křehká, snadno zranitelná. I ostatní oblasti totiž mohou být ohroženy, ale přetížení musí být většinou relativně větší.
- » K jednotlivým problémům patologie duševního, tělesného a sociálního života (jejich vzniku, průběhu a nápravy) poskytuje důležité obecné vodítko také vývojová somatologie a psychologie.

Pozn.: vývojová pandysmaturace – výrazné nápadnosti a vývojové n

K již vypracované otázce z loňska, kterou jsem rozšířila o vývoj obecně – v úvodu, připojuji ještě něco z netu, tady to spíše spíše do poruch osobnosti v dospělosti (viz jiná otázka).

DISHARMONICKÝ VÝVOJ OSOBNOSTI

nerovnoměrný rozvoj jednotlivých osobnostních složek (citů, vůle, intelektu aj), tendence k určitému vybočení z mezí normálního chování, a to i při opakované příležitosti, kdy lze předpokládat zkušenost, jak se má chovat. (definice z internetového slovníku)

PhDr. Karolína Malá

Disharmonický vývoj osobnosti

požadavek kontinuity z dětství u poruch osobnosti x v dětství se dle MKN disharmonické vývoje nediagnostikují (F 60 od 15., resp. 18. roku u F 60.2)

co je harmonický? (statistická norma, **funkcionální** norma, ideálová norma)

Podstatou: některé složky rozvinuty nadměrně, jiné nedostatečně; jsou relativně trvalé povahy a vedou k potížím, kterými zpravidla trpí jak nositel osobnosti, tak jeho okolí; v genezi zvláštní podíl faktorů hereditárních (Wagner – Jauregg: antecedent poškozuje descendentu 2x – hereditou a výchovou); u dětí a dospívajících – předpoklad plasticity osobnosti

přesto i u dětí varovné: *rigidita* vzorců chování, *stereotypnost* střetů s okolím, *intenzivnost* narušení chování, *terapeutická resistance*

obecné podmínky dg. disharmonického vývoje:

relativní *stálost v prostoru a čase* $\Rightarrow$ nutnost více "objektivek"
odlišné chování není definováno *odlišností výchovného prostředí*
ne jiná než *osobnostní motivace*
není vysvětlitelné *vývojovou fází*
lépe se dg. externalizující než internalizující
u dětí: osobnost $\neq$ Σ vlastností
hledáme spíše odchylky vývoje

$\Rightarrow$ markanty disharmonického vývoje = infantilismy (oblasti ned. rozvoje) a prekocismy (oblasti urychlení)

Infantilismy-oblasti

vnímání – př. přehánění

míra **ovládání emocí**, generalizace soudů unášivost představ v oblasti **volní** (nezdrženlivost, impulsivita, závislost..)

egocentrismus myšlení

nízká frustrační tolerance

příliš **závislosti**, zejm. citové, na dospělém, na vnější motivaci nezralost **zájmů** – poznávání světa, hry, atd.

sociální nezralost – př. stud. ostych v novém prostředí....

Prekocismy – oblasti

vážnost, málo naivity
starostlivost, pečlivost, absence jednoduchého vzdoru
citlivost k nuancím mezilidských vztahů
váhavost, **přemýšlivost, introspektivnost**
velmi **snadné vpravování se do vztahů, her, absence ostychu, úzkosti**
"pseudodospělé zájmy" – politika, ekologie...
tendence a schopnost **udržovat lidi "v šachu"**, nesdílnost, rezervovanost

Klasifikace, návaznosti z dětství

paranoidní p.os.
schizoidní p. os. (⇐ schizoidní porucha v dětství; ev. Aspergerův sy)
disociální p. os. (⇐ porucha chování, zejm. nesocializovaná; příp. porucha opozičního vzdoru)
emočně nestabilní p.os.
impulsivní typ (⇐ některé "ADHD syndromy" - hyperkinetická porucha chování)
hraniční typ ⇐ (porucha identity, evt. porucha pohlavní identity, evt. porucha sex. vyžívání)
histrionická p. os.
anankastická p. os.
vyhýbavá (anxiózní) p. os. (sociální úzkostná porucha F 93.2, evt. GAD)
závislá p. os. (někdy GAD)
jiné specifické poruchy osobnosti
narcistická porucha osobnosti
pasivně – agresivní porucha osobnosti (⇐ porucha opozičního vzdoru; část ment. anorektik)
smíšené (= velká část poruch osobnosti)
schizotypní porucha (⇐ Aspergerův sy) - není porucha osobnosti, ale klasif. v F 20

Dis.vývoj paranoidní

naděje na kompenzaci – spíše nízká
v dětství - jen okrajové povahové snaha o nenápadnost, (nedaří se)
dospělým imponují jako rozvážní a nadměru zralí
pokud "zlobí" –důsledek předjímání útoku a preventivní protiútok
ostražití, citliví na kritiku, zahořklí, méně veselí
hypersenzitivita, hypervigilita, evt. sociální úzkosti, chudost vrstevnických vztahů
někdy sekundárně posilováno
nezřídká oběti šikany.
často "v rodině" – rodič petrifikuje

Dis.vývoj schizoidní

naděje na kompenzaci – spíše nízká (není motivace ke změně)
psychiatrická péče ale vyhledávána pro komorbiditu
v dětství znepokojení rodičů, že jsou nezařazení, evt. potíže s výchovou (v rodině často náročné pro sobeckost, pragmatičnost)
primárně nižší úroveň temperamentu
evt. i jako malá děcka špatně spí, špatně jí
vážne „emoční žvatlání“, příklon, méně sdílené pozornosti, hry od počátku spíše "technické" nízká stimulační tolerance
potřebují stabilitu, klidné prostředí
chudé city, deficit ve vnímání pocitových nuancí
vyvíjí se k ostýchavosti, zdrženlivosti, tichosti, vyhýbá se kontaktu s jinými lidmi, ten jim nechybí
tam, kde jdou jiní do útoku, schizoid se stahuje
určitá podezíravost, „nadhled“
projektivní zpracování reality: (... „ostatní jsou tak dotěrní, že mi nezbyvá nic jiného než se stáhnout do sebe“)

nebo i obranný mechanismus izolace (např. stojí před problémem, ale nepocítí uje prožitky. Vidí-li ostatní spontánně reagovat → hledí na ně buď s pobavením nebo s odporem)

silné stránky- prekocismy: samostatnost, nezávislost, odvaha, věcnost, neúplatnost, nesentimentálnost, nekompromisní čestnost, schopnost prosadit se jako individuality

v psychoterapii typicky ulpívají na technických aspektech psychoterapie, "izolují" interpersonální významy

Aspergeri se vyvíjejí spíše směrem k schizotypní poruše

ddg schizoidního os. vývoje oproti Aspergerům (dr. Krejčířová):

nemají poruchy myšlení

malý zájem o vztahy (mimo rodinu)- nízká soc. motivace

lhostejnost k soc. normám v tom smyslu, že je jim jedno, co si kdo myslí, chybí empatie

normální řeč, soc. porozumění i komunikační dovednosti

egocentrismus, přecitlivělost na některé věci

významná vazba na rodiče, ale špatný vztah k sourozencům

bohatý fantazijní život (introspektivní rezervovanost)

sklon k úzkým zájmům, ale méně než u AS, nejsou stereotypy

lepší prognóza

"já jim rozumím, ale oni nerozumějí mě"

Dis. vývoj disociální

dlouhodobý vzorec sociálně anetického chování

naděje na kompenzaci - malá

vztahují se k němu **dg. z okruhu poruch chování**, ale **jen některé**:

poruchy chování – heterogenita

definovány jako **opakující se a trvalý (alesp. 6 měsíců)** vzorec disociálního, agresivního a vzdorovitého chování, které porušuje sociální normy a očekávání přiměřená věku a vývojovému období dítěte.

disrespekt vůči požadavkům okolí

vývojový pohled!

≠ ojedinělé excesy

Hledisko: druhově, deskriptivně, motivačně:

Druhově:

Poruchy chování dle APA

Agrese k lidem a zvířatům

šikana, zastrašování, vyhrožování

častá iniciace rvaček

užívání zbraní, které mohou vážně fyzicky zranit

fyzické krutosti k lidem nebo zvířatům

loupí tváří v tvář oběti, včetně jejího napadání

vynucují si se

Ničení majetku

zakládá požáry s cílem způsobit škodu

ničí majetek druhých

Nepoctivost, lhaní, krádeže

vnikání do domů, aut...
lhaní, aby získali výhody, prospěch a/nebo se vyhnuli povinností
krádeže bez konfrontace s obětí
(doplňit podvody, padělky, atd.)

Vážné svévolné porušování pravidel

venku přes noc navzdory námitkám rodičů
útěky z domova
záškoláctví

MKN – klasifikace poruch chování deskriptivní:

porucha chování ve vztahu k rodině
nesocializovaná porucha chování
socializovaná porucha chování
porucha opozičního vzoru

s přítomností jiné psychopatologie pak především:

depresivní porucha chování
hyperkinetická porucha chování

příznakově obdobná, ale odlišná podstatou:

porucha přizpůsobení s převládající poruchou chování

Z hlediska motivace:

psychologicky podmíněné poruchy chování

- (a) neurotické - deprivace, náhradní uspokojení, volání o pomoc,
- (b) disharmonická osobnost,**
- (c) jako příznak jiné psychopatologie – psychózy, deprese,
- (d) podmíněná vývojovou krizí – hledání identity

podmíněné rodinným prostředím

k diagnostice a i k léčbě nebo nápravě (a její prognóze) je u všech poruch chování **motivační komplex**

1. otázka: jak má dítě definovány etické normy, zejm. z rodiny (➤ v předškolním věku jsou poruchy chování definovány tolerancí rodiny)

jsou-li tyto normy konvenčně ustaveny, co vede dítě k tomu, že je překračuje (viz výše)

K disharmonickému vývoji se vztahuje hlavně nesocializovaná porucha chování

⇐ biologické předpoklady + někdy těžká deprivace v útlém věku

závadové chování samotářského typu
nemívají kvalitní vazby –vztahům min. chybívá důvěrnost
absence pocitů viny
někdy přechází i v F 60.30 (viz dále) v dospělosti
předpoklad, že ve etiologii má význam i těžká deprivace v raném vývoji

chybí přiměřeně plastické vztahy ke komukoli, citová netečnost, slabá odezva na vých. vlivy
slibují, ale neplní.
dráždiví, impulsivní, s nízkým prahem k uvolnění agrese, labilní, ale bez úzkosti
hédonistické, egocentrické, "technicistní" v tom, jak dosáhnout uspokojení svých potřeb, provizorní
vždy mají potíže s autoritami, většinou už od předškolního věku neadaptabilní
už ve školním věku útky z domova, drobné krádeže, pozdní návraty domů, toulky, záškoláctví,
kouření a excesy s alkoholem už kolem 10. roku věku, později další: alkohol nebo drogy, automaty,
krádeže, vandalství, časné sexuální chování, evt. promiskuita vč. komerční, atd.
"solisti", příp. s kumpánem, ale ne stálejší partou; činy často důmyslně plánované
vůči dospělým přechodně a pragmaticky slušné chování
vina není vnitřně prožívaná.
"kličkují před přiznáním", shazují vinu na druhé, přeceňují se

K vývojovému aspektu:

např. opoziční chování -kolem 3. roku života, přelom pubescence a adolescence
drobné lži a krádeže sladkostí u mladších školáků ⇐ ještě projevem nezralosti a impulsivity; u
starších školáků - významnější marker
záškoláctví (pozor na školní fobie, separační úzkosti, paranoiditu), alkoholické excesy, krádeže a
lži s cílem získat osobní prospěch (ne zapírání o známkách a pod.), úmyslná vandalství, útky z
domova (pokud nejsou motivovány strachem a jsou opakované) – tím závažnější, v čím mladším
věku se objeví.
od staršího školního věku - už poměrně striktní morální nároky
nejčastěji v případě disharmonického vývoje – kromě vnitřních předpokladů u dítěte také
sociokulturní deficiencie prostředí aspoň po nějaký čas výchovy (= sekundární poškození)

Dis. vývoj emočně nestabilní - impulsivní

některé "ADHD syndromy" - hyperkinetická porucha chování; dále z poruch chování zřejmě častěji
socializovaný typ, ale i nesocializovaný být může
u dospělých naděje je i ve stárnutí – obecný pokles impulsivity - agresivity s věkem
oproti předchozím: anetičnost není dominantou, menší pragmatičnost hodnot, není nevztahovost –
potíže s impulsivitou, zdrženlivostí
vázne schopnost hodnotám dostát
prognóza kompenzace – průměrná, s velkým rozptylem
sy pohybově neklidných dětí, afekty netlumené, citové zaměření nestálé, často povrchní
zbrkllost, nezdrženlivost – vede k potížím ve škole
agrese ne vždy je intencionální ⇐ impulsivita
myšlení – "velkorysost" a povrchnost asociací, soudů
náladou často spíše euforičtí, expanzivní, s hypertrofickým sebevědomím a malou sebekritičností
náladové zvraty ⇒ poměrně masivní pochyby o sobě, rozlady....
při frustraci – vztek, evt. pláč
na vychovatele reakce s prodlevou; okřikování přestanou výtky vnímat
komplexní výkyvy výkonnosti
bažení, i ve formě touhy po okamžitém zisku, okamžité odměně
sklon k nenášenlivosti, iritabilita, žlučovitost – ale vztahy chtějí, potřebují
v mnohých rysech (ne ve všech) podobné tzv. LMD syndromu
daří se projevy mírnit při adekvátním výchovném a výukovém vedení?
motivovatelnost k seberegulaci?
jsou-li příznaky i tak stabilní, pak disharmonický vývoj více pravděpodobný

prognosticky příznivé, pokud jsou pocity viny po neintencionální agresi a nízký výskyt agrese intencionální

Dis. vývoj emočně nestabilní – hraniční

podáří-li se dlouhodobý terapeutický vztah, pak naděje na kompenzaci střední
v dětství – vyrušitelné, instabilní děti, s nízkou frustrační tolerancí a pohotovostí k úzkosti
temperamentní, jeví se vitální, vysoká expanzivita (i motorická), místy imponují až jako zlí a zákeřní

často podobní předchozím - vnímání jako neposední, jiní nestálí ve vztazích, jiní mají potíže s pohlavní identitou, nápadné a střídavé zájmy....
 patří mezi tzv. "rané poruchy" – zranitelnost, křehkost psychické struktury, přípustné prchavé psychotické prožitky v zátěži (⇐ nezralé obranné mechanismy štěpení, popření, projektní identifikace, primitivní idealizace)
 "neví, čím jsou", chybí jim pocit vnitřní konsistence ⇒ testují si jej tím, že se snaží vymezit vůči sobě (např. sebepoškozování, potíže s pohlavní identitou – zkoušejí "co je osloví,,...) i vůči okolí („potížísi“)
 vykazují poruchy chování, ale později a intenzivně manifestované
 podstatou je neustavení identity – rozporuplné a neslučitelné představy o sobě a světě
 nerealizovatelná snaha fixovat trvale příjemný stav,
 nerealistické vnímání druhých
 idealizace střídají prudká znehodnocení
 nízká frustrační tolerance, každý jednotlivý problém představuje krizi
 impulsivní chování sebedestruující povahy
 chronické pocity práznosti - vyplňují excesivním chováním a zážitky s ním spojenými, depresivní stížnosti vágní
 hněv – má zabarvení zuřivosti,
 afektivní dysregulace
 myšlení– stopy omnipotence, derealizace, pocity odcizení...
 suicidální riziko jako základní součást dg. ; riziko "nákazy" sebepoškozujícím chováním (vrstevníci, při hospitalizaci...)

Dis. vývoj histriónský

naděje na kompenzaci – relativně dobrá
 v dětství – jen povahové nápadnosti
 někdy potíže výchovné v rodině, převážně ve vycházení s matkou
 s institucemi (škola, LŠU, kroužky) - když nedokážou podat výkon, který by byl subjektivně uspokojivý

u dětí vidáme spíše prekocismy:

spontaneita, touha po kontaktu
 živé, šarmantní děti, brzy se naučí mluvit
 milování okolím, milí, dosáhnou tímto většinou svých požadavků
 řídí se přáními a očekáváními → dostávají se do chaosu, je jim v něm příjemně
 agilní, flexibilní, přizpůsobiví, snadno se nadchnou, potřebují vzruchy, napětí, prahnou po akci
 v kontaktu aktivní, zajímaví, milují svobodu
 x v dlouhodobém kontaktu – po čase pociťují nudu

z nedostatků, infantilismů:

bojí se závaznosti, něčeho, co je dáno, nemají rádi předpisy, konvence, fascinuje je svět fantazie
 neradi čekají, netrpěliví, rychlé směřování k odměně
 chtějí „zadní vrátka“, realita je pro druhé, pro ně ne
 konfrontace s realitou → zděšení, ale „setřepávají pocity viny, hází je na druhé“
 kognitivní neodhad – přehánění velikosti, intenzity, trvání.... také dramatické inscenace tělesných prožitků;
 katathymní zkreslení myšlení, impresionistické, postrádá přesnost a objektivní detaily
 egocentrismus myšlení
 koketérie u děvčat, siláctví u chlapců, bájevnost – zpočátku milé, posilováno souhlasem okolí
 později – symetrické intruze, zvl. děvčat vůči maminkám, nejsou s to žít roli dítěte, přehrávají roli dospělou ⇒ výchovné problémy
 v dospívání a dospělosti - žijí ve světě fantazií, hrají role; šarm povýšen na životní styl

psychodynamické směry vztahují genezi k falické fázi: flirtují s rodičem opačného pohlaví + prožívají potřebu se od ostatních odlišovat

k tomu přistupují zkušenosti z rodiny:

rodině nezřídka atmosféra pocitové povrchnosti, svět je „jakoby se zdál“
děti dostávají od počátku dvojité poselství:

1. co je řečeno
2. je jasné, že je ještě něco za tím – učení se manipulacím + podezírání druhých z neupřímnosti a manipulací

rodina povrchní: aby vše bylo, jak má být....
pro dítě není důležité, co prožívá, ale jak se prezentuje
přehánění drobností v rodině, spory, hádky, rodiče inscenují atmosféru otevřenosti... → dětem je podsouvána dospělá role

Dynamika:

fungují tak, aby něco nebylo stabilní
konflikt mezi potřebou uplatnění a limitacemi (potřeba vynikat, strhávat pozornost, každý prostředek dost dobrý...)
k selhávání vedou situace, kdy se chce stabilita, klid, vyrovnanost,
dále situace, kdy by měli být podřízeni,
sexuální atakování nebo sex. odmítání - věčné dilema: vzbuzují pozornost, chováním svádějí,
zareaguje-li muž komplementárně, obrátí to v opak (ale zároveň – i časté oběti CSA)

Dis. vývoj anankastický

perspektiva kompenzace – relativně dobrá
rigidita, snaživost, lpění na stejném, ceremonie, ritualizovaná chování
v dětství a dospívání jen povahové nápadnosti
živá, motoricky aktivní batolata
už jako děti – chtějí vše vědět do podrobností, tvrdohlavé děti
obvykle nebyvají rušivé, dítě je oceňováno
intervenci vyhledávají spíše klasičtí OCD pacienti, kde je již více obav a ruminací, potíže jsou ego-dystonní, atd.
obvykle léčba dlouhodobá, dobrá jsou psychofarmaka, KBT, nadsázka, práce s imaginací
bez léčby – petrifikace a vývoj v odchylnou osobnostní strukturu (?charakterová neuroza?)

Dis. vývoj - vyhýbavé (anxiózní) rysy

prognóza kompenzace – relativně příznivá, hodně záleží na okolnostech, výchově, zkušenostech
nejlépe se jim daří v chráněném prostředí
sociální úzkostná porucha v dětství (vyhýbavá porucha) - vzniká před věkem 6 let - sociální obavy by měly polevovat od 3 let
Porucha - stálý nebo navracející se strach z cizích lidí a/nebo vyhýbání se jim + normální vztah k rodičům a známým
důsledkem: narušení společenské aktivity dětí, nedostatečné sociální dovednosti; u většiny se porucha do puberty upraví, pokud ne ⇒ vyhýbavá osobnost, sociální fobie
dětské zkušenosti: starostlivost, nadměrné ochraňování před frustracemi
posíleno ve škole (dětským kolektivem odmítány, potíže s prosazením se, stydlivost, slabé sebevědomí)
⇒ generalizace
komplikací tělesná vada, somatická vada, častá nemocnost
zhoršení možné v dospívání
odchylky v názorech, chování - subjektivně chápány jako vada, ostuda, ponížení
hyperplastická konformita
pokud s nějakým sociálním prostředím začnou dobře rezonovat, těžko se jej vzdávají

Dis. vývoj – závislé rysy

prognóza kompenzace – relativně příznivá
v dětství poměrně nenápadní, nedělají potíže, jsou hodné a vděčné děti
závislost na rodičích obvykle vítaná, dává rodičům pocit dobré výchovy
ne nutně souvislost se separační úzkostnou poruchou
s nástupem prvních přátelských a erotických vztahů - maladaptivní vzorce v páru
evt. jiné než ryze psychické manifestace – např. obezita – dělají od dětství radost tím, že dobře jedí;
nebo nemocní, susp. psychosomaticky, jde o druhotné zisky – jsou okázáni objektivně na péči druhých,
"osvobození" od rozhodování
samostatně pocitu nekompetence, ztracenosti
ve vrstevnických vztazích snadno zneužitelní
nesnášejí samotu, hledají vždy "berličku"

Dis. vývoj narcistický

naděje na kompenzaci – průměrná
v dětství – podle mého názoru nedignostifikovatelná, i pro heterogenost příznaků (od vzorných dětí přesvědčujících svými reálnými úspěchy po poruchy chování nebo suic.chování (např. v prostředích, která grandiózní self nenaplnují)
děti – vyšší pohotovost k úzkosti x dovedou ji maskovat
dráždivost – nervózně působící šarm
staví sami sebe uměle do soutěží, konkurenční role, zranitelní "mistři světa"
verbálně zdatní – mistři výmluv, triky, umějí "odzbroit"
u dospělých – přesvědčení o vyjimečnosti, grandiózní sebehodnocení; cokoli se jejich sebevědomí dotkne, těžce nesou, evt. trumfují
Ve vztazích lehká distance, nadřazenost, snaha vyvolat iluzi o své soběstačnosti;
sebejistota velmi křehká, zakolísání tragédií
schopni využívat druhé, mají k tomu pocitu oprávněnosti

oproti F 60.4 – ti chtějí pozornost za každou cenu; nejsou okázalí, jsou šikovnější; egocentričtí, taktizování bez ohledu na ostatní; Hy – častější u žen, důraz na vztažnost a erotiku; narcisti – častější u mužů, důraz na sebehodnocení a výkon

oproti F 60.2: využívání druhých racionalizováno ušlechtilými motivy;

oproti F 60.31: méně zjevné projevy zoufalství, suicidální pokusy méně destruktivní; suicidiem spíše nevyhrožují, ale mohou realizovat

Dis. vývoj pasivně - agresivní

naděje na kompenzaci spíše nízká
porucha op. vzdoru – dg. asi do 10ti let
bývá spojena s hyperkinetičností
vzdor, provokace, neposlušnost, neovladatelnost, odmítání požadavků, hostilita, dráždivost, přecitlivělost na kritiku, směřování k odplatě
může přecházet v nesocializovanou poruchu chování (agrese zůstává otevřená), jindy zakládá disharmonický vývoj zejm. pasivně agresivní (agrese se vyvíjí v nepřímou)
základní strategie – pasivní resistance
základní nástroj: nepřímá agrese
boj o autonomii, potíže se vztahy (brzy boj o svou svobodu, o pozici, ale nepřímo - výmluvy, nedochvilnost, váhavost s rozhodnutími – "sabotáže")
relativně častý osobnostní vývoj pacientek s mentální anorexií

Schizotypní porucha

naděje na kompenzaci – obecně nízká
speciální zacházení ⇒ nekonfliktní podivní
relativně časté komorbidity
vývoj z AS

podstatou:

poruchy myšlení, porucha kvality reciproké sociální interakce, kvalitativní porucha interakce, inflexibilita myšlení

deficit centrální koherence i teorie mysli

řeč nenarušena (ddg oproti autismu),

výrazný deficit sociálního fungování (x mají o vztahy zájem, je sociální motivace, chybí sociální porozumění)

abnormity řeči, myšlení

typický intelekt. profil

velmi nekonvenční pohled na svět, odlehlost myšlení konvenčnímu usuzování

rigidita, schématicnost chování, rituály (pocity jistoty a stability)

omezené, nezvyklé zájmy

slabá soc. interakce, vztahovačnost

na prahu dospělosti anebo ve stresu – mohou být krátce halucinace i bludné ladění; krátce, přechodně - i katatonní symptomy – nástavy, manýrování, zvl. postury(po odstranění stresu odeznívají)

Psychoterapie

jsme-li o dg. přesvědčeni ⇒ analogicky jako u dospělých:

především vymezení hranic

relativně rigidní uspořádání vých. prostředí

v rámci možností úprava podmínek tak, aby dítě co nejméně iritovalo (⇐ "vyhovění temperamentu")

+ působení na charakter: behaviorální techniky, korektivní zkušenosti, pokus o ovlivnění "kognitivních map"