

VLADIMÍR SMĚKAL

PRÍSPĚVEK K TEORII PORUCH OSOBNOSTI A CHOVÁNÍ DĚTÍ

I. Úvod

V současné době jsme svědky velkého rozmachu péče o zdárný tělesný i duševní vývoj dětí. V oblasti péče o duševní vývoj a nápravu poruch duševního vývoje však zjišťujeme, že překážkou úspěchů nápravy jsou často velké rozdíly v pojetí podstaty jednotlivých druhů psychických poruch¹ i rozdíly v diagnostické terminologii. Jestliže se tato studie pokouší o sjednocení diagnostických termínů a vymezení podstaty jednoho druhu psychických poruch, není to úsilí akademické, ale pokus vyvolaný potřebami praxe.

Jedním z důsledků dosavadní situace totiž je, že pro „rozdílnou řeč“ si mnohdy nerozumí defektolog s psychiatrem, psycholog s pedagogem, i když všichni mají na mysli třeba touž psychickou poruchu. Jinou nevýhodou je, že jedno označení vyvolá v každém odborníkovi představu o jiné poruše. Učitel např. označí poruchu chování žáka jako „neukázněnost“, defektolog jako „těžkovychovatelnost“ a ve skutečnosti běží o začínající schizofrenii, což konstatuje psychiatr. Psycholog zjistí u neklidného, roztěkaného dítěte, že jde o psychomotorickou instabilitu, kdežto pedagog diagnostikuje totéž chování jako „neposlušnost“. Defektolog hodnotí ztížené osvojovací čtecí dovednosti jako příznak sníženého nadání, hlubší psychologický rozbor však ukáže, že se jedná o dyslexii, tedy poruchu úplně jiné podstaty. Takových rozporů v diagnóze i v pojetí podstaty psychických poruch bychom mohli z praxe uvést daleko více. I těch několik příkladů ukazuje, že mnohdy má nesprávná diagnóza vážné následky pro další vývoj dítěte — už jenom proto, že bez správné diagnózy nemůžeme stanovit správná opatření nápravná ani léčebná.

V této práci se nebudeme zabývat problémy diagnostiky a obsahového vymezení organopatií, psychopatií, psychóz, reaktivních poruch a neuróz, které patří do kompetence psychiatrie. Podrobně o nich ostatně pojednal O. Kučera² ve své významné studii o diagnostické terminologii.

Soustředíme se jen na ten druh psychických poruch, který bývá souhrnně označován termínem „poruchy osobnosti a chování“ (Wallin),³ nebo „reaktivní poruchy chování“ (Ape-lauer),⁴ „poruchy chování morálního“, „poruchy školské“, „duševní poruchy vzniklé jako reakce na jakýkoli chorobný stav organismu, při kterém však nebyl přímo postižen mozek“, „neurotické návyky“, „povahové neurózy“, „delinkvence“ (všech těchto termínů užívá O. Kučera),⁵ „nesprávné návyky“ (Jurovský),⁶ „obtížná vychovatelnost“ (Gaňo),⁷ „mrvní a sociální vady“ (Popelář),⁸ „sociální nepřizpůsobení“ (Schürer),⁹ „výukové a výchovné obtíže“,¹⁰ „protestní reakce“ a „změny charakteru pod vlivem nevhodných životních podmínek“ (Suchareva,¹¹ „disociální a sexuální depravace“ (O. Kolářiková),¹² „nesnesitelní chlapeci“ (Han-Ilgievicz)¹³ aj. Učitelé užívají často pro jednotlivé díleč poruchy osobnosti a chování názvy „neposlušnost“, „lajdáctví“, „lenost“, „nepozornost“, „zapomětlivost“, „neslikovnost“ atd. Tato rozmanitost termínů má za následek, že se ztíží dorozumění mezi jednotlivými pracovníky péče o dítě, z nichž každý si představuje pod uvedenými termíny něco jiného a mnohdy na základě chybné představy volí i chybné metody nápravy.

Všechny uvedené termíny označují druh psychické poruchy, jehož společným jmenovatelem po fenomenální stránce jsou nesnáze v přízpusobování rodině, škole, kolektivu, práci aj. a jehož příčinou jsou *nevhodné vnější vlivy*. Vzhledem k tomu, že hlavní charakteristikou poruchy jsou *nesnáze, obtíže*, navrhuje pro její pojmenování termín *dificilita*. Je akcentován neutrálně a nevyvolává představu určité úzce ohraničené poruchy (jako např. termín „mravní vada“); umožňuje naopak zahrnout do jedné skupiny vedle charakterových poruch i poruchy ve výkonnosti, pozornosti, paměti, nedostatky v dovednostech vnímání a myšlení, školní neúspěchy aj., pokud ovšem mají všechny tyto poruchy shodnou podstatu.

Termínu „poruchy osobnosti a chování“ se vyhýbáme z toho důvodu, že bývá užíván jako první diagnostické označení kterékoli psychické poruchy (třeba i psychózy nebo psychopatie), pokud v příznakovém obraze jsou nejvýznamnější anomálie chování a osobnosti. Je to tedy termín jen symptomatický, popisný a nevhodný pro pojmenování psychické poruchy svérázného druhu.¹⁴

L. Kubička¹⁵ uvádí, že se *dificilní příznaky*¹⁶ vyskytují v té či oné míře aspoň jedenkrát v některém životním období u 90 % dětí, avšak většinou samy zaniknou. Wallin (viz c. d., str. 172 n.) konstatuje, že asi 15 % školní mládeže trpí drobnými poruchami poznávacích činností (jež jsou svou podstatou *dificilní*). Praxe nás však nutí, abychom se nespokojili zjištěním o spontánní úpravě *dificilit*. Máme naopak mnoho empirických i výzkumem ověřených důvodů¹⁷ k tvrzení, že *dificilní dítě*, které žije dlouhodobě v podnětově defektním prostředí (škodlivé vlivy špatné rodiny, špatných kamarádů, špatné četby atd.) se v dospívání a v dospělosti utváří jako osobnost anomální. Chuligáni, absentéři, fluktuanti, asociální lidé neschopní založit a udržet harmonickou rodinu, lidé nešikovní, nespokojení, neúspěšní, ba i delikventi pocházejí většinou z dětí, u nichž v mládí vznikla *dificilita*.

Protože chceme pro komunistickou společnost vychovávat lidi harmonické, všestranně rozvitě, politicky uvědomělé a mravně ušlechtilé, musíme se problematikou *dificilit* vědecky zabývat, poznat jejich podstatu, popsat jejich příznaky a příčiny, klasifikovat jejich typy a stanovit pro každý typ nejvhodnější metody nápravy, ale především stanovit zásady pro předcházení vzniku *dificilit*.

V této studii si podrobněji všimneme (1) podstaty *dificilit* a jejich rozdílů od ostatních druhů duševních poruch, přehledně pojednáme o (2) příčinách vzniku a (3) vnitřních podmínkách rozvoje *dificilit*, zmíníme se o (4) příznacích a typech *dificilit* a o (5) zásadách diagnostiky *dificilních poruch*.

Studie je prvním zobecněním výsledků vědecko-praktické činnosti Dětské psychologické poradny v Brně a zároveň programovou směrnicí dalších výzkumů. Opírá se i o výsledky, které autor získal jako psycholog Záhytného dětského domova.

II. Obecná charakteristika *dificilit*

Chceme-li poznat nějakou skutečnost tak, abychom ji mohli usměrňovat a předvídat její vývoj, musíme poznat její podstatu. Názory na podstatu těch poruch osobnosti a chování, které jsme definovali jako *dificility*, se však velmi různí, a proto se různí i pojetí jejich nápravy — často ke škodě *dificilních dětí*. Všimneme-li si v letném a neúplném přehledu hlavních názorů na podstatu *dificilit*, zjišťujeme zhruba tato stanoviska:

Naprosté přecenění dědičných vloh, které prý podmiňují i takové poruchy charakteru, jako je toulavost, hrubost, kriminalita (teorie Lombrosova).¹⁸ Toto reakční stanovisko a zároveň kapitulaci, pokud jde o nápravu, dnes už uznávají jen nejreaktější buržoasní odborníci.

Naprosté přecenění úlohy prostředí, jehož je dítě pasívním otiskem, uznávají dnes už také jen někteří — zejména stoupenoci extrémního behaviorismu směru Watsonova a zčásti A. Adler.¹⁹ Chybou Adlerovou není ani tak zdůrazňování faktorů prostředí, jako zjednodušené pojetí mechanismů rozvoje psychické poruchy, která se podle něho rozvíjí, když jedinec kompenzuje pocit méněcennosti nesprávně, nebo když touha po uplatnění vítězí nad citem pospolitosti.

Podle freudismu a novofreudismu (viz Suchareva, c. d., str. 27 n.) vznikají neurozy i poruchy osobnosti (vlastně dificity) jako důsledek nesprávné regulace dětské sexuality, nebo potlačování nežádoucích tendencí, nebo na základě poruch vztahů mezi dítětem a matkou v raném věku. Zase je to hledisko jednostranné, jehož podstatná chyba je v přecenění sexuality a úlohy staticky chápaných a sexuálně zabarvených vztahů rodičů a dětí i v nevědeckém absolutizování role „podvědomí“ ve výstavbě osobnosti.

Moralistické pojetí (rozšířené mezi některými učiteli)²⁰ vychází z předpokladu, že dificitla je podmíněna „zlou“ přirozeností dítěte, vrozenou „mrvnými vadnostmi“ (nebo i získanou, ale chápanou absolutně), záměrnou „zlomyslností“, „škodolibostí“, „leností“ dítěte. Morální komponenta osobnosti se tu pojímá jako něco předem daného a vědomého už od dětství. Zapomíná se, že moralita jedince se vyvíjí a že je odrazem daných životních podmínek, okruhu styků, vlivů výchovy, příkladů a vzorů atd.

Nápravná pedagogika²¹ určuje podstatu dificitil jako poruchu rozumové, citové nebo volní sféry dětské osobnosti, aniž podrobně analyzuje, v čem konkrétně porucha spočívá.

V nejnovější americké příručce z dětské psychologie²² je uvedeno pojetí, podle něhož „všechno chování je výsledkem vlivů prostředí na vnitřní dispozice“ a abnormální chování má příčiny v (1) predisponujících faktorech (z nichž některé jsou zděděny, některé se vyvíjejí podmíněním) a ve (2) vyvolávajících faktorech (prostředí, emocionální napětí aj.). I když je toto pojetí zdánlivě velmi přijatelné, podrobnější rozbor ukazuje, že je adialektické, že chápe vnitřní dispozice jako hotové, neměnné, a stejně tak prostředí jako něco předem daného, do čeho dítě vstupuje a co buď provokuje nebo utlumuje latentní vlohy k poruše. Tedy známá Sternova konvergentní teorie dvou faktorů v novém rouše.

Hodnotíme-li uvedené koncepce, ukazuje se, že vznik a podstatu dificitil může nejlépe vysvětlit aplikace marxistické teorie determinismu osobnosti (S. L. Rubinštejn)²³ a principu interakce (J. Souček).²⁴ Hlavní myšlenky těchto koncepcí lze ve stručnosti formulovat asi takto: Osobnost tvoří souhrn vnitřních podmínek, jimiž se transformují vnější vlivy, takže efekt stejných vlivů na osobnost v různé době nebo na různé osobnosti je vždy poněkud odlišný právě pro různorodost a stálý vývoj konstelace vnitřních podmínek. Je ovšem třeba si uvědomit, že i vnitřní podmínky se v historii organismu vytvořily, že tedy kdysi byly také vnějšími. Jakmile se však vytvořily, působí na další zpracování podnětů. Tak např. i temperament (který je běžně pokládán za vrozenou vnitřní podmínku individuálních rozdílů) se v ontogenezi stále modifikuje vlivem výživy, nemoci, ovládnání některých projevů vůli atd. Vnitřními podmínkami, jež jsou vysloveně vnějškově podmíněny, jsou např. zásady, názory, svědomí, postoje, tzv. vyšší city aj. Vytváření vnitřních podmínek je procesem dialektickým. Osobnost je v neustálé interakci s prostředím. Vlivy prostředí stále modifikují osobnost, modifikovaná osobnost prostředí jinak zažívá a jinak na ně reaguje, čili i prostředí začíná jinak reagovat a tak existuje neustálá dialektická souhra mezi osobností a prostředím, „dynamická jednota organismu a prostředí“ (I. P. Pavlov).

Už tento všeobecný náčrt nám dovoluje vyvodit některé závažné závěry: Jestliže osobnost žije v prostředí nějak defektním nebo nevhodném (nebo je jako nevhodné zažívá — např. starší sourozenec začne žárlit na mladšího, protože rodiče mají mladšího zdánlivě raději), zákonitě se u ní začínají rozvíjet nevhodné reakce, „učí se“ nevhodné adaptaci na dané nevhodné prostředí.

Např. J. B., 13 let. Má nevyrovnané rodiče, kteří se před ním neustále hádají, jednou se k němu chovají láskyplně, jednou odmítavě. U chlapce se rozvíjí pocit nejistoty, který se projevuje nestálostí a plachostí. Po umístění v dětském domově se osobnost stabilizuje, plachost zmírňuje.

K. S. 11 let. Matka na dívce nezdravě lpí, bojí se o ni, rozmazluje ji. Ačkoliv je dívka již 11 let, matka jí obléká, obouvá, doprovází ji do školy. Dívka je průměrně nadaná, avšak učí se špatně, je zvýšeně nesamostatná a závislá na matce, ve škole se bojí projevit.

F. C., 14 let. Z anamnézy vyplývá, že od V. tř., kdy dlouhou dobu chyběl ve škole pro nemoc, začal se špatně učit (propadá z matematiky). V době absence se v matematice probíraly důležité jevy, které byly předpokladem pro pochopení pozdějších výkladů. Chlapec je průměrně nadaný. Analýza myšlení ukazuje, že myslí ukvapeně, chaoticky (zkusmo a bez zřetele ke všem prvkům situace) řeší problémy, je povrchní. Má odpor k matematice.

Příklady nám názorně ukazují, že dítě se svým difícilním reakcím „naučilo“, osvojilo si je v určitých situacích. Reakce se pak přenáší i na nové situace.

Z faktů, která jsme uvedli, vyplývá také výchovný optimismus, pokud jde o možnosti nápravy difícilit. Obecně lze princip nápravy formulovat asi takto: Uvedeme-li difícilní dítě do optimálního výchovného prostředí — a budeme-li důsledně navozovat kladné podněty — difícilita se upraví. Za jak dlouho, to závisí na celé řadě dalších faktorů, jež se v minulosti zformovaly v osobnosti dítěte (neurodynamické zvláštnosti, typ adaptace, napodobivost, představa o vlastním já, stupeň uvědomení vlastní situace aj.).

Doklad za mnohé jiné z případového materiálu: J. B., 14 let, chlapec umístěný v Záchytném dětském domově pro krádeže, hrubost, neukázněnost, podprůměrný prospěch. V etiogeneze difícility: otec ve vazbě pro spekulaci (bývalý soukromý podnikatel), matka si vodí panské návštěvy do bytu, chlapec tráví většinu volného času ve společnosti chuligánů, jimž se chce vyrovnat. Při přijímání do ZDD je negativistický, prohlašuje „se mnou nic nespravíte, stejně vám uteču...“. Po několika týdnech pobytu v ZDD se začíná měnit, ochotně plní uložené úkoly, dodržuje pravidla domova. Je umístěn do domova se zvýšenou výchovnou péčí v P., jehož výchovná atmosféra je kvalitní. Za rok se vrací z Domova propuštěn a napraven po charakterové stránce, se zlepšeným prospěchem a s radostnými perspektivami do dalšího života.

Jestliže difícilita vzniká tím, že si dítě osvojuje chybné způsoby reagování na nevhodné situace a podněty prostředí, nesmíme toto osvojování chápat jen v úzkém smyslu „u č e n í s e o p a k o v á n í m“ týchž reakcí na touž situaci. Musíme připustit i jiné mechanismy osvojování, jako je n á p o d o b a nebo s u g e s t i v n í o s v o j e n í, a musíme připustit i možnost, že určité žádbucí způsoby reakcí se vůbec nevytvoří, protože příslušné „navozování“ ze strany prostředí chybí.

Protože všemi druhy navozování (vyučováním, záměrnou výchovou i živelným působením prostředí, vzorů, sugescí) se v osobnosti vytvářejí — řečeno obecně — vědomosti, dovednosti a návyky (a to nejen dovednosti pracovní, ale i dovednosti správné a přesně myslit, vnímat, mluvit, chtít atd. a návyky správné a přiměřené reagovat, zaujímat správné vztahy k sobě, druhým lidem, nadřízeným, učení, práci, kultuře, hodnotám), můžeme říci, že *obecnou podstatou difícilit jsou buď (1) nevhodně vytvořené (nesprávné) vědomosti, dovednosti a návyky, nebo (2) nevytvořené vhodné vědomosti, dovednosti a návyky, a to (3) v důsledku nevhodných (defektních, patických) vlivů prostředí*. Řečeno fyziologicky: Podstatou difícilit jsou vytvořené nevhodné, někdy i nevytvořené vhodné dynamické stereotypy.²⁵

Tímto vymezením jsme si vytkli zásadní rozdíl difícilit od jiných druhů psychických poruch. Ukážeme si podrobněji některé další rozdíly.

Difícility bývají nejčastěji směřovány s *psychopatiemi*, s nimiž mají mnohé

příznaky shodné. Vážně před tím varuje Suchareva (c. d., str. 168) slovy: „... takové směšování faktů neodpovídá klinickým faktům a je nebezpečné pro dětskou praxi, neboť diagnóza »psychopatie« může být u dětí formulována jen velmi opatrně. Má velký význam pro další osud dítěte.“ A dále: „I když v psychickém obraze reaktivně vzniklých poruch charakteru jsou některé shodné příznaky s psychopatií, tím spíše je zde shoda jen vnější. V základě psychogenně podmíněných změn charakteru nejsou ty chorobné mechanismy, které charakterizují patogenetickou podstatu té či oné skupiny psychopatií“ (tamtéž). Pro psychopatii — na rozdíl od difícilit — jsou podstatnými etiopatogenetickými faktory např. obecné i mozkové infekce působící během těhotenství nebo v raném dětském věku, mozkové trauma perinatálního, perinatálního nebo raně postnatálního původu, toxické a autointoxikující vlivy (např. toxické dyspepsie), nepravidelné krmení a péče v 1. roce života aj.

Od *psychózy* se difícility liší etiologií a tím, že není poškozeno jádro osobnosti, že nejde o žádnou organickou změnu v mozku, ani nejsou přítomny psychopatologické symptomy v striktním smyslu.

Od *organopatií* (vč. *oligofrenie*) se difícility liší opět etiologií a především tím, že jde jen o poruchy funkční, o poruchy přízpůsobovacích mechanismů, o nevhodné návyky, kdežto u organopatií je podstatou poruchy organické poškození mozku.

Stejně jako difícility, jsou i *neurózy* a *reaktivní psychické poruchy* vyvolány vnějšími vlivy (konflikty, hmotné či duševní strádání, nevhodné zacházení, přetěžování atd.), avšak v patogenese neurózy se uplatňuje významně slabý nebo oslabený nervový systém a funkční porucha nervové činnosti (zvýšení lability, snížení kvality zapojovacích mechanismů, oslabení vnitřního útlumu aj.). Suchareva (c. d., str. 34) definuje reaktivní psychické poruchy (i neurózy) jako „ty chorobné stavy, v jejichž vzniku je rozhodným etiologickým faktorem psychické trauma, determinující nejen vznik choroby, ale i její symptomatiku a průběh“. Od všech typů psychogenních reaktivních poruch se difícility také liší, neboť v jejich patogenese se nevyskytuje (nebo aspoň není podstatná) ani speciální disponovanost,²⁶ ani přepětí a vyčerpání nervových mechanismů, a chybí vegetativní a somatické příznaky (jako zvýšená únavnost, bolest hlavy, poruchy spánku, labilita oběhové soustavy aj.). Předpokládáme naopak, že difícility mohou vznikat na jakémkoli neurotypologickém podkladě a že jejich podstatou je jen výstavba chybných dynamických stereotypů (jako odraz nevhodných vnějších stereotypů). V některých případech se ukazuje, že difícilita přechází v neurózu nebo se s ní kombinuje, vždy však můžeme a musíme rozlišovat neurotické a difícilní symptomy, neurotické a difícilní patogenetické mechanismy.

Zatímco psychogenní reakce, neurózy, psychopatie, psychózy i organopatie vyžadují pro svou *nápravu* více méně intenzivní léčebné zákroky (farmakoterapii, fyzioterapii aj.), *difícility* je možno *nejvhodněji* *napravovat psychagogickými prostředky a psychologickým vedením rodičů, učitelů, vychovatelů*. U zvláště obtížných případů možno volit nápravnou výchovu v domovech se zvýšenou výchovnou péčí.

III. Problém typů difícilit

Naléhavým úkolem v pedopsychologickém poradenství je sestavení klasifikace typů difícilit, která by nám umožnila vyznat se lépe ve zkoumaném materiálu.

U každé klasifikace psychických poruch je však základním problémem hle-

disko, podle něhož rozlišujeme jednotlivé typy. Přehlédneme-li pokusy o klasifikaci *difficilit*, vidíme, že jednou je prováděna podle příznaků,²⁷ jednou podle vnitřních rozvojových mechanismů,²⁸ jednou podle příčin,²⁹ jednou komplexně.³⁰

Analýza jednotlivých případů *difficilních* dětí ukazuje, že nejvhodnější by byla klasifikace, která rozlišuje typy *difficilit* podle rozdílů ve způsobech vzniku a tím i podle rozdílů ve způsobech nápravy. (Neboť každý specifický typ vyžaduje specifické metody nápravy.)

Rozdíly ve způsobech vzniku jsou patrně především dány rozdílnými mechanismy adaptace a různými dominantními potřebami (jež se staly dominantními v důsledku jejich nadměrného uspokojování nebo neuspokojování), jak na to poukazuje např. L. Kubička (viz c. d., str. 84 n.): „Každé dítě neustále hledá ve svém prostředí uspokojení svých duševních potřeb lásky, hry, pohybu atd. Okolí zároveň klade na dítě požadavek za požadavkem, pokud jde o chování, prospěch atd. Když se dítěti podaří uspokojit sebe i okolí, je ve svém prostředí dobře přizpůsobeno, není považováno za problém. Úloha dítěte je však nesnadná, když mu okolí neposkytuje dostatečnou příležitost k prožití dětských potřeb, když jsou na dítě kladeny požadavky příliš náročné nebo bez nutné přípravy, když se od něho žádají protichůdné věci. Potom se mnohdy dítěti nepodaří najít rovnováhu mezi svými potřebami a požadavky okolí, stává se ve svém prostředí málo přizpůsobeným a zlobí nebo je nervózní.“ Z toho plyne, že by bylo nejvhodnější klasifikovat *difficility* podle charakteristických způsobů adaptace, příp. i podle dominantních potřeb (jak to činí např. Suchareva — viz pozn. 28 — ovšem jen se zřetelem na poruchy charakteru).

Dosavadní úroveň zpracování problematiky *difficilit* nám nedovoluje sestavit uspokojivou klasifikaci, která by splňovala uvedené požadavky. Spokojíme se tedy zatím návrhem typů, jak je běžně rozlišuje např. Dětská psychologická poradna v Brně.

Nejčastější je *aktivní difficilní typ*. Děti tohoto typu bývají předmětem stížností svého okolí pro neposlušnost, neukázněnost, hrubost, neklidnost, poškozování věcí, toulavost, záškoláctví aj.

Pozornosti kompetentních činitelů obvykle uniká — ale je snad ještě významnější co do možných následků v dospělosti — *pasivně difficilní typ*. Zahrnuje děti plaché, ostýchavé, nesamostatné, samotářské, se ztíženou schopností sblížení a navazování kontaktu atd.

Morálně difficilní typ se vyznačuje podváděním, lhavostí, krádežemi, sexuálními depravacemi, citovou tupostí, lhostejností k hodnotám socialismu, „chuligánstvím“ aj.

K *sociálně difficilnímu typu* patří děti nekultivované, nezdvořilé, příliš panačné nebo podrobné aj.

Neprospívá-li dítě v jednom nebo více předmětech, nebo propadá-li dokonce, mluvíme o *didaktické difficilitě*, nebo o *učebně difficilním typu*, nebo o *školních neúspěších*.

Děti neobratné, nešikovné, pomalé, těžkopádné, pohybově ukvapené, s vadnými návyky držení těla patří k *motoricko difficilnímu typu*.

Děti s výraznými pocity méněcennosti nebo převahy, náladové, nespokojené, bázlivé, hněvivé, nadměrně veselé atd. tvoří *emočně difficilní typ*. Děti impulsivní, nerozvážené, nerozhodné, vrkavé atd. můžeme řadit k *volně difficilnímu typu*. Děti nepozorné, roztěkané, zapomnětlivé, nevšímavé, povrchní v myšlení atd. můžeme označit jako *kognitivně difficilní*.

Jistou vadou tohoto dělení je, že směšuje dvě hlediska — příznakové u prv-
ních šesti skupin a patogenetické u zbývajících tří typů.

IV. Problém etiologie difícilit

Difícilní poruchy chápeme jako poruchy vzniklé na základě negativních vněj-
ších vlivů, nebo po těžších tělesných onemocněních, nebo jako psychickou nad-
stavbu tělesných anomálií. Z tohoto hlediska tedy jsou difícility poruchami *psy-
chogenními*, event. *sociogenními*.

Pokud zahrnujeme do příčin vzniku difícilit tělesné vady, nepokládáme je za
etiologický faktor samy o sobě, ale za činitele působícího zprostředkovaně tím,
jak dítě jejich existenci zažívá a jak zažívá jejich odraz v prostředí.

Stejně tak prodělaná onemocnění nepůsobí na vznik difícility — podle našich
pozorování — svými důsledky biochemickými, somatotropními (tak patrně pů-
sobí na vznik neurózy nebo reaktivní poruchy), ale tím, že k dítěti jako pacientu
se okolí chová jinak (buď je přehnaně hýčká, nebo naopak dítě pocituje nedo-
statek vládnosti a péče), případný pobyt v nemocnici působí „výhovným defici-
tem“ na vznik hospitalismu, který může vést k neuróze nebo difícilitě. (V II. ka-
pitole jsme ukázali vznik difícility po dlouhodobé absenci ve škole zaviněné
onemocněním.)

Důkladný přehled faktorů vzniku difícilit podala u nás O. Kolaříková. Podrob-
ně analyzuje jednotlivé vývojové podmínky rázu psychosociálního, zejména ro-
dinné prostředí (viz c. d., str. 263 n.). Sociální genezou („psychogeneze“) difícilit
se zabývá i Krakešová-Došková.³¹

Ze zkušeností těchto badatelů i z analýzy našich případů³² jednoznačně vy-
plývá, že difícilita se rozvíjí u dětí, které žijí v nevhodném (defektním, patickém)
prostředí, jež neuspokojuje nebo nezdravě přesycuje jejich základní životní po-
třeby. U dětí, s nimiž je špatně zacházeno, které jsou svědky rodinného rozvratu,
scén mezi rodiči, na které působí psychicky choří nebo mravně narušení členové
rodiny. Častá je u dětí, které prožívají frustrace (nezdary, neúspěchy) ve škole,
mezi kamarády, které jsou ponižovány nebo opomíjeny. Někdy ji vyvolá nevhod-
ný postoj učitele nebo vychovatele, zvlášť má-li dítě pocit, že se mu děje křivda.
Difícilita mnohdy vznikne v pubertě (jako reakce na postoj okolí, který je pu-
bescentem jinak zažíván). Dítě se „naučí“ — jak jsme si již ukázali — „přimě-
řeně“ se přizpůsobovat defektním vlivům prostředí, takže toto přizpůsobení
je vlastně pro normální prostředí nepřiměřené.

V příloze I uvádíme nástin etiologie difícilit.

V. Problém mechanismů vzniku („patogeneze“) difícilit

V druhé kapitole jsme charakterizovali marxistickou koncepci osobnosti, podle
níž vnější vlivy působí na osobnost prostřednictvím vnitřních podmínek (které
se v ontogeneze zformovaly více méně opět na základě vnějších vlivů).

Rozvoj difícility bychom nepochopili bez prozkoumání těchto vnitřních
p o d m í n e k. Schematicky je můžeme rozlišit na (1) *podmínky průběhu jednání*
(tělesný typ, endokrinní typ, neurotyp, temperament, funkční zdatnost), (2) *pod-
mínky obsahové regulace jednání* (motivy — základní životní potřeby, světový
názor, přesvědčení, názory, zájmy, záliby, ideály, zásady, svědomí), (3) *podmín-*

ky adaptace (charakteristický způsob adaptace, rychlost adaptace, frustrační tolerance, představa o vlastním já), (4) *zvláštnosti emocionálních procesů* (lehkost vzniku, hloubka, stálost, působnost, převládající ráz emotivity), (5) *zvláštnosti volných procesů* (jak probíhá rozhodování, jak probíhá jednání), (6) *podmínky poznávání a sdělování* (mentální úroveň, schopnosti, zvláštnosti, osvojování, pozornosti, paměti, vnímání, představování, myšlení, psychomotoriky a řeči), (7) *vlastnosti strukturní* (konsolidovanost, vyrovnanost a jednota, šíře a hloubka, atd.).³³

Přehledně uvádíme poruchy (odchylné utváření vnitřních podmínek) v příloze II.

Výsledná difilní porucha se projevuje difilními příznaky v některé oblasti znaků osobnosti. Např. rozvojem *difilních vztahů k sobě* (sebepřeceňování, sebepodceňování, aj.), k *vrstevníkům, nadřazeným* (rodičům, učitelům, vychovatelům), k *podřazeným* (v kolektivu), k *práci* (nechuť pracovat, vyhýbání se práci aj.), ke *hře, k hodnotám*, nebo rozvojem difilních znaků v *motorice* (vadné držení těla, nešikovnost aj.), v *řeči* (mazlivá výslovnost, zbrklá řeč, tichá řeč aj.), nebo rozvojem difilních *vědomostí a dovedností* (nedostatečné nebo nesprávné vědomosti a dovednosti).

Přehled difilních příznaků uvádíme v příloze III.

Známe-li nyní patogenezu difilít, můžeme si představu o vzniku a výstavbě difilít ještě více zkonkrétnit.

Difilní příznaky se rozvíjejí asi tak, že určitý nevhodný vliv formuje některou z vnitřních podmínek osobnosti poněkud odchylně od normy, anomální vnitřní podmínka ovlivní další osvojování — zpracování dalších podnětů — (vytvoří se negativní životní zkušenosti) i vypracovávání chybných reakcí na tyto podněty (tj. chybné vědomosti, dovednosti a návyky). A chybnými — difilními — reakcemi se pak dítě naučí přizpůsobovat chybným podnětům.

Podobně chápe výstavbu difilít pokrokový americký psychiatr J. B. Furst:³⁴ „Snažíc se nejlépeším způsobem vyrovnat se svými obtížemi, dítě takřka nepřetržitě zkouší různé prostředky a metody obrany, které mají zmenšit strádání a umožnit žít a být činný v nepříjemné situaci. I když je to metoda obrany před druhými lidmi, můžeme v ní zjistit jakési sociální elementy, obvykle ve formě agresivity, klamání, podvádění, pokusů vyhýbat se lidem nebo udobřovat si je. V každém daném případě nejúspěšnější z těchto metod stává se stabilním elementem chování.“ Je třeba podotknout, že ne všechny difilicity vznikají osvojením si určité formy obrany. Např. učební difilita je jen někdy podmíněná obranou před učitelem nebo přemírou nároků. Často vzniká proto, že dítě nemá vytvořeny potřebné poznávací dovednosti (zvl. „umění“ učit se, ekonomicky si pamatovat, správně myslet, správně pozorovat) nebo žádoucí sdělovací dovednosti (slovní pohotovost, ovládnutí gramatiky aj.).

VI. Problém diagnostiky difilít

Diagnóza v praxi znamená poznání podstaty určité poruchy a její odlišení od jiných poruch příbuzných.

Difilicity jsou poruchy velmi časté a běžné i velmi vážné pro své možné následky v dospělosti. Proto je otázka jejich přesné diagnózy velmi vážná a důležitá. Sestavit diagnózu je však tím náročnější, čím je porucha, kterou zkoumáme,

složitější. Dificility — právě pro svou mnohonásobnou podmíněnost — jsou poruchy nesmírně komplikované, a snad proto často špatně diagnostikované.

Náročnost diagnostické práce v pedopsychologii výstižně charakterizuje významný dětský psychiatr NDR E. Todte:³⁵ „Celá práce s dítětem reagujícím v některém směru abnormně stojí a padá se všezahrnující a podle možnosti mnoho vyjadřující psychodiagnostikou, která směřuje k vystižení osobnosti. Že je přitom psychodiagnostika pro dětský a adolescentní věk mnohotvárnější, měnlivější a daleko diferencovanější než psychodiagnostika dospělých, rozumí se samo sebou, pomyslíme-li na četné možnosti vývoje a různého rozvíjení, jimž je vystaven rostoucí člověk od embryonální fáze až ke své zralosti. Viděli jsme, že strukturní stavba osobnosti musí být jasně přehledná, zřetelná. Jistě je zřejmé, že takovou strukturní stavbu je nutno pochopit z celé, vždy za základ sloužící, vývojové anamnézy.“

Další komplikací v oblasti diagnostiky difiilit je, že diagnózu často sestavujeme pro učitele, rodiče, vychovatele, a pro neodborníky, kteří naší diagnóze mají rozumět a na jejím základě volit prostředky nápravy a další přístup k dítěti. Proto je třeba diagnózu formulovat co nejjasněji a nejsrozumitelněji. Je nutno podotknout, že zatím nemáme jednoznačně definované diagnostické pojmy ani u jiných druhů psychických poruch, natož u difiilit.

V diagnostice difiilit se naprosto nemůžeme spokojit s popisem příznaků, které jsou u daného difiilního dítěte nápadné (to je diagnóza symptomatická, která může být jedině výchozím článkem), nebo dokonce jen s uvedením jediného dominantního typického znaku (např. neposlušné dítě, roztěkané dítě, toulavé dítě).

„Neposlušnost“ je snad nejčastější monosymptomatická diagnóza difiility. Když řekneme o dítěti: „Je neposlušné“, vede nás to automaticky k určitému represivnímu nebo odmítavému postoji k dítěti. Položíme-li si však napřed otázku: „Proč je toto dítě neposlušné“, „Co je vlastně neposlušností tohoto dítěte“, zjistíme, že v jednom případě je neposlušnost projevem psychopatie, v jiném případě projev organopatie (např. drobného poškození mozku při porodu), nebo psychomotorické instability, jindy projev neurózy (zvýšená dráždivost), jindy projev začínající psychózy, někdy projev oligofrenie (např. eretický typ lehké debility), a konečně nejčastěji jde o neposlušnost difiilního typu — např. důsledek omezování volnosti, násilného přerušování vlastní aktivity dítěte, vnucování nepříjemných úkolů, projev nesouhlasu s autoritou vychovatele aj.

Symptomatická diagnóza je nedostačující také z toho důvodu, že tytéž symptomy se mohou vyskytovat u různých druhů psychických poruch, takže se z ní nic nedovídáme o podstatě dané poruchy.

Rogers v obsažné monografii o práci s problémovým dítětem³⁶ vypočítává následující požadavky na správnou diagnózu:

„1. Metoda diagnózy by měla brát v úvahu všechny aspekty životní situace, které mohou ovlivňovat chování. Neměla by se omezovat na malý rozsah celkového obrazu.

2. Měla by pracovat s přesně definovanými pojmy, aby každý, kdo metody užívá, rozuměl ji pokud možno stejným způsobem. Jestliže je založena na pojmech teoretické povahy, nebo pojmech jednostranných, nebo na základech, které nemohou být přesně definovány či měřeny, její užitek je značně omezený.

3. Ideální metoda diagnózy by měla zobrazit nejen významná fakta z okruhu zkušeností jedince, ale i významné kauzální vztahy mezi těmito fakty.

4. Měla by být s to indikovat rozsah dětského nepřizpůsobení, aby nápravné úsilí mohlo být co nejefektivnější. To ovšem neznamená, že nápravné úsilí bude

soustředěno na oblast, kde nepřizpůsobení je největší, ale že terapie bude vedena cestami, které slibují největší úspěch.

5. Metoda by měla být tak vědecká a objektivní, jak to nálezy a naše současné pomůcky dovolují. Měla by vylučovat pseudobjektivitu, která může znehodnocovat metodu i plán nápravy.“

Správná diagnóza by tedy měla obsahovat vedle dominantních příznaků i údaje o mechanismech rozvoje dificity (čili údaje o vnitřních motivech chování, charakteristickém způsobu adaptace, emocionálních a volních zvláštnostech, mentální úrovni) i údaje o etiogenetických faktorech (o těch patických vlivech prostředí, které dificitu vyvolaly). Lapidárně možno shrnout: Chceme-li dificity úspěšně napravovat, musíme objektivně a úplně poznat, *co* je porušeno v osobnosti dítěte, *jak* je to porušeno a *čím* je to porušeno.

Např. Učební dificilita (neprospěch v matematice a češtině), nadání průměrné, chybí potřebné vědomosti a dovednosti systematicky myslit a aplikovat pravidla. Vznik po dlouhodobé absenci následkem onemocnění.

Aktivně dificilní typ (záškoláctví), nadání průměrné, obranná adaptace před školou — spolužáci dítě zesměšňují, učitel zaujímá lhostejný, chladný postoj, doma konfliktová situace mezi rodiči.

Je pochopitelné, že podle povahy případu bude diagnóza tu stručnější, tam obsáhlejší.

Celkově možno říci, že teprve jednota diagnózy symptomatické, procesuální (tj. podle vnitřních mechanismů) a etiogenetické, podaná dynamickým způsobem, tj. jako vyvozování výsledných příznaků z vnitřních podmínek, jež byly determinovány a vznikly jako důsledek určitých vnějších vlivů, nám může odhalit podstatu dificilit a dát tak klíč k účinné nápravě.

VII. Z á v ě r

Práce poukázala na nutnost vědecky zpracovávat jako samostatný druh psychických poruch tzv. dificity, které tvoří nejrozšířenější poruchy osobnosti a chování dětí, jež jsou ještě v mezích širší normy.

Dificity jsou z fenomenálního hlediska definovány jako poruchy sociální adaptace dětí, jako výchovné a výukové nesnáze, a z hlediska podstaty jako chybné vědomosti, dovednosti nebo návyky, vysloveně sociální geneze. Je ukázáno na jejich rozdílu od jiných druhů psychických poruch.

Vzhledem k sociální geneze a psychologickým mechanismům rozvoje je diagnostika a náprava dificilit zcela v kompetenci odborných psychologů.

Příloha I

PREHLED ETIOLOGICKÝCH FAKTORŮ DIFICILIT

1. Tělesné zvláštnosti (které znemožňují dítěti začlenit se optimálně do životního dění), např. nápadné disproporce růstové a váhové, nehezky tělesný vzhled, ireparabilní tělesné vady, smyslové, řečové vady, izolované poruchy hybnosti.

2. Dlouhodobá hospitalizace, zvl. v mladším věku (předškolním).

3. Dlouhodobé domácí léčení a rekonvalescence (z toho plynoucí změna přístupu k dítěti a jeho postavení v rodině).

4. Výchova v ústavech od raného věku (zvl. pokud nebyla zajištěna individuální výchova).

5. Časté střídání výchovných prostředí.

6. Nevhodná rodinná situace (defektní rodinné prostředí): neúplná nebo rozvrácená rodina; asociální, zaostalí rodiče; alkoholismus, duševní nemoc, těžká tělesná nemoc rodičů; hmotný nebo duševní útlak dítěte některými členy rodiny; nevlastní rodiče nebo sourozenci; postavení dítěte mezi sourozenci; disharmonie a napětí mezi rodiči atd.

7. Nevhodný způsob výchovy v rodině: živelnost a chaotičnost výchovy, neshoda rodičů ve výchovném působení, nedůslednost ve výchově, zasahování jiných osob do výchovy; příliš volná nebo nedostatečná výchova, rozmazlování; jednostranná, přísná, úzkostlivá výchova; příliš náročná výchova; výsměšná výchova, chladný cizí vztah k dítěti; ochuzování dítěte, přílišný odstup; přísnost a strohost; navádění vůči druhému rodiči; navádění ke krádežím, lhaní aj.; rozpory mezi rodinnou a školní výchovou atd.

8. Nevhodné životní poměry (v některých asociálních rodinách, které nedovedou rozumně vynakládat peněžní prostředky): nečistý, těsný, neupravený byt; dítě nemá svůj vlastní kout a podmínky na učení a odpočinek; přetěžování dítěte domácími pracemi.

9. Labilní nebo nevytvořený denní režim.

10. Nevhodné vlivy školy: přetěžování (třeba po delší absenci), špatný učitel, nevhodní spolužáci, nezasloužený neúspěch, nezdravá oblibenost, ponižování a odmítání kolektivem aj.

11. Nevhodní kamarádi, dlouho bez dozoru, na ulici, potulky.

12. Nevhodné zábavy a hry, četba, filmy, televize.

13. Nevhodný jednorázový výchovný zákrok (např. nezasloužené potrestání).

14. Zkřížení a přerušování aktivity dítěte nevhodným způsobem (např. zákazem, zesměšněním jeho činnosti, uložením jiných úkolů atd.).

15. Náhlá změna vnějšího stereotypu (např. náhlé odnětí z rodiny, ztráta některého z rodičů, změna učitele, stěhování).

16. Intenzivní situace, kterou dítě prožívá (neštěstí, smrt, nemoc v rodině aj.).

Příloha II

PREHLED VNITŘNÍCH FAKTORŮ DIFICILIT

1. **Biotyp** (individuální zvláštnosti biologické, konstituční, endokrinní), pokud je odchylný od normy.

2. **Neurotyp** (typ vyšší nervové činnosti, neurodynamické zvláštnosti) a **temperament**, zejména extrémní: inertnost, útlumovost, labilita, hypodynamičnost, vzrušivost, vegetativní labilita a disregulace.

3. **Forma psychického vývoje**: a) vývoj opožděný, b) vývoj

předčasný, c) vývoj zabrzděný, d) vývoj omezený, e) vývoj porušený, f) vývoj zcestný. Anomální průběh vývojové fáze.

4. Anomálie ve vývoji motivů (potřeb, sklonů, zájmů): ničivé sklony, zesílená sexualita, sebevražedné tendence.

5. Neúměrné zesílení některého motivu (následkem jeho přesycování nebo neukojování): např. zvýšená potřeba lásky a uznání, zvýšená náročnost, zvýšená potřeba jistoty a bezpečí, zvýšená snaha upoutat pozornost atd.

6. Oslabení až zánik některého motivu (následkem jeho neukojování nebo přesycování): např. nedostatek smyslu pro druhého, netečnost a nevšímavost atd.

7. Nevytvoření některého motivu: např. potřeby pracovat, učit se, potřeby kulturního chování, nedostatek zájmů atd.

8. Nedostatečný rozvoj svědomí a mravních zásad: nízká mravní uvědomělost, nekritičnost, utilitarismus, egoismus, vypočítavost, nedostatek vlastenectví, socialistického humanismu, záporný poměr k práci, k veřejnému vlastnictví, k hodnotám socialismu, prospěchářství atd.

9. Lhostejnost k světovému názoru nebo vytvoření reakčního světového názoru.

10. Nesprávné názory, přesvědčení, ideály.

11. Porušená představa vlastního já („pokřivené já“) následkem přehodnocování nebo podhodnocování dítěte.

12. Zvláštnosti emocionální sféry: a) nízká citovost (citová tupost, zploštělost, chladnost), b) přecitlivělost (citová nezdrženlivost, sklon upadat do afektů), c) citová nestálost nebo naopak neúměrná citová perseverace, d) citová karence, nezralost, e) nedostatečný rozvoj tzv. vyšších citů — sociálních, mravních, estetických atd., f) citové sklony a nálada (strach, úzkost, hněvivost, tréma, podezřívavost, žárlivost, mrzutost, nespokojenost, nejistota, nešťastnost, smutek, lítostivost, plačtivost, zasmušilost, vážnost, náladovost), g) nepřiléhavost citů k situacím.

13. Zvláštnosti volní složky: a) nízká úroveň dynamogenie, tj volní energie; celková slabost všech motivů, pasivita (nevytrvalost, neodolnost, neschopnost cílevědomě chtít); b) rozptýlená dynamogenie — není-li vázána na žádný stálý cíl, motiv (nerozhodnost, ovlivnitelnost, chaotičnost, neorganizovanost, bezplánovitost, rozptýlenost); c) dynamogenie se váže na motivy, které dítě prosazuje i proti požadavkům okolí — zejména na motivy autotelické — (umíněnost, svéhlavost); d) nedostatečně vytvořená schopnost regulace chování a sebevlády (neschopnost odložit uspokojení nějakého motivu, netrpělivost, ukvapenost, nerozváženost, nezdrženlivost atd.); e) nízká uvědomělost a záměrnost chování (živelnost, impulsivnost, zkratkovost, nestálost).

14. Charakteristický způsob adaptace: a) pomalost, těžkopádnost adaptace, b) zaměření příliš introvertní nebo příliš extravertní, c) útočný, agresivní typ adaptace, d) únikový typ adaptace (vzdání se cíle, denní snění, onemocnění, regres, zvýšená fixace a nesamostatnost), e) vyhýbavý typ adaptace (podvádění, svádění viny na jiného, předstírání, zapomenutí, potlačení, náhrada v jiném cíli, racionalizace).

15. Nízká frustrační tolerance.

16. Příliš nízká nebo příliš vysoká aspirační úroveň.

17. Zvláštnosti paměti: ztížené osvojování nové látky, pomalé

osvojování, malý rozsah vstřípivosti; zapomnětlivost, nepohotová a ztížená výbavnost; nespolehlivá, mezerovitá paměť; povrchní paměť; jednostranný typ pamatování.

18. Zvláštnosti pozornosti: nepozornost, nesoustředěnost, těkavost, rozrůznost, rozptýlenost, pomalost soustředění a inertnost (nadměrná).

19. Zvláštnosti vnímání: nevšímavost, povrchnost, pomalost, pasivita, subjektivita, jednostrannost.

20. Zvláštnosti myšlení: příliš rychlé nebo příliš pomalé myšlení, těžkopádné myšlení; chápavost ztížená, povrchní, nepřesná, jednostranná, subjektivní; nekritické, nelogické usuzování; myšlení chaotické, řešení problémů pokusem a omylem, dítě se dá snadno odvést od cíle řešení, nebere v úvahu všechny podmínky řešení, ukvapeně tvoří závěry atd.; analyticko-syntetická činnost nedokonalá, dítě příliš hrubě diferencuje, nedokonalá abstrakce a konceptualizace atd.

21. Zvláštnosti představitivosti: neschopnost představit si něco, nedostatek spontánnosti a tvořivosti; přebujelá představivost, jednostranná fantazijní produkce, nerozlišování fantazie a skutečnosti atd.

22. Zvláštnosti schopností a celkového nadání: jednostranné schopnosti, nedostatek schopností pro určitou činnost, nižší mentální úroveň atd.

23. Zvláštnosti struktury osobnosti: a) nevyrovnanost, b) nezakotvenost, nestálost, c) povrchnost a mělkost, d) nediferencovanost (primitivnost, chudost).

24. Stupeň uvědomění vlastní situace.

Příloha III

PŘEHLED PŘÍZNAKŮ DIFICILIT

1. Dificilní znaky motoriky: nápadná neobratnost, nesikovnost, těžkopádnost, nedostatek ovládnutí pohybů, pohybový neklid, vadné držení těla v lavici, při chůzi atd.

2. Dificilní znaky řeči: příliš rychlá nebo příliš pomalá řeč, příliš hluchá nebo příliš tichá řeč, poruchy intonace, mazlivá, nepřesná, ledabylá výslovnost; těžkopádnost, nepohotovost ve vyjadřování, primitivní stavba vět, agramatismy, malá slovní zásoba, vulgarismy ve vyjadřování atd.

3. Školní neúspěchy: neúspěch v některém předmětu, zvláště tzv. legastenie, grafastenie, kalkulastenie atd; celkový neprospěch, propadání; náhlé zhoršení prospěchu.

4. Dificilní postoje k sobě: sebedoceňování, malá sebekritičnost, egocentrismus, vztahovačnost; chorobná ctižádostivost, domýšlivost, vytaňování se atd.

5. Dificilní postoje k druhým (vrstevníkům, rodičům, učitelům, osobám atd.): plachost, ostýchavost, nesmělost, přílišná podrobnost; uzavřenost, vyhýbání se, samotářství; nedůvěra; neústupnost, expanzivnost, agresivita, vzdorovitost, negativismus, nerespektování autority; vtravost, nedostatek odstupu, podlézavost atd.

6. Dificilní postoje k učení: nevypracovávání domácích úloh,

nepřipravování se na vyučování; pasivita, lhostejnost, nezájem o předmět, odpor k předmětu; stálé omlouvání; vyrušování během vyučování atd.

7. **Dificilní postoje k práci:** naprostý nezájem až odpor k práci, lhostejnost k práci, nechů pracovat, vyhýbání se práci atd.

8. **Dificilní postoje k čistotě a pořádku:** nečistotnost, neupravenost, nepořádnost atd.

9. **Dificilní rysy charakteru:** a) nepoctivost (lhaní, krádeže, podvody), b) nespolehlivost (nesvědomitost, nedochvilnost, lehkomyšlnost, rozpor mezi slovy a skutky), c) nečestnost (bezzásadovost, přetvářka, žalování, pomluvy, klamání), d) bezohlednost (krutost, zlomyslnost, cynismus, výsměšnost, lhostejnost k věcem, poškozování věcí), e) nedostatek kolektivismu a humanismu (lhostejnost k druhým, poškozování a využívání druhých, neúcta a hrubost) f) zvýšená a nevhodně projevovaná sexualita, g) kouření a pití, h) neukázněnost (neschopnost podřídit se autoritě, řádu, přestupování zákazů, nedbání pravidel chování atd.).

POZNÁMKY

- ¹ Termínem „druh psychické poruchy“ rozumím vnitřní příbuzné skupiny psychických poruch, které se svou podstatou liší od jiných (např. rozdíl mezi psychózami a neurózami). V rámci každého druhu rozlišuji „typy psychických poruch“, které se liší hlavně příznaky a drobnými rozdíly v patogenезi (např. rozdíl mezi neurastenii a hysterií).
- ² O. Kučera, *Otázky diagnostické terminologie v dětské psychiatrii*, Čs. psychiatrie, 1958, str. 1–6.
- ³ J. E. Wallin, *Personality Maladjustment and Mental Hygiene*, J. Wiley, New York 1949.
- ⁴ Z. Mysliveček a kol., *Speciální psychiatrie*, SZDN, Praha 1956.
- ⁵ O. Kučera, *Úvod do psychopedické defektologie*, skriptá SPN, Praha 1958.
- ⁶ A. Jurovský, *Nesprávné návyky školských dětí*, in: *Mládež vyžadující zvláštní péče*, SPN, Praha 1953.
- ⁷ V. Gaňo, G. Rehuš, *Orientační náčrt defektov pre výber žiakov...*, in: *Mládež vyžadující zvláštní péče*, SPN, Praha 1953.
- ⁸ B. Popelář, *Systém speciální pedagogiky*, skriptá, SPN, Praha 1957.
- ⁹ M. Schürer, *Psychologická problematika ZDD*, Čs. psychologie, 1960, str. 1–12.
- ¹⁰ Užívají pracovníci Dětské psychologické poradny v Brně.
- ¹¹ G. E. Suchareva, *Kliničeskije lekcii po psichiatrii detskogo vozrasta*, tom II., Medgiz, Moskva 1959.
- ¹² O. Kolaříková, *Formy dětských deprivací a jejich geneze*, Čs. psychologie, 1957, str. 260–271.
- ¹³ N. Han-Ilgiewicz, *Nieznośni chłopcy*, PZWS, Warszawa 1960.
- ¹⁴ Otázka označení zmíněných poruch osobnosti a chování vhodnějším termínem není jen otázkou terminologickou. Jde o to, aby termín pojmenovával novou nebo svéráznou skutečnost, v tomto případě svérázný druh psychických poruch.
- ¹⁵ L. Kubička, *Psychologie školního dítěte*, SZDN, Praha 1958.
- ¹⁶ Dificilní příznaky jsou — obecně řečeno — anomálními znaky osobnosti. Naprosto je nelze pokládat za psychopatologické fenomény. Např. nevšímavost není psychopatologickým jevem z oblasti vnímání jako třeba iluze, ale jen nedostatek návyku přesně pozorovat. Výskyt ojedinělých dificilních příznaků nemůžeme ještě pokládat za psychickou poruchu, neboť se vyskytují téměř u každého člověka. Za dificilitu pokládáme teprve celý komplex dificilních příznaků, dostatečně intenzivních a stálých, které jsou tak zdrojem problémů, obtíží buď pro dítě samotné nebo i pro okolí.
- ¹⁷ Viz např. Krakešová-Došková, *Psychogeneze sociálních případů*, Nová Osvěta, Praha 1946, nebo: Langmayer, Matějček, *Člověk známý neznámý*, Mladá Fronta, Praha 1959, nebo: Cz. Czaporó w i St. Manturzewski, *Niebezpieczne ulice*, Iskry, Warszawa 1960.
- ¹⁸ Viz O. Chlup; *K psychologickým základům výchovy a vyučování*, str. 241, SPN, Praha 1959.

- ¹⁹ A. Adler, *Člověk jaký jest*, Orbis, Praha 1935.
- ²⁰ Setkal jsem se s tímto pojetím v četných diskusích s učiteli, vychovateli i s rodiči.
- ²¹ Viz O. Chlup, *Pedagogika*, 3. vyd., SN, Praha 1948, str. 192.
- ²² Crow and Crow, *Child Psychology*, Barnes and Noble, New York 1960.
- ²³ S. L. Rubinštejn, *Principy i puti rozvitiya psichologii*, Izd. AN SSSR, Moskva 1959.
- ²⁴ J. Souček, *Několik poznámek k teorii vlastnosti*, Čs. psychologie, 1958, str. 113–124.
- ²⁵ Chápu-li podstatu dificity jako nevhodné vědomosti, dovednosti nebo návyky vzniklé osvo-
jováním chybných vlivů prostředí, naprosto tím nechci snižovat význam dalších mecha-
nizmů, které se na vzniku a výstavbě dificity podílejí (např. potřeby a podmínky jejich
uspokojování, charakteristický způsob adaptace, představa o vlastním já aj.).
- ²⁶ B. Dosužkov, *Příspěvek ke studiu patogenezy psychoneurózy . . .*, Čs. neurologie, 1957,
str. 102 n.
- ²⁷ Např. Jurovský v c. d., str. 50 n. klasifikuje dificity pod názvem „nesprávné návyky“
do těchto skupin: (1) nesprávné návyky ovládní těla a při tělesných pohybech, (2) při
jezení a vykonávání tělesných potřeb, (3) nesprávné návyky řečové, (4) pracovní, (5) ká-
zeňské, (6) sociální, (7) v oblasti sebevědomí. O. Kolářková v c. d., str. 264 podává
spíše syndromologickou klasifikaci, když rozlišuje: záškoláctví, toulavost, útěky z domova,
krádeže (vloupání), neukázněnost, destruktivní tendence, kouření a pití lihovin a sexuální
depravaci.
- ²⁸ Na základě vnitřních mechanismů klasifikuje dificity např. N. Han-Ilgiewicz v c. d.
podle typů psychické plastičnosti, kterou definuje jako „schopnost a pohotovost k výběru
nebo přijímání norem jednání se současným přizpůsobením své životní podstaty na dané
vývojové etapě“ (str. 215). Rozlišuje typy automatické, ovlivnitelné, vypočítavé a ideové.
Suchareva v c. d., str. 169 uvádí typy agresivně-obranné, pasivně-obranné a infantili-
zované.
- ²⁹ Podle příčin klasifikují dificity např. Sovák a Zahálková (*Defektologie obecná*,
Somatopatologie, skripta, SPN, Praha 1958, str. 90). Rozlišují: Děti, které byly nesprávně
ošetřovány, děti, které byly podváděny, děti, které byly strašeny a přísně trestány,
děti, které prošly tvrdou výchovou v rodině, děti, vychovávané s patologickou láskou.
- ³⁰ Komplexní klasifikaci podává např. H. Böttcher (in: Clauss, Hiebsch, *Kinder-
psychologie*, Volk u. Wissen, Berlin 1958, str. 310 n.). a) Podle symptomů: (1) neu-
rotické příznaky, (2) dificilní příznaky jako: zcestné chování při hře, v různých čin-
nostech (nedostatek soustředění, zájmu atd.), zcestné sociální chování (nesprávné způsoby
navazování kontaktu s lidmi, nepodrobnost či nápadná podrobnost, poruchy v soucítění
a svědomí, zvýšená náročnost, nevhodné způsoby řešení sporů), zcestné chování k sobě;
b) Podle příčin a podmínek: vliv tělesného a zdravotního stavu, vliv vývojové
fáze, vliv psychofyzické konstituce (neuropatie, zvýšená afektivita, rozumové funkce, po-
ruchy vůle a svědomí) vliv nedostatečných či nevhodných životních poměrů, vliv chybné
výchovy; c) podle patopsychických pochodů: nezdravá fixace na dospělého
či vrstevníka, asociativní přenášení nevhodných reakcí na nové situace, chybné návyky,
ztráta jistoty, frustrace, afektivní vlivy na tělesné pochody, regres aj.
- ³¹ Viz pozn. 17.
- ³² Případový materiál Dětské psychologické poradny v Brně.
- ³³ Podrobné zdůvodnění schématu vnitřních podmínek osobnosti je uvedeno v připravované
práci o struktuře osobnosti.
- ³⁴ J. B. Furst, *Neurotik — jeho sreda i vnutrennij mir*, II., Moskva 1957 (ruský překlad).
- ³⁵ E. Todte, *Diagnostická činnost v dětské psychiatrii*, Čs. psychiatrie, 1956, str. 142–146.
- ³⁶ C. R. Rogers, *The Clinical Treatment of the Problem Child*, Houghton Mifflin, Boston 1939.

K ТЕОРИИ РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ И ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ

В педопсихологической заботе о ребенке является очень нужным объединение диагности-
ческой терминологии с точным определением сущности отдельных видов психических рас-
стройств.

Между психическими расстройствами образуют своеобразную группу те расстройства
личности и поведения, которые проявляются в воспитательных и учебных затруднениях
и которые обусловлены внешними воздействиями (прежде всего неуместным воспитанием
и плохой средой). В их основе лежат или неуместные навыки реагирования, или до сих пор
не созданные хорошие навыки. Иногда их принимают за неврозы, иногда за психопатию,

В нпыроіі пас аа пеаКТННВве пaccTпо cTБа Н valite Bcepo HX o6o3HaiaioT KaK „пaccTпо cTБа JИHИOCTH H noBeaehHHH". ЗТОТ TepMHH, o«HaKo, He ToieH, TaK KaK OH ofioaHaiaeT нpH3HaKH Bceх BИПOB неHXH<tecKHx пaccTпоitcTB. Ero yHOTpe JieHHe Ha нпaKTHKe нpHBOAHT наcTO K ИHCTOCTHecKHM Omн6KaM H TeM CaMM HaHOCTH BпeB BeTMM.

ABTOP нpefljiaраeT *juia* BbiineynoMHHyopo BHna неHXH^ecKHx пaccTпо cTB HaaBaHHe „дифицилита", КОТопе BKjioiaeT B **ceбн** пaccTпо cTБа xapaKTepa, HeaocTaTKH B noaHaBaTC^bHux H paspoBopHbix neaTe^bHocTHX H Heycnexн B yиKOjie.

ЗTH пaccTпо cTБа нpоHBJiHoTCH B TpyHHOM нpHcнoco6jieHHH пefieHKa K ceMbe, нiKOjie, па6oTe, KOjuieKTHBy H B пемеHHH JИHИHX нpо6jieM. OHH, cjieaoBaTejibHo, xapaKTepн3yoTC>i **boxee** TpyjiHbim coijHaJиbHHM нpHcнoco6jieHHeM. OHH B caMO cBoe cymHocTH oTjи<iaioTCji OT нпыpHx неHXHecKHx пaccTпо cTB. Их HeпaBJieHHe нpоBOHИ-rea неXojioHHeecKHM MeToпaMH. HaaHoa ЗTHX пaccTпо cTB <0Jи>TeH BKjioiaTb juiaрHoa CHMToMaraeCKH , наToreHeTaiecKH H ЗTHO-реHeTHecKH .

B нpHJioxeHHHX aBTOP нpHBOjiHT **ocсop** нpHSHaKOB „дифицилита", HX ЗTHoreHeTHecKHe (JiaKTopп H наToreHeTHecKHe MexaHиAM. **ITepeBeli Hп)KH EпoHeu**

A CONTRIBUTION TO THE THEORY OF PERSONALITY AND BEHAVIOUR DISORDERS IN CHILDREN

Tu pedopsychological care of children there has been an urgent call for the unification of diagnostic terminology and for determining exactly the limits of the substance of the particular kinds of psychical disorders.

Among psychical disorders a characteristic group is formed by those disorders of personality and behaviour that are revealed in educational and instructional difficulties and are conditioned by external influences (above all by unsuitable upbringing and bad environment). Improper habits of reacting or the lack of developed proper habits form their substance. In some cases they are included among neuroses, in other cases among psychopathic or among reactive disorders, while most frequently they are characterized as „personality and behaviour disorders". This term, however, does not exactly express the character of these disorders since it denotes symptoms of all kinds of psychical disorders. The application of this term in practice often leads to errors in diagnosis and, consequently, it harms children.

For the psychical disorders in question the author of this paper proposes to introduce the term *difficility*, which includes also disorders of character, deficiencies of cognitive and communicative processes, as well as failures in school work.

Outwardly, these difficulties are evidenced by difficulties in adaptation to family, school, work, collective, and in difficulties in solving personal problems. Consequently, they result in more difficult social adjustment. Essentially, they differ from the other kinds of psychical disorders. They are treated by psychopedic methods. The diagnosis of difficulties must include symptomatic, pathogenetic, as well as etiogenetic diagnoses.

In the appendix the author lists the symptoms and signs of difficulties, etiogenetic factors and pathogenetic mechanisms of difficulties.

Translated by B. Pavlík.