

Aplikovaná psychologie

Applied Psychology

- Nástin možností psychologického přístupu k pacientům s jaterním selháním
- Psychologie „MY“ Fritze Künkela
- Překonávání bariér snižujících kvalitu a účinnost kolektivního rozhodování
- Rehabilitace v klinické neuropsychologii
- Percepce komunikácie adolescentov s rodičmi v úplnej rodine
- PSPP je vhodný nástroj pre praktického psychológa

- An outline of Possibilities of the Psychological Approach to Patients with Liver Failure
- „WE-Psychology“ of Fritz Künkel
- How to Eliminate the Barriers to Effective Group Decision-Making Process
- Rehabilitation in Clinical Neuropsychology
- The Adolescents' Perception of Communication with Parents in a Complete Family
- PSPP is a Suitable Tool for Practical Psychologist

1.
2/2016



**VYSOKÁ ŠKOLA
APLIKOVANÉ PSYCHOLOGIE**

ISSN 2336-8276

REDAKČNÍ RADA ČASOPISU:

Šéfredaktor:

- Prof. PhDr. Karel Paulík, CSc.

Zástupce šéfredaktora:

- PhDr. Diana Černohorská, Ph.D.

Výkonný redaktor:

- PhDr. Jan Lepeška, Ph.D.

Obálka:

- Dana Martinková

Redakční rada:

- Doc. PhDr. Panajotis Cakirpaloglu, DrSc.
- Prof. PhDr. Marek Franěk, CSc., Ph.D.
- Doc. PhDr. Soňa Hermochová, CSc.
- Doc. PhDr. Marek Preiss, Ph.D.
- PhDr. et Mgr. Štefan Medzihorský
- PhDr. Zuzana Mičková, Ph.D.
- Doc. PhDr. Alojz Ritomský, CSc.
- Prof. PhDr. Evžen Řehulka, CSc.
- Doc. JUDr. Mgr. Joža Spurný, Ph.D.
- PhDr. Ing. Jiří Stýblo, CSc.
- Doc. PhDr. Marta Valihorová, CSc.
- Doc. PaedDr. Mojmír Vážanský, CSc.

Příspěvky zasílejte na adresu: redakce@vsaps.cz

© Vysoká škola aplikované psychologie Praha

Obsah čísla

Editorial	str. 83
NÁSTIN MOŽNOSTÍ PSYCHOLOGICKÉHO PŘÍSTUPU K PACIENTŮM S JATERNÍM SELHÁNÍM PhDr. Jan Lepeška, Ph.D.	str. 84
PSYCHOLOGIE „MY“ FRITZE KÜNKELA PhDr. et PhDr. Jiří Kučírek, Ph.D.	str. 93
PŘEKONÁVÁNÍ BARIÉR SNIŽUJÍCÍCH KVALITU A ÚČINNOST KOLEKTIVNÍHO ROZHODOVÁNÍ Prof. Ing. Zbyněk Pitra, DrSc.	str. 99
REHABILITACE V KLINICKÉ NEUROPSYCHOLOGII Doc. PhDr. Petr Kulišťák, Ph.D.	str. 108
PERCEPCIA KOMUNIKÁCIE ADOLESCENTOV S RODIČMI V ÚPLNEJ RODINĚ Prof. PhDr. Karel Paulík, CSc., PhDr. Zuzana Mičková, Ph.D.	str. 120
PSPP JE VHODNÝ NÁSTROJ PRE PRAKTICKÉHO PSYCHOLÓGA PhDr. Veronika Boleková, PhD., Doc. PhDr. Alojz Ritomský, PhD.	str. 126

Content

Editorial	page 83
AN OUTLINE OF POSSIBILITIES OF THE PSYCHOLOGICAL APPROACH TO PATIENTS WITH LIVER FAILURE PhDr. Jan Lepeška, Ph.D.	page 84
“WE-PSYCHOLOGY” OF FRITZ KÜNKEL PhDr. et PhDr. Jiří Kučírek, Ph.D.	page 93
HOW TO ELIMINATE THE BARRIERS TO EFFECTIVE GROUP DECISION-MAKING PROCESS Prof. Ing. Zbyněk Pitra, DrSc.	page 99
REHABILITATION IN CLINICAL NEUROPSYCHOLOGY Doc. PhDr. Petr Kulišťák, Ph.D.	page 108
THE ADOLESCENTS' PERCEPTION OF COMMUNICATION WITH PARENTS IN A COMPLETE FAMILY Prof. PhDr. Karel Paulík, CSc., PhDr. Zuzana Mičková, Ph.D.	page 120
PSPP IS A SUITABLE TOOL FOR PRACTICAL PSYCHOLOGIST PhDr. Veronika Boleková, PhD., Doc. PhDr. Alojz Ritomský, PhD.	page 126

Editorial

Vážení čtenáři,

s potěšením jsme zaznamenali, že se první číslo časopisu Aplikovaná psychologie/Applied Psychology, který vydává Vysoká škola aplikované psychologie, setkalo s příznivými ohlasy. Redakční rada i vydavatel časopisu si jich velmi váží a zároveň je vnímá jako závazek k dalšímu zvyšování vědecké úrovně časopisu.

Nyní dostáváte do rukou druhé číslo, které jsme pro Vás připravovali v průběhu jarních a letních měsíců.

Naleznete zde články z oblasti psychologie práce, z lékařské psychologie a z dalších psychologických disciplín. Autoři článků jsou převážně psychologové, vysokoškolští pedagogové působící na univerzitách a vysokých školách v Čechách a na Slovensku. Další autoři působí ve vysokém školství v příbuzných oborech, ve kterých uplatňují poznatky z psychologie v praxi antropologie a managementu.

Věříme, že i obsah druhého čísla časopisu bude pro Vás odborně zajímavý, a že se i Vy můžete stát autory článků dalších připravovaných čísel.

Očekáváme Vaše příspěvky.

Jménem redakční rady časopisu:

PhDr. Jan Lepeška, Ph.D.

výkonný redaktor

Nástin možností psychologického přístupu k pacientům s jaterním selháním

An Outline of Possibilities of the Psychological Approach to Patients with Liver Failure

Jan Lepeška

Abstrakt

Jaterní selhání je soubor příznaků způsobených selháním jater. Může být akutní nebo chronické. S chronickým jaterním selháním se setkáváme nejčastěji u pokročilé jaterní cirhózy. Jedná se většinou o terminální stav této jaterní nemoci. Vzhledem ke skutečnosti, že případná transplantace jater představuje náročnou záležitost jak z pohledu dlouhé pořadové listiny příjemců, tak také možných kontraindikací, vyvstává před psychology, lékaři, rodinou a případně týmem paliativní medicíny, nelehký úkol. Symptomatologie nemoci je pestrá, celkové známky jaterního postižení nacházíme jak v laboratorních a zobrazovacích vyšetřeních, tak i při fyzikálním vyšetření pacientů. Předkládáme zde základní stručné informace o průběhu jaterní nemoci a též nástin vhodné psychologické spolupráce s nemocnými a jejich rodinami.

Abstract

The disease defined as liver failure in most cases represents a long-term severe psychological and physical stress for the patient. Liver failure is a set of symptoms caused by liver failure. It may be either acute or chronic. Chronic liver failure can be most commonly encountered in patients with advanced liver cirrhosis. In most cases, this liver disease is in the end-stage. Clinical presentation of the disease is varied, the overall signs of liver disability are found both in the laboratory and imaging tests, as well as during physical examination of patients. Without liver transplantation, the prospect of full recovery are negligible at this stage of the disease. Due to the fact that liver transplantation is a complicated matter from the perspective of a long waiting list for the candidates, as well as the possible contraindications, it becomes a formidable task for psychologists, doctors, family and the eventual palliative care team. Symptoms of the disease include a wide range of specific physical and psychological difficulties, which, sometimes combined with the etiology of the disease make it one of the most challenging medical and ethical tasks. Due to the nature of the disease, sensitive psychological care and the functional relationship between the doctor and the patient are invaluable at this stage. This article tries to outline the essential points of the disease characteristics and emphasize the complications in the psychological state of the patient during the progression of the disease.

Klíčová slova

Jaterní selhání, paliativní péče, jaterní encefalopatie, delirium

Key Words

Liver failure, paliativ care, hepatic encephalopathy, delirium

Játra jsou nepárovým orgánem, největším orgánem lidského těla, který má nezastupitelnou roli v organismu. Jsou centrálou prakticky všech metabolických pochodů v těle, produkují a přeměňují základní stavební sloučeniny pro organismus. Hrají klíčovou roli v metabolismu sacharidů, tuků a bílkovin. Podílejí se na trávení produkcí žluči a mají i funkci endokrinní, kterou je tvorba hormonů. Játra jsou též zásobárnou, kde se ukládají např. glykogen, železo a některé vitamíny. Jediněná je též jejich detoxikační funkce při metabolismu xenobiotik a toxických metabolitů. Játra mají navíc též významnou regenerační schopnost a kapacita jejich výkonu je značná. Lze konstatovat, že reziduální

pětina zdravé tkáně v nemocných játrech ještě udrží metabolismus člověka v relativně uspokojivém stavu. Vzhledem k vlastnostem jater představuje jejich chronické onemocnění závažný stav.

Ke stanovení diagnózy jaterního postižení jsou užívány základní vyšetřovací metody běžné ve standardní klinické praxi. Tuto skupinu vyšetření tvoří vyšetření krevního obrazu, srážlivosti krve, tzv. jaterní testy a spektrum krevních bílkovin. Současně je nutné též vyšetření ledvinných parametrů, hladin základních minerálů (Na, K, Cl) v krvi. Tyto případné abnormální parametry však nestačí pro stanovování konečné diagnózy. Je nutné pátrat po příčině nemoci. Chronická onemocnění jater vznikají na podkladě autoimunitního postižení (autoimunitní hepatitida, primární biliární cirhóza), na podkladě nevyléčené chronické virové hepatitidy (virový zánět jater) typu B nebo C, dále pak na podkladě nadbytečného střádání železa (hemochromatóza) nebo mědi (Wilsonova choroba).

První místo u jaterního postižení však trvale zaujímá alkoholické postižení jater. Vzhledem k uvedeným nejčastějším příčinám nemoci jsou pak doplňována speciální laboratorní vyšetření (například ALT, AST, LD, GGT, AFP¹. U podezření na Wilsonovu chorobu se zjišťuje sérový ceruloplazmin, u biliární jaterní cirhózy AMP² a u autoimunitní hepatitidy ANA³. U jednotlivých hepatitid pak HAV, HBV a HCV). Kromě krevních testů by mělo probíhat i vyšetření například ultrazvukem, MR,⁴ CT,⁵ MRA,⁶ ERCP,⁷ PTC,⁸ MRCP⁹ či Hepatální scintigrafie. Nejpřesnější diagnostickou metodou však zůstává biopsie (buď vpichová, transvenózní, či chirurgická). Nákladnější možností ke stanovení jaterní funkce jsou také dechové zkoušky. Při testu se využívá izotop ¹⁴C značený aminopyrin,¹⁰ který je mikrozomálním systémem cytochromu P450¹¹ metabolizován na oxid uhličitý. Vydýchaný ¹⁴CO₂ koreluje s množstvím zdravé jaterní tkáně. Může být ale ovlivněn i BM¹² a některými léky.¹³

Cirhózu lze definovat jako konečné stadium v důsledku fibrózy jaterního parenchymu, vyústějícího do uzlové přestavby jater, což následně vede k poruše jaterních funkcí. Chronické zánětlivě-nekrotické změny aktivují Kupfferovy buňky, které vylučují řadu cytosinů,¹⁴ stimulačních hvězdicové buňky. Fibrózu ještě lze považovat za potenciálně reverzibilní proces, kdy za zlomový okamžik k cirhóze je považována stimulace a následná transformace hvězdicových buněk, v místě zánětlivě-nekrotické reakce na myofibroblasty,¹⁵ produkující v nadměrné míře mezibuněčnou hmotu – ECM.¹⁶

Nutno primárně podotknout, že neexistuje cílená léčba pro zlepšení jaterní tkáně. Existuje léčba pomocná, podpurná, která tkví v podávání ostropestřce mariánského, či jeho složky silymarinu, esenciálních fosfolipidů, či léků působících proti vazivové přeměně jater.

Na příkladu chronického jaterního selhání z příčin abusu alkoholu, lze rozvinout i možnosti psychologického přístupu a podpory nemocného a jeho blízkých v jednotlivých fázích nemoci. Stanovování diagnózy alkoholického postižení jater, po vyloučení všech možných jiných příčin nemoci je relativně jednoduché. Nutno však počítat s tím, že i alkoholik může mít autoimunitní postižení, či

¹ ALT – alaninaminotrasferáza; AST – aparátaminotrasferáza; LD – laktátdehydrogenáza; GGT – gama-glutamyltransferáza; AFP – Alfa-fetoprotein

² AMP – antimitochondriální protilátka

³ ANA – antinukleární protilátky

⁴ MR - magnetická rezonance

⁵ CT (computed tomography) – výpočetní tomografie

⁶ MRA – MR angiografie

⁷ ERCP (endoscopic retrograde cholangiopancreatography) – endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie

⁸ PTC (percutaneous transhepatic cholangiography) – perkutánní transhepatální cholangiografie

⁹ MRCP – MR cholangiopankreatikografie

¹⁰ radioaktivní izotop uhlíku; aminopyrin: analgetikum a antipyretikum

¹¹ cytochrom P450 – označuje rozsáhlou skupinu hemoproteinových enzymů

¹² BM – bazální metabolismus – jedná se o množství energie vydané v klidovém stavu v teplotně neutrálním prostředí na lačno

¹³ Češka, R. a kol. (2015) *Interna*. Praha: Triton, s. 464.

¹⁴ jedná se o molekuly, jež přenáší důležité informace a mají vliv například na regulaci růstu, dělení či obranyschopnosti buňky

¹⁵ buňky pojivové tkáně

¹⁶ ECM – Extracelulární matrix, skládá se z proteinů, glykosaminoglykanů a glykoproteinů.

chronický virový zánět jater – žloutenku typu B či C. Na základě všeobecně užívané odborné klasifikace se hodnotí stupeň jaterního postižení. U alkoholiků nejprve vzniká alkoholické ztučnění jater, které pozvolna přechází v chronický alkoholický zánět jater – steatohepatitidu.

Při trvání alkoholismu pak dochází nejprve k vazivové přestavbě jaterní tkáně a nakonec k rozvoji jaterní cirhózy. Struktura jaterní tkáně je změněna, tvoří se cirhotické uzly a funkční tkáně jater ubývá. Přestavbový proces jater pokračuje. Existují různé klasifikace jaterního postižení. Nejčastěji je užívána klasifikace dle autorů Childa a Pugh, která vychází z hlavních laboratorních změn a dobře hodnotí aktivitu nemoci a stupeň postižení jater. Rozeznává se stupeň A, B a C. Tato klasifikace funkčního postižení je založena na skórovacím systému pro hodnoty bilirubinu (žlučového barviva), albuminu, protrombinového času, přítomnosti a velikosti ascitu (tekutiny v břiše) a stupni jaterní encefalopatie.

Je-li zjištěna diagnóza cirhózy alkoholikovi ve stadiu Child-Pugh A, je naděje na kvalitní život výborná, vzhledem k regenerační schopnosti jater. Tito nemocní při dodržení striktní abstinence mohou žít bez výraznějšího omezení. Zde hraje zásadní roli setrvávání v abstinenci a podpora rodiny, psychologická pomoc, ale též přístup a podpora ošetřujícího lékaře. Pokud je onemocnění zachyceno v časných fázích, je možné nemocnému pomoci nejvíce. Záleží především na complianci nemocného. Pokud nemocní nedodržují doporučený hepatoprotektivní režim, (nebo je příčinou cirhózy jiné neovlivnitelné onemocnění), cirhóza přechází do stadia Child-Pugh B. Toto stadium může dlouhodobě přetrvávat, zvláště u nemocných, kteří abstinují nepravidelně. V tomto stadiu se již klinicky trvale projevuje výraznější slabost, časná únavnost, prodloužení protrombinového času (parametru krevní srážlivosti), mírný ascites a samozřejmě i celkové projevy nemoci. Jsou patrné změny fyziognomie, malinové rty, dilatované cévy v podkoží tzv. pavoukovité névy, mírná žloutenka, otoky nohou, zhoršená srážlivost krve a mírné změny psychiky. I v tomto stadiu je u většiny nemocných možný návrat do stadia Child-Pugh A při komplexní péči, která tkví v dodržování totální abstinence a léčby všech příznaků nemoci. Pokud ale nemocný nespolupracuje, nedodržuje léčebná doporučení, cirhóza progreduje a přechází do klinického stádia a funkční třídy Child-Pugh C.

Nemocný s jaterní cirhózou ve stadiu Child-Pugh C má projevy kompletně rozvinutého onemocnění se všemi důsledky vyplývajícími ze „ztvrdnutí“ jater a ztráty funkční jaterní tkáně. Metabolické funkce jsou redukovány vzhledem k výrazné redukci funkce jater. Porucha tvorby bílkovin se projevuje jak atrofii svalů, tak v hladinách krevních bílkovin – nedostatku albuminu a vysokých gamaglobulinů. Snížená hladina tvorby faktorů krevní srážlivosti má za následek prodloužené krvácení z ran. Vzhledem ke změnám jater jimi obtížně protéká krev přiváděná vrátnicí (portální žílou). Tato vrátnicová (portální) hypertenze má za následek snahu organismu překážku obejít a krev proudí žilními spojkami mezi jaterním a celkovým žilním oběhem. Jsou to především jícnové varixy (křečové žíly v jícnu), žilní spojky v podkoží břicha. Také je urychlený krevní oběh mezi játry a slezinou. Ve slezině tak dochází k rychlejšímu odbourávání krevních elementů. Nejčastěji se u nemocných objevuje nízký počet krevních destiček. Játra nestačí zpracovat žlučové barvivo a pacient tak mívá žloutenku. Probíhá nedostatečná detoxikace hormonů, mužům se zvětšují prsa.¹⁷ Toxické metabolity nejsou všechny zpracovány v játrech, především amoniak pak má vliv na rozvoj jaterní encefalopatie – postižení mozku.

Například u alkoholického onemocnění jater je smutným faktem, že po relativně dlouhý čas na odpovídající léčbu (pokud není efektivně využito), jaterní onemocnění progreduje od fáze jaterní steatózy, přes akutní alkoholickou hepatitidu až k alkoholické fibróze a cirhóze. Při souběžné psychiatrické léčbě může alkohol měnit účinnost psychofarmak tím, že mění jejich biologickou dostupnost, aktivuje enzymy, které mohou ovlivňovat metabolismus některých léků po dobu až několika týdnů po vysazení alkoholu. To může vyvolávat potřebu vyšší dávky, než je potřebná a enzymy aktivované při chronické konzumaci

¹⁷ odb. gynekomastie.

alkoholu mohou některé léky přeměnit na toxické chemické látky, které mohou, kromě jiného, dále poškodit játra a celý metabolismus.¹⁸

Zásadní nebezpečí však představuje jaterní encefalopatie. Pročke uvádí pět stupňů JE,¹⁹ které v základu začínají od latentního průběhu, přes mírnou poruchu pozornosti, spánku, letargie, apatie, dezorientace, somnolence vedoucí až k soporu a komatu. Každý stupeň vyžaduje pečlivé sledování, ve vyšších stupních přísný lékařský dohled, ale také obeznámení rodiny s možnými komplikacemi. Tato skutečnost nebývá vždy plně dodržována a měl by na tuto skutečnost myslet i psycholog, který s pacientem pracuje. Může dojít ke vzniku situace, kdy rodina alkoholika snadno zamění známky opilosti s JE, která poté může mít pro nemocného fatální zdravotní následky, včetně psychického traumatu jeho rodinných příslušníků.

Pro laika komplikuje situaci skutečnost v tom, že u alkoholismu dochází ke zvýšení tolerance k alkoholu pouze zpočátku rozvoje závislosti. V pokročilých stádiích naopak bývá přítomna spíše snížená tolerance, v důsledku rozsáhlého poškození jater.²⁰ Tuto domněnku podporuje i Brodanová s Kordačem.²¹ JE totiž mohou připomínat latentní psychózy náhle manifestované, (např. paranoia nebo maniodeprese). Pro nemocného je velkým nebezpečím i opačný postup, kdy se může náhle ocitnout nejdříve na psychiatrickém oddělení, kde jej nesprávná diagnóza může reálně ohrozit na životě.²² Zvýšenou opatrnost je nutné udržovat i vzhledem k typu zaměstnání nemocného, (například u řidičů z povolání), a to již u subklinických encefalopatií, u cirhotiků, včetně kompenzovaných cirhóz.

Z pohledu anamnézy, ale i prognózy, má velký význam zejména vyšetření evokovaných potenciálů, EEG. Dobře dostupný je tzv. NCT²³ a zkouška apraxie, kde se užívá složení jednoduchého obrazce, např. ze zápalek.

Nadměrná zátěž nemocných pak může vést k rozvoji změn v CNS.²⁴ V případě přetrvávajícího abúzu alkoholu přichází pro léčbu do úvahy (kromě farmakoterapie) využití kognitivně-behaviorální terapie, skupinové, rodinné či individuální.²⁵

Bez ohledu na etiologii, však JE představuje mimořádně nebezpečnou komplikaci, neboť toxické substance z GI traktu pronikají ve zvýšené míře do CNS a vedou k vyvolání celého souboru neuropsychiatrických poruch. Přesná etiopatogeneze tohoto procesu není známa, ale mezi vyvolávající faktory lze zařadit působení amoniaku, GABA,²⁶ SCFA,²⁷ merkaptanů²⁸ a dalších.²⁹ Léčba je vysoce problematická. Zlatý standard představuje zejména laktulóza³⁰ nebo lokálně účinkující ATB.³¹

V případě jaterního selhání se mohou u pacienta objevit stavy kvantitativně i kvalitativně narušeného vědomí.

U kvantitativně narušeného vědomí lze uvést výše uvedené stavy somnolence (chorobná ospalost), soporu (k vědomí lze přivést pacienta jen silnými podněty), somatoneurologické poruchy (zpomalení dechu, tepu, krevního tlaku) a kómatu (pacienta lze – za určitých okolností – probat již jen

¹⁸ Popov, P. (2014) Vliv alkoholu na léčbu psychofarmaky, in: *Psychiatrie, časopis pro moderní psychiatrii*, roč. 18, Tigis, Supplementum 1, s. 27.

¹⁹ Drábek, J.; Pročke, M.; Šťovíček, J. (2012) *Vybrané kapitoly z hepatologie*. Praha: Karolinum, s. 65.

²⁰ Ehrman, J.; Hůlek, P. (2014) a kol. *Hepatologie*. Praha: Grada, s. 345.

²¹ Brodanová, M.; Kordač, V. (1993) *Klinická hepatologie*. Praha: Grada.

²² c.d. s. 161.

²³ NCT – number connecting test, jedná se o test spojování čísel, parametrem je čas potřebný k jeho vyhotovení

²⁴ c.d. s. 185

²⁵ Ehrman, J.; Hůlek, P. (2014) a kol. s. 349-350.

²⁶ GABA = Kyselina γ -aminomáselná

²⁷ SCFA = short-chain fatty acids, mastné kyseliny s krátkým uhlíkovým řetězcem

²⁸ thiolové sloučeniny

²⁹ Drábek, J.; Pročke, M.; Šťovíček, J. (2012), s. 65.

³⁰ laktulóza – synteticky vyráběný disacharid

³¹ K léčbě lze využít neomycin, který je však vysoce nefrotoxický a rifaximin.

lékařským zákrokem). Kvalitativně narušené vědomí pak spojujeme s deliriem, amencí (zmatenost) a obnubilací (mráкотný stav).³² Psychický život je dezorganizován. Postiženo je zejména vnímání a objevují se snové halucinace, pozornost je roztržena, velmi trpí i emotivita. Nemocný se vyjadřuje zmateně, nesouvisle. Nutností je již psychiatrická intervence. U pacientů s deliriem je, kromě farmakoterapie, stejně důležitý i přístup ošetřujícího personálu k pacientům, který musí být věcný, energický a důsledný. Pokora zdůrazňuje, že v této fázi nemoci „všechny pokusy o „psychoterapii“ jsou předem odsouzeny k nezdaru.“³³

Nemocný s jaterním selháním se musí potýkat s dalším diskomfortem, který se objevuje v pokročilém stadiu nemoci – s otoky a ascitem. Ascites vzniká intenzivní filtrací krve skrze kapiláry v důsledku zvýšení tlaku v řečišti portální žíly, která odvádí krev do jater s přispěním poklesu nasávacího onkotického tlaku³⁴ v důsledku snížení koncentrace plazmatických bílkovin.³⁵ Základní terapeutickou snahou po průkazu ascitu je navození negativní bilance sodíku a vody. Negativní bilance 140 mmol natria je obvykle provázena ztrátou 1 litru vody.³⁶ Je nezbytné zajistit snížení přívodu NaCl. Nesmí však dojít k rychlému odvodnění. Abychom měli o diskomfortu lepší představu, za fyziologických podmínek se v játrech tvoří přibližně 1 litr lymfy za den, při portální hypertenzi může toto množství dosáhnout až 20 litrů/den.³⁷ S výskytem ascitu je navíc spojeno další riziko – spontánní bakteriální peritonitida. Jedná se o bakteriální infekci ascitické tekutiny. Lze o ní hovořit tehdy, když počet leukocytů stoupne nad 500/mm³ nebo neutrofilních granulocytů nad 250/mm³ ascitu.³⁸

Jaterní encefalopatie a ascites představují pro nemocného i jeho rodinu enormní zátěž. Pokud bychom se pokusili přiblížit denní rytmus nemocného a jeho rodiny v domácí péči, lze dospět k závěru, že pacient i jeho rodina budou velmi brzy trpět vážnými psychickými problémy. V následujících řádcích se uvádíme nejmenovaný možný příklad z praxe.

Z pohledu nemocného se ranní hodiny po probuzení jeví jako relativně klidnější doba. Otoky dolních končetin mohou být výrazně menší a bez výraznějších problémů nemocný komunikuje. I přes dietní opatření je například ve fázi nemoci při skóre Child-Pugh C, již často přítomna nauzea.³⁹ Pokud však nemocný trpí velkým ascitem, stává se pro něj pohyb velmi obtížným.⁴⁰ V sedací poloze dochází v důsledku choroby (již v dopoledních hodinách) rychle k otokům dolních končetin, které v kombinaci s ascitem téměř znemožňují nemocnému pohyb i v domácím prostředí. Tento stav se velmi negativně projevuje na jeho celkovém psychickém stavu, neboť zvládání i základních hygienických potřeb vyžaduje od nemocného/pacienta velké úsilí, které se často neobejde bez pomoci druhých. Zejména v případě diuretik může docházet k inkontinenci. V častých případech je nutné použít hygienické kalhotky nebo pleny, které sice řeší akutní potřebu, ale zároveň je včas nutné zajistit řádné omytí intimních partií, neboť hrozí nebezpečí vzniku zánětu močových cest, zejména v důsledku rozšíření bakterií typu E. coli. Další komplikací může představovat samotná defekace, neboť při pravidelném užívání a vyšších dávkách laktulózy⁴¹ (až 6 polévkových lžic/den) mohou být laxativní účinky velmi rychlé, což v případě omezení pohyblivosti vede k chronické psychické zátěži.

V odpoledních a večerních hodinách se stupňuje chronická únava. Mohou se objevit zjevné známky JE s nauzeou a odmítáním stravy a velmi často dochází k intenzivnímu svědění kůže v důsledku

³² Dušek, K.; Večeřová-Procházková, A. (2010) *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada.

³³ Lata, J.; Vaňásek, T. (2005), kap. 4.7., s. 129.

³⁴ onkotický tlak – je osmotický tlak způsobený bílkoviny, O.t. nitrobuňkových bílkovin zajišťuje objem intracelulární tekutiny

³⁵ Vokurka, M. a spol. (2008) *Patofyziologie pro nelékařské obory*. Praha: Karolinum, s. 75.

³⁶ poklesem hmotnosti o 1 kg

³⁷ Ehrman, J.; Hůlek, P. (2014) a kol., s. 199.

³⁸ Ehrman, J. Jr.; Schneiderka, P.; Ehrman, J. (2006) *Alkohol a játra*. Praha: Grada, s. 97.

³⁹ nauzea – pocit na zvracení.

⁴⁰ Objemný ascites zvedá bránici a nemocným se vleže špatně dýchá.

⁴¹ v souvislosti s výskytem JE

pokročilého ikteru. Částečnou úlevu mohou navodit antihistaminika či mentolové masti. Častá denní ospalost pak vede v noci k výrazným poruchám spánku. Užití hypnotik je problematické, neboť zvyšují riziko vzniku JE.

V této fázi nemoci může být též přítomný přechodný vzestup tělesné teploty – horečka, a to bez výraznějších průvodních příznaků. Horečka má velmi rychlý nástup, v řádu několika minut.

Cílem uvedeného příkladu z praxe bylo zdůraznit, jakým náročným a vyčerpávajícím způsobem se musí nemocný a jeho rodina každodenně vypořádávat s nemocí.

Jestliže se zdravotní stav pacienta průběžně zhoršil, zvláště s transparentním projevem JE, zůstává jediným řešením hospitalizace, s cílem pokusit se stabilizovat nastalý stav. V kritických případech přímo na metabolické jednotce. V nemocnici se pacient musí vypořádat se skutečností, že vztah pacient – lékař je vždy asymetrický. U lékaře v dialogu převládá často paternalistický přístup. U něj může vzniknout nepříjemná situace, kdy se lékař zajímá o nemoc a nikoliv o duševní stav pacienta.⁴² V každém případě je nutné, aby lékař měl na paměti, že medicína bez psychologie, přestává být medicínou lidské bytosti. Rovněž je potřebné rozvíjet a kultivovat i empatii lékaře.

Již po krátké hospitalizaci se mohou u pacienta rozvinout čtyři základní problémy chování: rezignace, narušení pravidel, protest a příjem omezení jen jako přechodný jev. Lékař naopak musí brát zřetel na jeho tělesné, psychické a sociální potřeby. Aby mohla vzniknout vzájemná důvěra, měl by lékař pacientovi před složitým vyšetřením (pokud to zdravotní stav pacienta umožní) popsat jeho průběh, vysvětlit nutnost zákroku, umožnit prostor pro otázky, podat přesné instrukce a informovat jej o opatřeních.⁴³

V případě jaterní cirhózy a jaterního selhání jsou však léčebné postupy značně omezené. Konzervativní léčbou již v této fázi nemoci nelze dojít k úplnému uzdravení. Jediným řešením zůstává transplantace jater, při které však vyvstává řada problémů, mj. i výrazně etických. Obecné indikace k transplantaci jater jsou dobře známy, což však neulehčí duševní situaci kupříkladu pacientovi v terminální fázi chronického jaterního onemocnění ve funkční třídě Child-Pugh-C.

Například v Kupkově práci nalzáme u pacienta pět stádií přijetí nevléčitelné nemoci: 1/ zjištění nemoci; 2/ popření (stažení do izolace); 3/ období zloby – agrese; 4/ období smlouvání; 5/ akceptace skutečnosti.⁴⁴ Bez ohledu na reálnost celkového vyléčení je třeba zvýšeně dbát na základní zásady důstojnosti a vyhnout se neprofesionálnímu chování, jež se v nemocničním prostředí, zvláště u umírajících pacientů, ne vždy přísně dodržuje. Mezi typické rysy neprofesionálního chování, které snižují pacientovu důstojnost, patří například zabývání se pouze „materiální“ stránkou péče, nevšímavost, nerespektování potřeb soukromí při poskytování intimní péče, hovor o někom v jeho přítomnosti, jako by tam nebyl, neposkytnutí pacientovi prostor pro rozhovor, nezaklepání na dveře před vstupem do místnosti a další. Jestliže se vývoj nemoci průběžně zhoršuje, přichází pro nemocného v úvahu využití paliativní péče.⁴⁵ Psychologické přístupy k pacientovi by v tomto případě měly pružně reagovat na tři hlavní fáze vývoje nemoci:

- 1) Kontrolované onemocnění (snaha udržet nastalý stav);
- 2) Fáze zlomu (onemocnění přestává reagovat na kauzální léčbu – zhoršení celkového stavu);
- 3) Terminální fáze (multiorganové selhání – poslední dny, týdny života).

⁴² Weiss, P. (2011) *Etické otázky v psychologii*. Portál.

⁴³ Vymětal, J. (2003) *Lékařská psychologie*. Portál.

⁴⁴ Kupka, M. (2014) *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha, Grada.

⁴⁵ Kromě jaterní cirhózy, týká se například diagnostických skupin nemocných s nádorovým onemocněním, konečného stádia srdečního selhání, CHOPN, onemocněním ledvin, neurologického onemocnění, polymorbidních geriatrických pacientů, pacientů s AIDS a pacientů ve vegetativním stavu

Práce s pacienty v paliativní léčbě je mimořádně náročná a klade vysoké nároky jak na lékaře, psychology, tak i na celý tým odborníků. Z pohledu pacienta se objevují různé psychické a psychiatrické syndromy – strach, úzkost, smutek a deprese. V této oblasti léčby je u deprese dobré mít na paměti její biologické podněty, které jsou nejčastěji neurologické, cerebrovaskulární, metabolické, endokrinní, infekční, ale také například vycházející z léčby antihypertenzivy.⁴⁶ Velmi častým jevem je také delirium, kterým trpí v paliativní léčbě až dvě třetiny nemocných. Pro jeho zjištění lze využít například test pro hodnocení funkčního kognitivního stavu MMSE.⁴⁷ Nevýhodou představuje to, že neumožňuje přesně rozlišit delirium a demenci.⁴⁸

Kromě farmakologické terapie lze užít i nefarmakologické postupy, kdy s pacientem probíhá jasná a srozumitelná komunikace (vhodný je častý kontakt v kratších úsecích), pacient nebude zatěžován náhlým zvukem a světlem, k pohodlí může pomoci i nižší lůžko. Samozřejmostí by mělo být zajištění uklidňujícího prostředí. Pokud okolnosti dovolí, je vhodné zajistit stabilní pečovatele, ale všítat si i drobností, jako jsou korekční pomůcky, či známé předměty nemocného. Mají-li zdravotníci poskytovat pacientům v této fázi choroby optimální psychologickou péči, měli by mít vynikající schopnosti a dovednosti v komunikaci s lidmi. Pro pacienta v této fázi, může být postačující i přítomnost pečujícího empatického odborníka, který je schopen citlivě poskytnout otevřené a pravdivé informace.⁴⁹

Jaterní cirhóza v některých případech vede ke vzniku karcinomu jater. Léčba je v této fázi onemocnění individuální dle stupně, lokality a rozsahu postižení jater zhoubným nádorem.

Nabízí se lokální ošetření ložiska nádoru v játrech, nebo jeho odstranění – excise, či transplantace jater. V případě rozvinuté nemoci dochází ale často k rychlému rozsevu druhotných ložisek nádoru (metastáz) v celém organismu.

Vedle farmakoterapie je nutné zajistit i rehabilitaci léčebnou, sociální, pedagogickou, a pokud pacient je zdravotně ještě fyzicky schopen, i pracovní. V některých případech lze uplatnit i behaviorální trénink. Může pomoci systematická desenzibilace, relaxační metody, či biofeedback.⁵⁰ Vždy však záleží na aktuálním stavu pacienta.

V posledních týdnech pacientova života často komplikuje terapeutickou práci jeho dušnost. V paliativní léčbě je přítomna u 50 – 80% nemocných. Příčinou může být metabolická acidóza, jež se kromě jaterního selhání, může objevit například i u ledvinového (symptomatologie bývá přítomna až u poklesu pH pod 7,2), která se kromě jiných symptomů může projevovat psychickými změnami, jako jsou zmatenost, spavost až kóma.

Jaterní selhání tak může dospět do finální fáze, jaterního komatu. Jedná se již o nejtěžší formu JE, provázející akutní jaterní selhání nebo terminální stadium chronické jaterní nedostatečnosti. Situaci komplikuje často se vyskytující mozkový edém, který je diagnostikován až u 80% zemřelých. Nástup může být i pozvolný, přes jednotlivé fáze JE. Nastává porucha vědomí, celkový neklid, nesrozumitelný slovní projev, nekoordinované pohyby, agresivita, flapping tremor,⁵¹ foetor hepaticus,⁵² svalové záškuby. V další fázi pak rigidita, spasticita,⁵³ bloudivé pohyby očních bulbů, následně se přidává porucha dechu až dechová zástava, hypotenze,⁵⁴ oběhové selhání, srdeční arytmie. Léčba je již velmi obtížná. Příčinnou léčbou je transplantace jater. Jestliže to okolnosti nedovolují, pak již pouze obecná léčba akutního

⁴⁶ u pacientů s přidruženým onkologickým onemocněním také s chemoterapeutiky

⁴⁷ MMSE – Mini Mental State Exam, orientační diagnostický test kognitivních funkcí.

⁴⁸ Sláma, O.; Kabelka, J.; Vorlíček, J. a kol. (2011) *Paliativní medicína pro praxi*, Galén.

⁴⁹ Payneová, S.; Seymourová, J.; Ingletonová, Ch. (2007) *Principy a praxe paliativní péče*, Společnost pro odbornou literaturu.

⁵⁰ Vorlíček, J.; Adam, Z. A kol. (1998) *Paliativní medicína*, Grada.

⁵¹ je působen náhlým a krátkodobým výpadkem svalového tonu

⁵² specifický zápach z úst spojený s jaterním selháním

⁵³ stav zvýšeného svalového napětí

⁵⁴ nízký tlak krve v tepnách

jaterního selhání.⁵⁵ Tento stav je charakteristický narůstající celkovou slabostí a únavou, prodloužením denního spánku, halucinacemi, odmítáním jídla a pití, nepravidelnosti dýchání či případného chrčení, změn ve vizáži, periferní cyanózou na končetinách, mramorovou kůží, atd.⁵⁶ U jaterního selhání tvoří v této fázi pro nemocného, lékaře, ošetřující personál i rodinu mimořádnou psychickou zátěž progres nemoci do hepatorenálního syndromu,⁵⁷ kde se jeví potřeba psychologické péče jako mimořádně nutná.

Doba těsně po smrti pacienta je jednou z nejtěžších, kterou musí rodina zemřelého prožít. Z pohledu lékaře je nutné zabránit vlastnímu etickému selhání. Informace o úmrtí pacienta by měly být proto stručné a srozumitelné. Lékař by měl vysvětlit průběh nemoci, komplikace a okolnosti smrti pacienta.⁵⁸ V době krátce po úmrtí by však měl být připraven na rozličné prvotní reakce rodinných příslušníků, mezi které můžeme zařadit například skleslost, apatii, pocit prázdnoty, automatické chování, depersonalizace aj. Lékař by měl také umožnit pozůstalým, aby vyjádřili svoje emoce.⁵⁹

Souhrn

Péče o pacienty s jaterním selháním vyžaduje mimořádně náročný etický přístup od lékařů, nemocničního personálu, sociálních pracovníků a zejména rodiny. Předložený článek je pokusem, ve velmi omezené míře, poukázat na charakteristiku nemoci a zdůraznit nejdůležitější aspekty, které postihují nemocného v průběhu jednotlivých fází choroby. Vzhledem k povaze onemocnění, velkému množství rozličných komplikací a k špatným vyhlídkám pro celkové uzdravení, se jeví jako nezbytné přistupovat k pacientům s jaterním selháním komplexně. V pozdních fázích onemocnění zůstává jedinou možností k úplnému uzdravení právě transplantace. Komplikace s tím spojené jsou stále natolik závažné, že prodloužení života pacienta je často spojeno již pouze s konzervativní léčbou, případně s paliativní péčí. I přes nepopiratelný posun vpřed, oproti minulosti, se pacientům a jejich rodinám v mnoha případech i nadále nedostává dostatek relevantních informací o možnosti využití paliativní péče, a tak je stále vysoké procento nemocných odkázáno pouze na formu péče nemocniční.

Použitá literatura:

- Brodanová, M., Kordač, V. (1993) *Klinická hepatologie*. Praha: Grada.
- Češka, R. a kol. (2015) *Interna*. Praha: Triton.
- Drábek, J., Pročke, M., Šťovíček, J. (2012) *Vybrané kapitoly z hepatologie*. Praha: Karolinum.
- Dušek, K., Večeřová-Procházková, A. (2010) *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada.
- Ehrman, J., Hůlek, P. a kol. (2014) *Hepatologie*. Praha: Grada.
- Ehrman, J. Jr., Schneiderka, P.; Ehrman, J. (2006) *Alkohol a játra*. Praha: Grada.
- Chopra, S. (2001) *Játra*. Praha: Pragma.
- Janáčková, L., Weiss, P. (2008) *Komunikace ve zdravotnické péči*. Portál.
- Kupka, M. (2014) *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada.
- Lata, J., Vaňásek, T. (2005) *Kritické stavy v hepatologii*. Praha: Grada.
- Payneová, S., Seymourová, J., Ingletonová, Ch. (2007) *Principy a praxe paliativní péče*. Společnost pro odbornou literaturu.
- Sláma, O., Kabelka, J., Vorlíček, J. a kol. (2011) *Paliativní medicína pro praxi*. Galén.
- Vokurka, M. a spol. (2008) *Patofyziologie pro nelékařské obory*. Praha: Karolinum.
- Vorlíček, J., Adam, Z. A kol. (1998) *Paliativní medicína*. Praha: Grada.

⁵⁵ Brůha, R. (2001) *Jaterní encefalopatie*. in: Postgraduální medicína., 8/2001, s. 896.

⁵⁶ Sláma, O.; Kabelka, J.; Vorlíček, J. a kol. (2011), c.d.

⁵⁷ hepatorenální syndrom – jedná se o funkční selhání ledvin, může vzniknout při pokročilé fázi jaterního onemocnění s přítomností portální hypertenze

⁵⁸ Weiss, P. (2011), c.d.

⁵⁹ Janáčková, L., Weiss, P. (2008) *Komunikace ve zdravotnické péči*, Portál.

- **Vymětal, J. (2003)** *Lékařská psychologie*. Portál.
- **Weiss, P. (2011)** *Etické otázky v psychologii*. Portál.

Časopis

- **Brůha, R. (2001)** *Jaterní encefalopatie*. in: Postgraduální medicína, 8.
- **Popov, P. (2014)** *Vliv alkoholu na léčbu psychofarmaky*, in: Psychiatrie, časopis pro moderní psychiatrii, roč. 18, Tigis.

O autorovi:

PhDr. Jan Lepeška, Ph.D.

Absolvent doktorského oboru Integrální studium člověka Obecné antropologie na FHS UK v Praze, v současné době působí jako odborný asistent a vědecký tajemník na Vysoké škole aplikované psychologie, pedagogicky působí také na Ústavu jazykové a odborné přípravy Univerzity Karlovy v Praze. Je výkonným redaktorem časopisu Aplikovaná psychologie/Applied Psychology.

Psychologie „MY“ Fritze Künkela

„WE-Psychology“ of Fritz Künkel

Jiří Kučírek

Abstrakt

Příspěvek připomíná 60 let od smrti Fritze Künkela (1898–1956), německého psychiatra a psychologa, který se zabýval hlubinnou psychologií a byl téměř neznámým osobním žákem A. Adlera. Psychologie „MY“ byla formulována v kontextu zaměření individuální psychologie a sleduje vzájemnou souvislost mezi zakotveností člověka a společnosti v životním prostoru, přírodě. Pozornost je věnována vymezení psychologie „MY“ psychologie z úhlu fylogeneze a „MY“ jako zážitku v psychohistorii jedince. Jde o nalezení souvislostí a myšlenkových inspirací mezi A. Adlerem, ale také paralelou s psychosociálními vývojovými stádii E. Eriksona, nebo M. Bálinta, narcismem H. Kohuta, Daseinsanalýsou M. Bosse, antropologickou psychoterapií V. v. Gebstella, či transakční analýzou E. Berneho. Současně lze nahlédnout sociálněfilosofické koncepce v oblasti sociologie (F. Toennies) a inspirující psychologii. F. Künkel oprávněně patří mezi uvedené autory a jeho psychologie „MY“, je paralelou interpretací řešení permanentního problému: vztahu jedince a společnosti.

Abstract

Post recalls the 60 years since the death of almost unknown personal pupil A. Adler, German psychiatrist; and a psychologist dealing with the profound psychology of Fritz Künkel (1898-1956). The psychology of “We” was formulated in the context of the focus of individual psychology and monitors the interplay between man and society Foundation in the area of nature. Attention is paid to the definition of “WE” Psychology psychology from the angle of phylogeny, and “WE” as experience in psychohistory. It is about finding connections and inspiration of thought between A. Adler, but also parallels, such as psychosocial developmental stages of E. Erikson, or M. Bálint, narcism H. Kohut, Daseinsanalyse M. Bosse, anthropology V. v. Gebstella, or psychotherapy, transactional analysis, E. Berneho. At the same time, you can see the link between the socio-philosophical concepts in the field of Sociology (F. Toennies) and inspiring psychology. F. Kunkel rightly belongs among the listed authors and his psychology we, is the parallel interpretation of permanent solutions to the problem: the relation of the individual and society.

Klíčová slova

Psychologie „MY“, jedinec, společnost

Keywords

Psychology „WE“, individual, company

Úvod

V oblasti hlubinné psychologie je nejen v naší odborné literatuře téměř neznámý německý psychiatr a psycholog Fritz Künkel (1898–1956), osobní žák A. Adlera, který se zabýval hlubinnou psychologií. Od jeho úmrtí letos uplynulo právě šedesát let.

Jeho jméno nenajdeme ani v Grand dictionnaire de la psychologie, (1992). Paris Larouse, International Encyclopedia of Psychology (1996). V.2, London – Chicago, nebo ve 12ti svazkém Fredheim, D. K. (Ed.).(2003), Handbook of Psychology, Vol.1, History of psychology, John Wiley-Sons. Obdobně ani v publikaci Plháková, A. (2006). Dějiny psychologie, Praha: Grada, podrobnější heslovitý

přehled k osobě F. Künkela „můžeme nalézt například v Rieken, Bernd. „Künkel, Fritz.“ (2005) *Personenlexikon der Psychotherapie*. Springer Vienna, na straně 262-263.

Na Adlerovu individuální psychologii navázali mimo jiné E. Wexberg (1889–1977) a v oblasti charakterologie právě F. Künkel (1889–1956). Oba psychoanalytici měli obdobný osud. Za nacistické éry odešli do Spojených států, kde profesně dále úspěšně pokračovali ve svém oboru. E. Wexberg byl také Adlerovým žákem a je spjatý s metodickým, systematickým zpracováním Adlerovy teorie. Byl také vydavatelem rozsáhlého přehledu *Handbuch der Individualpsychologie* (1926/1966) Amsterdam, která je společným dílem žáků A. Adlera. Je autorem systematického přehledu Adlerovy individuální psychologie *Individualpsychologie*, Leipzig 1928, z nějž je čerpáno při popisu A. Adlerovy individuální psychologie dodnes.

F. Künkel se vydal osobitou cestou interpretace Adlerovy individuální psychologie formulováním „dialektické charakterologie“, která je nesena Adlerovým vlivem, ale pokusil se integrovat do svého pojetí i hlediska analytické školy C. G. Junga.

Jako žák a spolupracovník A. Adlera pracoval v letech 1922–1939 v Institutu pro psychoterapii a psychologický výzkum v Berlíně. Teoreticky vycházel z individuální psychologie a formuloval tzv. „dialektickou charakterologii“, přičemž se pokusil integrovat do svého pojetí „My-psychologického“ přístupu poznatky z psychoanalytické školy S. Freuda i analytické školy C. G. Junga, s nímž si také osobně dopisoval.⁶⁰ V přelomovém roce 1939 byl pozván přednášet i do Spojených států, kde již zůstal a dokonce získal v roce 1945 americké občanství. Otevřel si psychoterapeutickou praxi v Los Angeles, kam za ním ihned po skončení války přijela manželka Elisabeth, rovněž psycholožka specializující se na problematický osobnostní vývoj u dětí. Se svojí ženou, která byla židovského původu, měl tři děti.

Etapu Vídeňské Společnosti Individuální psychologie, která skončila rozpuštěním v roce 1939, podrobně popisuje Clara Kenner v publikaci *Der zerrissene Himmel. Emigration und Exil der Wiener Individualpsychologie*, Vandenhoeck & Ruprecht, 2007. Autorka popisuje různé semináře, organizace, aktivity toho spolku, v němž byla většina odborníků židovského původu, proto také došlo k jejich zrušení a emigraci. Nejlepší přehled školy A. Adlera je v současnosti zpracován v publikaci Lévy, E., Mackentum, G. (Ed.). (2002). *Gestalten um Alfred Adler, Pioniere der Individualpsychologie*. Königshausen/Neumann. Würzburg. V uvedeném sborníku Siebenhüner, S. (2002) na stránkách 133 – 156 podává poprvé kritické hodnocení F. Künkela, včetně jeho variabilních teoretických postojů při interpretaci kultury jako boží služby (Kultur ist Gottesdienst), nacionality v kontextu jeho psychologie „My“.

F. Künkel je autorem více jak 25 publikací, ale nejvíce pronikla do povědomí odborníků jeho práce *Charakter, Wachstum und Erziehung* (1931). Základy své dialektické charakterologie vyložil v *Einführung in die Charakterkunde* (1928). Texty jsou psány lehkým a čtivým jazykem, který se vyhýbá akademickému jazyku, což mu bylo vytýkáno. Znáмым se nejvíce F. Künkel stal po předložení teorie „My-psychologického přístupu“. Künkelův pojem „My“ (Wir) tak můžeme oprávněně řadit mezi základní pojmy, jako například instinkt, asociace, nebo pud a pod.⁶¹

1. Pojem „MY“ („WIR“)

„MY“ znamená v pojetí F. Künkela konkrétní skupinu, v níž „jedinec žije a kterou spoluvytváří“,⁶² jedná se o vnitřní proces, který externě existující skupinu lidí přetvoří na „psychickou jednotku“.⁶³ Pojem „MY“ je tak výrazem plurálního individua, celkem, který je dán svými členy a projevuje se v designu rodiny, pracovní skupiny, či komunity, pospolitosti, národa. Künkel vyvozoval, že se nemůže jednat

⁶⁰ Künkel, F. (1984). *Selected Writings*. Ed. John A. Sanford. Paulist Press.

⁶¹ Künkel, F. (1939). *Das Wir*. Bahn, Schwerin.

⁶² tamtéž, s. 8.

⁶³ tamtéž, s. 18

o jakoukoliv skupinu, ale o skupinu, v níž se členové cítí být spojeni vnitřní spolupatříčností i když mohou být prostorově od sebe vzdáleni. Spolupatříčnost „MY“ vyjadřuje shodu v uznávání a respektování společných hodnot (bytí-spolu-subjektem).

Pojem „MY“ („Wir“) má v němčině trochu jiný význam, než v češtině. V obecném pojmu svobody spočívají dva podstatné rozdílné významové obsahy, které se dají nejlépe prozkoumat v historickém přehledu. Původně byla svoboda vymezována výlučně v sociální sféře. Německý pojem „Freiheit“ (svoboda) je odvozen z indogermánského kořene, který znamenal tolik jako milovat, hájit, znamená tedy péči o kmenovou soudržnost – Heimat (domovský, rodný, domovina, ve smyslu naše „společná“). Německý pojem Freiheit tak má konotaci spjatou se soudržností). V češtině původ slova svoboda pramení ze složení svo (svůj) a pot, tj. pán, „svůj pán“, možnost jednat podle své vlastní vůle. Z tohoto důvodu Künkelův pojem „MY“ („Wir“) v sobě obnáší vztahovost k druhým, stejně hodnotově orientovaným lidem. Nikoliv jen svoboda moje, ale svoboda „naše“, plurál vyjadřující pospolitost a souvislost mezi Freiheit a Heimat. V němčině hodně slov mívá příponu „-tum“, což má obdobný význam jako naše „MY“.

„MY“ žije v lidech jako vnitřní vědomí „MY“, existuje v každém jednotlivci, i když externí „MY“ neexistuje. Vnitřní „MY“ jedinec prožívá jako výraz projevu zdroje síly, či vnitřního kompasu, který v sobě nosíme. Například sedlák se chová určitým typickým způsobem, protože v něm žije „sedláctví“, „MY“ má tendenci realizovat se v běžném sociálním životě. Künkel se odvolává na Junga, když tvrdí, že vlastní subjekt podle něj vyjadřuje „Das Selbst“, tj. svébytnost. U Junga je ale nadindividuální význam pojmu a prožívání Selbst jen naznačený. Künkel dodává, že sebenalezení je vždy vyjádřením, nalezením „MY“.

„MY“ a „JÁ“ nemá u F. Künkela význam ve významu substance či bytostí, ale pouze určitou vlastností charakteru, určitým postojem. Pokud bychom chtěli pojem „MY“ vymezit přesně, tak by se mělo spíše hovořit o „MY-ovosti“ (Wirhaftigkeit) konkrétního člověka. Projevuje se v myšlenkách, nadějích, plánech a může dokonce vést i k obětování vlastního života. „MY“ znamená nakonec v interpretaci Künkela lidskost. Každý člověk navenek realizuje jen určitou svoji stránku bytosti, ale také všechny vlohy, zděděné po předcích, které se projevují ve společném směřování k jednomu celku: „My stavíme dům“, schopnosti tušit celek, který vždy byl a bude.⁶⁴ V publikacích Künkela můžeme ovšem nalézt více interpretací „WIR“, které si mohou v některých detailech odporovat. Koncepti „WIR“ můžeme srovnat s pojetím A. Adlera, který vyvozoval, že každý člověk se musí vypořádat se společností, v níž žije, jeho osobní cíl a jeho životní plán „souvisí s jeho postavením ve společnosti“.⁶⁵ Adler vyvozuje, že to, jakého člověka máme před sebou, se z hlediska individuální psychologie nedá rigidně vyvodit z vrozených faktorů a faktorů prostředí, ale jedná se o výsledek toho, co člověk z těchto faktorů učiní, jak je vnitřně zpracuje, aby se mohl úspěšně zařadit do společnosti, v níž žije. „Pocit bezpečí pod ochranou dospělých je pravým rájem dětství“, vyvozuje E. Wexberg.⁶⁶ „Smysl pro společenství je v každém z nás“ (Sinn für Gemeinschaft) vyvozoval A. Adler⁶⁷ myšlenku, která je paralelně interpretována v koncepci „WIR“ psychologie. Přehlédnout v této interpretaci nelze teoretická východiska sociologa F. Toennise, který ve známé publikaci *Gemeinschat und Gesellschaft* (1887) formuluje přechod od společenství ke společnosti jako důsledek moderní doby. Jde o důležitý text, který ukazuje na spletitou ideologii německé společnosti, prolínající nacionalistické i socialistické orientace.

Vývoj jedince (psychosociální vývojové stádia) E. Eriksona (1966) rovněž jsou polarizovány: „pra-důvěra“ proti „pra-nedůvěře“ (Ur-Vetrauen gegen Ur-Misstrauen), Erikson vyvozuje, že všechna psychosociální stádia mají vztah k základním elementům společnosti a jmenuje zde náboženskou víru. Institucionalizovaná náboženství se vždy snažila potvrdovat „pra-důvěru“, která je založena v raném

⁶⁴ Künkel, F. (1939). *Das Wir*. Bahn, Schwerin, s. 131-134.

⁶⁵ Adler, A. (1933). *Der Sinn des lebens*, Passer. Wien und Leipzig, s. 123.

⁶⁶ Wexberg, E. (1928). *Individualpsychologie*. Hirzel, Leipzig., s. 70.

⁶⁷ Adler, A. (1933)., s. 189.

dětství u každého člověka. Každé náboženství předpokládá dětskou závislost člověka na vyšší moci a poskytuje závazné postoje k hodnocení co je zlo a špatnost.

2. Fylogeneze z úhlu „MY-psychologie“

Člověk původně musel žít harmonicky s přírodou, byl důvěrně spjatý s rozením i smrtí, rostlinami i zvířaty, počasím a hvězdami, a to i mnohem více než dnešní přírodní národy. Jedinec byl spjatý s přírodou, ale pozvolna „MY“, jako nositel hodnot a cílů začal regulovat lidské jednání, začalo vymezení se vůči přírodě, zřetelné rozštěpení na subjekt a objekt. Původní kvalita „MY“, která se vztahuje na celek kmene, souvisí s jednotou a představou kmene⁶⁸. S uvedeným postojem se můžeme setkat ve všech raných kulturách. Čím více pokročil historický vývoj, tím více docházelo podle F. Künkela k diferenciaci skupin, majících odlišné cíle bez zřetele na celek. Původní, primární „MY“ se rozpadá a působí v jedinci již jen jako požadavek a touha. Kdo mu zůstane věrný, je považovaný za idealistu a kdo dokáže zapomenout na vnitřní obraz, se považuje za realistu, moudře se orientujícího v životě. Proces, při němž se jedinec vydiferencuje ze skupiny a rozvíjí své individuální možnosti a přebírá na sebe odpovědnost, nazývá F. Künkel individuací.

Individuaci odlišuje F. Künkel od egoismu, kde jde o pokus zvěčnit a zabsolutizovat určitou úroveň sebenacházení. Egoismus je egocentrismus, přičemž hodnotou se stává vlastní ego.⁶⁹

3. „MY“ jako zážitek v psychologii jedince

F. Künkel nachází analogii mezi novorozencem a přírodně žijícím člověkem, který prožíval původní „MY“, které popisuje jako zážitek „Pra-My“, tj. původní „MY“ a lze jej popsat jako živou jednotu „matky se svým dítětem před a po porodu“.⁷⁰ Obraz kojící matky je podle Künkela modelem „Pra-My“, matka a dítě nestojí proti sobě jako subjekt a objekt, ale oba tvoří jednotu, která je oběma bytostem nadřazená. Slovním výrazem „Pra-My“ jsou slova matky, která například říká dítěti: „My chceme jíst“. V tomto soužití neexistují hranice mezi různými členy rodiny, proto se matce nepřičí jíst kousky jídla, které dítě ožvykané odloží. „Nejen harmonie, ale plný soulad patří k podstatě každého původního My“.⁷¹ Totéž ale platí i v milostném vztahu mezi mužem a ženou, protože se rovněž vyznačuje souzvukem, produktivitou, sounáležitostí a empatií, věrností i odvahou k boji v případě ohrožení. Ponoření se do „Pra-My“, tedy regrese se projevuje tak, že se dospělí najednou chovají jako děti, jsou nerozvášní, nerozumní a dost často používají dětskou řeč v intimních důvěrných chvílích. V duchovní sféře se tak mohou probudit nečekané inspirace, kreativita, tvořivé síly a v somatické oblasti se zvyšuje odolnost vůči nemocem.

Pokud sourozenci i bratřenci a sestřenice v sobě pociťují spojenectví, i když se mohou dispozičně značně odlišovat, jedná se o „Pra-My“, které v nich tuto jednotu stále prosazuje.

„Původní „MY“ mezi matkou a dítětem je ale neustále ohrožované a postupem vývoje dochází k překonání a zánik „Pra-my“ se rozpadá v krizi“.⁷² Traumatizující vliv zániku „Pra-My“ na dítě je různý, vyvozuje F. Künkel a závisí na tom, zdali je zánik těžký, náhlý či pozvolný a může k tomu přispět i narození sourozence, ev. dlouhodobější návštěva u matky, která musí hostům věnovat pozornost. Selhává ale matka, která je úzkostná, bojí se o dítě a neustále na něj dohlíží a ochraňuje jej. Když se „Pra-My“ nerozpadlo v prvních dvou letech života, potom se o to postarají jiní lidé, kteří naruší důvěru a soulad mezi matkou a dítětem, s cílem narušit důvěru mezi matkou a dítětem.

⁶⁸ Künkel, F. (1939), s. 119.

⁶⁹ Künkel, F. (1931 b). *Charakter, Wachstum und Erziehung*. Hirzel, Leipzig, s. 126.

⁷⁰ Künkel, F. (1939), s. 93.

⁷¹ Künkel, F. (1931a). *Charakter, Krisis und Weltanschauung*. Hirzel, Leipzig, s. 19.

⁷² tamtéž, s. 45.

Na rozpad „MY“ reaguje dítě především úzkostí, v úzkostných snech a fantaziích, jako reakci na rozpad „My“, nebo hrozbu rozpadu jednoty.

Osobnostním důsledkem rozpadu „MY“ je podle Künkela tzv. „centrovanost na Ego“ (Ichhaftigkeit), která je v protikladu k „centrovanosti na My“ (Wirhaftigkeit). Dochází k pocitům méněcennosti, které vedou k tomu, že jedinec se snaží získat uznání a moc, nebo ochranu a jistotu. Jedinec trpí neustálým nutkáním k sebehodnocení, žije v nepřetržitém napětí mezi pocity méněcennosti a snahou po sebeuplatnění, má obavy z ponížení a prohry. Člověk zaměřený na Ego (Ichhafte) je dráždivý, lehce se urazí, je zranitelný, lhostejný či dokonce fanatický. Kdo je zaměřený na Ego, tak si neuvědomuje souvislost mezi pocity méněcennosti a bažením po sebeuplatnění – cítí se nadřazený a sebejistý, nebo méněcenný a nejistý.

Ovšem v momentě, kdy si člověk uvědomí, že oba póly se vzájemně podmiňují, je to příznakem začínajícího procesu zrání. F. Künkel uvádí na různých místech svých publikací čtyři typy centrovanosti na Ego. Hvězda a César, či Nero, jsou typy centrované na Ego, ale mají tendenci se prosazovat. Pokorný služebník a Poraženec jsou také lidé centrovaní na Ego, kteří se ale již vzdali. Hvězda hledá své sebepotvrzení v tom, že se nechá obdivovat, César či Nero vyhledávají příležitost, aby ovládli druhé. Ideálem Pokorného služebníka je ponížené sebeobětování, Poraženec se vzdává veškeré námahy, aby se něčím stal, plně akceptuje, že je neschopný.

Podle F. Künkela z původního „MY“ z „Pra-My“, které již zaniklo, může zůstat „reziduum Pra-My“ (Urwir-Rest), projevující se ve formě touhy po „Pra-My“ (Urwir-Sehnsucht), která může jedince provázet celý život. Tato touha se projevuje v nasměrování svých zájmů, vzpomínek a tužeb do minulosti, jako smutek po ztraceném ráji. Lidé „... hovoří o starých zlatých časech, které se již nikdy nevrátí“.⁷³ Zde podle Künkela pramení veškeré teorie návratu, jako například J. J. Roussauovo „zpět k přírodě“.

Návraty k matce, k jednotě „Pra-My“ můžeme zažívat v některých životních momentech jako například moment rozsvíceného vánočního stromečku, či kýčovitý film může rovněž vyvolat touhu po ztracené minulosti, kde byla ještě jednotu. V životě tak dochází k nevědomé blokaci druhého dospívajícího jedince, když například matka brání svého syna před budoucí snachou, či otec je nevráživý na zetě, protože jej považuje za někoho třetího, vetřelce. Snaží se jej proto zpočátku ovládnout jako další dítě v rodině, nebo kriticky odmítat jako neschopného.

F. Künkel zdůrazňoval fakt, že každá centrovanost na Ego a každá zdánlivá zaměřenost na „MY“ vede nakonec ke krizi, která začíná někdy už v období zrání a ve formě perzistující krize přetrvává mnohdy i celá desetiletí. „Někdy se neobjeví až do konce života a vyvolá ji až blížící se životní horizont“.⁷⁴ Zaměřenost na Ego vede tím rychleji k těžké krizi, čím rigidnější a úplnější je tato zaměřenost.⁷⁵ V případě, že je krize překonána, vyvozuje F. Künkel, Ego je nahrazené něčím vyšším, životaschopnějším „My–člověkem“ (Wir-Mensch). Nalézt sebe znamená nalezení „MY“.

Pokud se podíváme na data vydávaných spisů, můžeme nahlédnout myšlenkové souvislosti a vzájemné inspirace teoriemi z oblasti hlubinné psychologie, nejen S. Freuda, C. G. Junga,⁷⁶ či jeho učitele A. Adlera, ale také paralelu, například s psychosociálními vývojovými stádii E. Eriksona, nebo M. Bálinta, narcismus H. Kohuta, Daseinsanalýsa M. Bosse, antropologické psychoterapie V. v. Gebstella, či transakční analýzou E. Berneho. Současně lze nahlédnout sociálně filosofické koncepce v oblasti sociologie (F. Toennies) do psychologie. F. Künkel oprávněně patří mezi uvedené autory a jeho psychologie „MY“, je paralelou interpretací řešení permanentního problému: vztahu jedince a společnosti.

⁷³ Künkel, F. (1931a), s. 23.

⁷⁴ Künkel, F. (1939), s. 73.

⁷⁵ Bühler, K. (1929). *Die krise der psychologie*. Gustav Fischer.

⁷⁶ Künkel, F. (1984). *Selected Writings*. Ed. John A. Sanford. Paulist Press.

Použitá literatura:

- **Adler, A. (1933).** *Der Sinn des lebens, Passer.* Wien und Leipzig.
- **Bühler, K. (1929).** *Die krise der psychologie.* Gustav Fischer.
- **Erikson, E. (1966).** *Identitat und Lebenscyklus.* Suhrkamp, Frankfurt a/M.
- **Künkel, F. (1928).** *Einführung in die Charakterkunde.* Hirzel, Leipzig.
- **Künkel, F. (1931 b).** *Charakter, Wachstum und Erziehung.* Hirzel, Leipzig.
- **Künkel, F. (1931a).** *Charakter, Krisis und Weltanschauung.* Hirzel, Leipzig.
- **Künkel, F. (1939).** *Das Wir.* Bahn, Schwerin.
- **Künkel, F. (1984).** *Selected Writings.* Ed. John A. Sanford. Paulist Press.
- **Kenner, C. (2007).** *Der zerrissene Himmel. Emigration und Exil der Wiener Individualpsychologie.* Vandenhoeck & Ruprecht.
- **Lévy, E., Mackentum, G. (Ed.). (2002).** *Gestalten um Alfred Adler, Pioniere der Individualpsychologie.* Königshausen/Neumann. Würzburg.
- **Rieken, B. (2005).** *Heslo "Künkel, Fritz"* Personenlexikon der Psychotherapie. Springer Vienna, 2005. 262-263.
- **Schlegel, L. (1978).** *Grundriß der Tiefenpsychologie unter besonderer Berücksichtigung der Neurosenlehre und Psychotherapie: Die Bedeutung der sozialen Frustration in der Tiefenpsychologie.* Francke Verlag, München.
- **Siebenhüner, S. (2002).** *"Fritz Künkels Beitrag zur individualpsychologischen Neurosenlehre"* Gestalten um Alfred Adler: Pioniere der Individualpsychologie: Alexandra Adler, Rudolf Allers, Rudolf Dreikurs, Viktor Frankl, Carl Furtmüller, Otto Glöckel, Henry Jacoby, Fritz Künkel, Sofie Lazarsfeld, Friedrich Liebling, Ida Löwy, Alice Rühle-Gerstel, Oswald Schwarz, Manès Sperber, Oskar Spiel, Wilhelm Stekel, Erwin Wexberg .
- **Wexberg, E. (1928).** *Individualpsychologie.* Hirzel, Leipzig.

O autorovi:

PhDr. et PhDr. Jiří Kučírek, PhD., se na Vysoké škole aplikovaé psychologie věnuje psychologickým systémům, psychologii rodiny, filozofii a sociologii.

Překonávání bariér snižujících kvalitu a účinnost kolektivního rozhodování

How to Eliminate the Barriers to Effective Group Decision-Making Process

Zbyněk Pitra

Abstrakt

Inovační aktivity dnešních organizací se opírají o kreativitu jejich pracovníků, využívanou prostřednictvím myšlenkových experimentů, realizovaných většinou formou kreativních diskusí členů inovačního pracovního kolektivu, složeného ze specialistů na různé oblasti inovačních řešení. Ve většině organizací panuje přesvědčení, že kolektivní rozhodování členů inovačního pracovního týmu je zárukou bezchybného průběhu a efektivního využití výsledků myšlenkových experimentů, připravujících podmínky pro výsledný komerční úspěch inovačního záměru organizace. Autor ve svém příspěvku upozorňuje na nebezpečí chyb, kterým jsou vystaveny myšlenkové experimenty. Jejich překonání vyžaduje důsledné dodržování pravidel realizace myšlenkových experimentů a bezchybné plnění vůdcovské role manažerem, pověřeným zpracováním inovačního projektu. Nejsou-li tyto podmínky respektovány, nevede výsledné inovační řešení k předpokládanému cíli, tj. k úspěšné komercializaci slibného inovačního nápadu.

Abstract

The innovations created by today's global organizations result from sophisticated mental experiments, that are running as a creative discussion between members of innovation solving team consisting of top specialists in different business areas. The majority of such organizations' leaders believe that collective decision-making implemented through mental experiment is the best way to assure successful launch of innovation to the target market. The author presents these beliefs as myths and points out on dangers accompanying the mental experiments. If the creative team does not suit the strict rules of creative discussion, or if its leader lacks necessary leadership abilities, the innovation's solution developed by such a team will never bring expected values for customers as well as for organization itself.

Klíčová slova:

Inovace, kreativita pracovníků, mentální heuristiky, myšlenkový experiment, vůdcovská role

Key words:

Employee's creativity, innovation, leader's role, mental experiment, mental heuristics

Úvod

V dnešních organizacích dochází k výrazným změnám v jejich podnikatelském chování, aniž by je samy vyvolávaly. Externími změnami vyvolané inovační aktivity však většinou nemají ani žádoucí průběh, ani přesvědčivé výsledky. Proč je tomu tak, když všichni mluví o podpoře inovací a o využívání výsledků vědy a výzkumu? Většinou proto, že vrcholoví představitelé organizace si neuvědomují, že inovace je primárně podnikatelský fenomén a často kvůli tomu nedokážou odlišit dvě základní kategorie inovací.

1. *Průběžné inovace*, které rozšiřují možnosti *stávajícího podnikání*; jsou ovlivňovány stávajícím strategickým pojetím a jejich realizace je zabezpečována aktuální infrastrukturou uspořádání vnitřních zdrojů organizace. Od jejich realizace je očekáváno rychlé a výrazné zhodnocení do jejich vzniku vložených investic, které jsou obvykle vymezeny finančním plánem nebo rozpočtem inovačního projektu.

2. *Podstatné inovace*, které vycházejí z *nového pojetí* podnikatelské strategie organizace a jsou orientované na získání nových zákaznických skupin, či na vstup na nové trhy. Většinou jsou tyto inovační aktivity vázány na *realizaci nového modelu podnikání* organizace. Návratnost (sice dlouhodobá, ale v případě úspěchu velmi vysoká) do této kategorie vložených investic je pouze perspektivním příslibem a je jí dosahováno tím později, čím výraznější jsou změny v modelu podnikání organizace, které si podstatná inovace vyžádá.

Pro rozhodování o realizaci jakékoliv inovační aktivity z inovačního portfolia organizace je vhodné vytvořit pracovní skupinu složenou z představitelů jejího vedení a vybavit ji pravomocemi k volbě termínů zahájení (a také k ukončení méně perspektivních) inovačních projektů a pravomocemi pro schválení modifikace, či dokonce úprav plánů jejich řešení v závislosti na změnách ve vnějším (ale také ve vnitřním) prostředí.

1. Myšlenkový experiment a kreativní diskuse

Proces hledání nového (zahrnující zpracování projekčního řešení inovace a návrh metod využití jejího úspěšného vstupu na cílový trh k dalšímu rozvoji organizace) je ve své podstatě *sekvencí myšlenkových experimentů*, zaměřených na využití výsledků předcházejícího myšlenkového experimentu k hledání optima provedení dalšího kroku postupu inovačního řešení. Provedení každého myšlenkového experimentu⁷⁷ je vždy spojeno s realizací *kreativní diskuse* mezi aktéry inovačního řešení - členy kreativního pracovního týmu.

Kreativní tým potřebuje mít v čele *přirozeného vůdce*, ne silnou manažerskou osobnost, spoléhající na spolupráci s týmem (jí oddaných a mnohdy také ne zcela dobrovolných) následovatelů. Vůdcovské působení manažerů inovačního řešení bude přirozené jenom tehdy, zůstanou-li sami sebou a nebudou se pokoušet o prezentaci týmového úspěchu jako výsledku jejich osobního nasazení (vesměs v zájmu zdůraznění svých osobních zásluh a podpory realizace vlastních ambicí). Osobní přesvědčivost i vůdcovské schopnosti přirozeného vůdce jsou výsledkem *autenticity* jeho postojů, jasně vyjadřujících jeho *preferenci týmových cílů před cíli osobními*.

1.1. Vůdcovská role manažera v kreativních diskusích

Manažeři kreativních pracovních týmů, složených z chytrých lidí - aktérů kreativních diskusí, musí vůči členům týmu uplatňovat **vůdcovskou roli**⁷⁸ (tzn., že vystupují ve zcela jiné roli, než je role běžně uplatňovaná při vedení pracovníků ve standardním podnikatelském režimu, na jakou jsou manažeři většinou zvyklí). Při plnění své vůdcovské role se manažer týmu - jeho přirozený lídr (vůdce) - musí stát katalyzátorem procesu všemi členy týmu aktivně prováděného experimentálního hledání pružných a účelných reakcí na změny společensko-ekonomického rámce, ve kterém organizace aktuálně působí. Lídr (manažer) vystupující ve vůdcovské roli (ne jako nadřízený, ale jako první mezi sobě rovnými - s vyšší úrovní osobní zodpovědnosti, nikoliv však rozhodovacích pravomocí) nesmí ani dávat pokyny k postupu, ani mu nepřísluší navrhnout finální formulaci závěrů, vyplývajících z kreativní diskuse.

Vůdcovské schopnosti lídra týmu řešitelů inovačního projektu se projevují tím, že dokáže nenásilně přesvědčit ostatní, aby sami o své vůli dělali to, co po nich požaduje. Nesmí jim určité projevy

⁷⁷ Podrobněji jsou požadavky kladené na přípravu a provádění myšlenkových experiment, které jsou v tomto příspěvku prezentovány jako v podstatě dané, rozebrány v THOMKE, S. - MANZI, J (2014)

⁷⁸ Pro vůdcovskou roli je v českém prostředí používán anglický pojem „leadership“, bohužel ve většině organizací je tento pojem běžně považován za doménu působení personalistů, nikoliv za součást výkonu pracovní role manažera. Proto v tomto textu upřednostňuji adjektivum vůdcovský. Navzdory skutečnosti, že i po více než 70 letech od konce druhé světové války, má v češtině pojem „vůdce“ stále nepříjemný nádech. Proto používám tam, kde je to možné a vhodné, místo pojmu „vůdce“ v češtině již zdomácněný - původně anglický - pojem „lídr“.

(chování) nařizovat z titulu své formálně vyšší mocenské pozice. Opírat se při vedení kreativních pracovních týmů o formální mocenskou autoritu je kontraproduktivní. Může dokonce vést k veřejnému zesměšnění odborných i rozhodovacích kompetencí takto se projevujícího manažera. *Vůdcovské působení manažera* při tvorbě podstatných inovací proto vychází z přesvědčivé prezentace myšlenkových modelů (vizí) budoucího podnikání, jejichž uskutečnění umožní dosažení kvalitativně vyšší úrovně fungování organizace v globální konkurenční soutěži. Tedy umožní dosáhnout vyšší podnikatelské výkonnosti organizace prostřednictvím intelektuálních aktivit otevírajících pro ni možnosti k efektivnímu využití nově vznikajících slibných podnikatelských příležitostí.

Lídři kreativních pracovních týmů se přitom musí dokázat trpělivě vyrovnat se skutečností, že výsledky kreativních postupů jsou často chybné. Musí chyby jednotlivců (způsobené jejich snahou o nalezení nového, dosud neznámého, ne jejich hloupostí či leností) nejenom předvídat, ale především je musí velkoryse tolerovat. Členové jimi vedeného kreativního týmu nesmí mít ani nejmenší možné obavy z následků případných chyb, kterých se dopustí při realizaci myšlenkových experimentů. *Odstranit obavy pracovníků z následků možných chyb* je podstatnou součástí účelného působení lídra týmu; obava pracovníků z možné chyby totiž brání vzniku kreativních nápadů a poškozuje proces učení se organizace. Nahrává opatrnictví, omezuje rozsah i transparentnost kreativní diskuse v rámci pracovního kolektivu a vytváří překážky pro sdílení informací a znalostí uvnitř organizace⁷⁹.

1.2. Výsledky myšlenkových experimentů ohrožují i chyby aktérů kreativní diskuse

Kreativní kolektiv často nenaplní potenciál svých rozhodovacích schopností. Místo využití účelné agregace znalostí a umu jeho jednotlivých členů a jejich vhodné kombinace při aplikaci multikriteriálního rozhodování, se kolektiv dopouští závažnějších chyb, než jakých by se dopustil jedinec, řešící stejný problém jako celý kolektiv, samostatně. Tato situace má dvě sociálně-psychologické příčiny, kterými jsou nekritické *sdílení informací* a falešná představa o *loajalitě* k týmu.

1. V prvním případě členové kolektivu nekriticky (bez podrobné analytické verifikace) respektují a akceptují určité informace jenom proto, že pocházejí od člena týmu. Navzdory tomu, že tyto (v podstatě neprověřené) informace jsou mnohdy mylné a zavádějící. Kolektiv pak odbývá či dokonce úplně vypouští kritickou diskusi o těchto informacích a navazující myšlenkový experiment pak vede k zavádějícím výsledkům - v důsledku špatné informovanosti jeho aktérů.
2. Někdy členové kolektivu podléhají skupinovému přesvědčení o správnosti určité znalosti, myšlenky, nějakého názoru, či dokonce o správnosti většinou členů týmu zaujímaného postoje. V kreativní diskusi ani neprosazují svůj - od skupinového odlišný - názor (mnohdy správný), či znalost, aby svou „neloajalitou“ nenarušovali myšlenkovou jednotu týmu. Mnohdy jsou k takovému jednání (spíše nejednání - mlčení) vedeni obavami z vyvolání interních sporů, nebo z negativního postoje ostatních k jejich návrhům (jsou ostatními označováni jako „potížisté“).

Pokud kreativní tým nedokáže korigovat chyby v kreativní diskusi svých členů, pak chybným průběhem následujícího myšlenkového experimentu tyto *chyby násobí*. Výsledek kolektivem (na základě nesprávných informací) přijatého rozhodnutí je ve svém důsledku někdy dokonce sebedestruktivní.

Tým, jehož myšlenkové experimenty se neopírají o důslednou kreativní diskusi, je často pod vlivem tzv. *kaskádového efektu*, kdy se řídí názory a návrhy představenými agilním členem kolektivu, který se k projednávané tematice vyjádřil, či dokonce začal jednat jako první. Psychologie skupinového chování upozorňuje na běžná **mentální krátká spojení** (označovaná mnohdy jako mentální heuristiky), kdy se někteří členové kreativního kolektivu dopouštějí shodných chyb a tato skutečnost je ostatními členy kolektivu vnímána jako „důkaz“ správnosti jimi zastávaných názorů i postojů. To brání těm členům

⁷⁹ Zdůvodnění tohoto požadavku je přesvědčivě představeno v SUNSTEIN, C., R. - HASTIE, R. (2014)

týmu, kteří si chybu plně uvědomují, ve vyjádření nesouhlasu s těmito (podle nich chybnými) argumenty, aby v očích ostatních nevypadali jako hlupáci, či jako sebestřední, na sebe upozorňující, ambiciózní jedinci.

V týmové spolupráci je rozhodujícím faktorem úspěchu vztah mezi důvěrou, extremismem a vzájemnou podporou. Když lidé necítí *důvěru* od ostatních členů kolektivu, jsou jimi prosazované podněty spíše nekonfliktní. Důvěra ostatních členů kolektivu podporuje sebejistotu jedince, který proto nemá obavy z konfliktnosti svých projevů.

K názorové polarizaci⁸⁰ kreativního pracovního kolektivu dochází (navzdory tomu, že lídr týmu plní svou vůdčovskou roli správně a odpovědně) většinou proto, že

- členové kolektivu věnují *pozornost hlavně souhlasným argumentům* ostatních členů. Argumenty prezentované jako první, či členy týmu s vyšším statutem, obvykle vymezují mentální orientaci ostatních.
- lidé chtějí být vnímáni dalšími členy týmu pozitivně. Jejich postoje se proto v diskusi s ostatními členy kreativního kolektivu řídí nikoliv tím, co si myslí, ale tím, *jak chtějí být uvnitř kolektivu vnímáni*. Proto se v diskusi vesměs přiklánějí k většinovým názorům a stanoviskům (se kterými třeba vnitřně nesouhlasí), aby byli vnímáni jako loajální členové týmu.

Vzájemná podpora mezi členy pracovního kolektivu posiluje skryté působení „společně sdílených znalostí“, což je příčinou stavu, kdy mylná znalost akceptovaná většinou členů týmu má větší vliv na přijímané rozhodnutí než přesná a aktuální znalost, kterou má jen několik členů týmu. Společně sdílená znalost má disproporční vliv na průběh kreativní diskuse i na výsledek myšlenkového experimentu. Členové pracovního kolektivu jsou „mentálně jednotní“ tím, že akceptují stejné informace a znalosti jako většina ostatních členů, nebo jsou „mentálně okrajoví“, když jejich informace i znalosti jsou unikátní. Členové i vysoce kreativního týmu zcela přirozeně preferují informace a podněty prezentované a zastávané ostatními členy týmu. Vysokou důvěru mezi členy týmu proto získávají „mentálně jednotní“ jedinci, zatímco důvěra vůči postojům a doporučením (byť správným) „mentálně okrajových“ je nízká.

Většinou kolektivu akceptované rozhodnutí (vycházející ze společně sdílené znalosti) pak v podstatě znemožňuje, aby se v myšlenkovém experimentu projevila adekvátní reakce na přesnější a aktuální znalosti, které obhajuje jednotlivec, či menší počet členů týmu.

Má-li dojít k naplnění potenciálu účelné agregace a vzájemného doplňování specializovaných znalostí jednotlivých členů kreativního týmu, musí jeho lídr při plnění své vůdčovské role nenásilně a přirozeně vytvářet prostor pro obhajobu názorů, stanovisek a podnětů, prezentovaných „mentálně okrajovými“ členy týmu. Jejich zpochybnění rozhodnutí přijatého týmem pod vlivem mentální heuristiky, nesmí být negováno, ale naopak se musí stát stejně významnou součástí realizace myšlenkového experimentu jako názory a postoje „mentálně jednotných“ členů kolektivu.

1.3. Zásady zajištění kvality skupinového rozhodování

Hlavním smyslem skupinového rozhodování je (resp. by mělo být) účelné využití a vhodná agregace informací a znalostí každého člena kolektivu při řešení složitých rozhodovacích situací. Avšak aby skutečně došlo k optimálnímu naplnění smyslu kolektivního rozhodování, musí být eliminovány hrozby negativního působení nekritického přejímání informací a falešné loajality k týmu a jimi vyvolaných mentálních heuristik na průběh myšlenkového experimentu. Vhodným nástrojem k eliminaci (či alespoň oslabení) příčin uvedených hrozeb je důsledné uplatnění dále uvedených zásad:

⁸⁰ Více podrobností o příčinách vzniku i o často se vyskytujících podobách názorové polarizace, včetně analýz různých rozhodovacích situací, kdy k ní dochází, lze nalézt v IHRING, M. - MACMILLAN, I. (2015)

- a) Lídr týmu musí uplatnit *nenásilné vůdčovství*, aby dokázal udržovat kritickou diskusi v poloze soutěže různých názorů a podnětů. V zájmu eliminace hrozby mentálních heuristik je proto vhodné - i účinné - vyžadovat od každého člena kolektivu osobní stanovisko k projednávanému tématu, doprovázené jeho srozumitelnou prezentací a zdůvodněním jeho formulace.
- b) Vyžadovat od každého člena týmu *kritické myšlení* a povzbuzovat jeho úsilí o obhajobu svých představ - zejména tehdy, když jsou v rozporu s představami většiny členů kolektivu. „Mentálně okrajové“ postoje musí mít dostatečný prostor pro obhajobu argumentů, vycházejících ze skutečností, které nejsou ostatním členům kolektivu známy, nebo jsou jimi přehlíženy.
- c) Orientovat se na *výsledný úspěch* (do okolí organizace) přijímaných řešení, ne na mentální sourodost (dovnitř organizace) týmových postojů. Vytvářet atmosféru, kdy kritika některých týmem akceptovaných postojů je výsostným projevem loajality člena týmu (je lepší identifikovat chybu doma, než její identifikaci ponechat okolí), nikoliv porušováním sourodosti kolektivu.
- d) Každý člen kolektivu by měl mít přidělenou určitou *profesní roli* v působení týmu; důvěryhodnost jím sdílených informací i jím zastávaných stanovisek je v rámci kreativní diskuse obtížněji zpochybnitelná, jsou-li určité pozitivní či negativní argumenty prezentovány členem týmu, jehož profesní povinností je správa znalostí, týkajících se určité oblasti společenského působení organizace.
- e) Je vhodné uplatnit roli *d'áblova advokáta*, tzn. pověřit některého člena týmu argumentací proti týmem přijímaným rozhodnutím. Roli d'áblova advokáta však musí převzít člen týmu s vysokým odborným i společenským statutem, jehož námitky jsou ostatními členy týmu obvykle respektovány i diskutovány se vši vážností.
- f) Výraznějším příspěvkem k optimalizaci každého kroku rozhodnutí v průběhu kritické diskuse proto je (místo pověření vybraného jedince rolí d'áblova advokáta) vytvořit *oponentní tým*, který bude soutěžit s řešitelským týmem o nalezení nejlepší alternativy rozhodnutí vhodnou volbou jedné z několika v daném situačním rámci se nabízejících možností rozhodnutí.
- g) Dobrou obranu proti negativnímu vlivu mentálních heuristik představuje aplikace *metody Delphi*, kdy kreativní diskuse probíhá písemně a v anonymitě. To nutí každého vyjádřit svůj názor na určitou otázku zcela nezávisle, protože forma písemné diskuse vyřazuje ze hry psychické zábrany (mentální heuristiky), které v přímém dialogu - většinou negativně - ovlivňují průběh diskuse uvnitř pracovního kolektivu.

2. Paradoxy autenticity projevů osobnosti manažera kreativního týmu.

Snaha o autentické chování je mnohdy (zdánlivě paradoxně) překážkou pro efektivní vůdčové působení manažerů kreativních pracovních kolektivů, jak ukazují dále představené komentáře k (spíše nepsaným, ale společensky plně respektovaným) pravidlům⁸¹ autentického chování jedince:

1. pravidlo: *Autentická osobnost se ve svých osobních projevech drží stabilních zásad*

Zásady, kterými se řídí chování jedince, se mění spolu s tím, jak se vyvíjí jeho životní role. V každé nové životní roli (vyvolané postupným vývojem osobnosti nebo změnami externích podmínek pro jeho společenské působení) získává jedinec nové zkušenosti a s nimi také nové poznatky. To ho vede (mnohdy dokonce přímo nutí) ke změně zásad, kterými se řídí jeho chování i osobní projevy. Změna zásad, usměrňujících projevy jedince však musí být přesvědčivá a působit přirozeně, jinak se jedinec vystavuje nebezpečí, že bude považován za konjunkturalistu, kterého charakterizuje české úsloví „Kam vítr, tam plášt!“. Lpění na dodržování jednou převzatých zásad, které jsou vývojem osobnosti jedince nutně překonané, je proto nutno vnímat spíše jako kontraproduktivní, či nesmyslný postoj, než jako pozitivní rys pevného charakteru (a tím i důsledné autenticity chování) jedince.

⁸¹ Tato pravidla jsou spolu k nim uvedenými komentáři převzata z IBARA, H (2015)

2. pravidlo: *Autentická osobnost jedná v souladu se svými pocity*

To je sice často přejímané pravidlo, ale ve skutečnosti je hluboce mylné. Lídr totiž ztrácí důvěryhodnost i schopnost být akceptován členy týmu, který vede, jako vůdcovská osobnost, když s nimi „otevřeně“ diskutuje o všem, co si myslí, a o pocitech, které přitom má. Kreativní diskuse musí být věcná, tedy o předkládaných faktech, nikoliv o pocitech.

3. pravidlo: *Autentická osobnost se rozhoduje na základě hodnot, jejichž respektování ji vyneslo do pozice manažera týmu.*

V nové pracovní roli, či v jiné podnikatelské situaci, je lpění na hodnotách, jejichž respektování jedince přivedlo k minulým úspěchům, zavádějící. Např. hodnota „udržení detailů pracovního postupu pod kontrolou“ je sice určujícím činitelem autentického chování manažera rutinních operací, ale je naprosto nevhodným faktorem pro ovlivňování chování téhož manažera, který je na základě předchozích úspěšných výsledků pověřen vedením týmu pro přípravu inovace. Ve své nové roli se totiž spíše než na kontrolu detailů musí zaměřit na udržení obecné systémové představy o celku.

Z výše uvedených komentářů jednoznačně vyplývá, že v nové pracovní pozici si každý jejím zastáváním pověřený jedinec musí vybudovat *novou* (odlišnou od stávající) *osobnostní identitu*. Na to, bohužel, neexistuje žádný obecně využitelný návod. Každý si musí *sám* - obvykle to nelze jinak, než metodou „pokus-omyl“ - *vyhledat jemu vyhovující osobní styl* nového vůdcovského působení. Pokud se mu to podaří, pak takový styl vůdcovského působení může nejenom být vnímán jeho podřízenými jako autentický, ale bude pro ně také přijatelný. Podstatné je však především to, že mu takto vytvořená osobnostní identita umožní adekvátně reagovat na měnící se podmínky pro společenské působení organizace, ve které novou pracovní pozici zastává.

Hledání nové osobní identity vyžaduje od jedince značnou dávku osobní odvahy, protože jeho *učení se novému spočívá v projevech, které mnohdy vnímá jako povrchní a vypočítavé* (z hlediska své původní osobní identity) namísto toho, aby je považoval za spontánní a autentické (za přirozenou součást své nové osobní identity). Bohužel, jedinou cestou, jak překročit hranice své původní „zóny komfortu“ a stát se úspěšnou vůdčí osobností kreativního týmu, je provádět to, v čem jedinci brání pocit potřeby udržení (původní) vlastní autenticity.

2.1. Proč mají vůdcovské osobnosti problémy s autenticitou svého působení?

Zejména složitější inovační řešení vyžadují relativně časté provedení - mnohdy výrazně radikálních - změn v dosud užívaných pracovních postupech⁸². Vedení snahou vylepšit stávající pracovní postupy se lídři kreativních týmů musí při svém rozhodování opírat o kritéria výběru podporující volbu těch alternativ rozhodnutí, které s nejvyšší efektivitou zabezpečují dosažitelnost jimi aktuálně sledovaných cílů, ne na udržitelnost dlouhodobých zásad. Přitom jim jejich zcela přirozené (a často ne zcela uvědomělé) lpění na osvědčených zásadách „zóny komfortu“ minulých úspěchů brání v překročení jejich vlastních mentálních hranic - volbou kritérií výběru podporujících dosažení aktuálně sledovaných cílů. Překročení těchto hranic lídrem kreativního týmu je *nutnou* (nikoliv však postačující) *podmínkou* pro přijetí efektivního rozhodnutí o provedení potřebných změn ve stávajících pracovních postupech.

Pro úspěšné působení manažera ve vůdcovské roli je kritických zejména prvních 90 dnů od jeho jmenování do vedoucí pozice. V jejich průběhu si musí najít *novou osobnostní identitu* a dokázat se plně přizpůsobit (mnohdy překvapivým) nárokům, jejichž splnění vyžaduje úspěšný výkon jeho vůdcovské role ve vztazích s různými osobnostními typy pracovníků - členů jeho pracovního týmu.

⁸² Změny jsou probrány v PITRA, Z. (2016), tento příspěvek na zmíněný text tematicky navazuje.

Členové pracovního kolektivu, které manažer vede, si totiž velmi rychle vytvářejí vlastní dojem o jeho osobnosti a přitom tento první dojem dlouhodobě ovlivňuje jejich vnímání osobnosti manažera i jejich vztah ke stylu jeho vůdcovského působení. Dalším fenoménem dnešní doby, který nás ovlivňuje mnohem více, než si to uvědomujeme, je to, že osobnostní profily jedinců jsou mnohdy (vesměs ve zkrácené podobě, ovlivněné záměry jejich autora) snadno dosažitelné na všeobjímajících sociálních sítích či na Internetu. Mnoho pracovníků se s takto zveřejněným osobním profilem lídra týmu seznámí (a nechá se tím ovlivnit, vesměs podvědomě) často ještě dříve, než je do vedoucí pozice jmenován.

2.2. Adaptace manažera na novou vůdcovskou roli

Obecně je možné specifikovat dva odlišné psychologické profily osobnosti manažera⁸³, které určují charakter vývoje jeho individuálního stylu vedení:

- a) *Pružně se přizpůsobující* jedinci (označovaní někdy pejorativně jako chameleoni), kteří jsou schopni a také ochotni měnit své postoje podle vývoje externích podmínek v jejich okolí, aniž by měli pocit, že jejich nové postoje jsou málo zásadové, či dokonce falešné.
 - Způsob jejich adaptace na novou pracovní (vůdcovskou) roli připomíná jedince, který zkouší různé obleky, až nalezne takový, který mu osobně vyhovuje a je vhodný pro podmínky, ve kterých bude nošen.
 - Chameleoni však mohou mít problém s osobní autoritou, budou-li jejich postoje vnímány jako povrchní a jejich chování jako postrádající etickou stabilitu.
- b) Jedinci, *snažící se o udržení kontinuity* charakteru i forem svého chování (považovaní sami sebou i jejich okolím za zásadové), mají tendenci vyjadřovat své myšlenky a pocity i v případech, kdy je to v rozporu s potřebami vhodné reakce na vývoj v okolí.
 - Manažeři s tímto „zásadovým“ psychologickým profilem dlouho setrvávají v zóně komfortu předcházejících úspěchů a přehlížejí (často vědomě!) nové požadavky na jejich další působení, místo toho, aby cílevědomě usilovali o změnu svého stylu vedení přizpůsobením jeho forem na bázi sebekritického vstřebání nových poznatků i zkušeností.

Lídr, hledající nový a dostatečně efektivní styl svého vůdcovského působení, musí dokázat v pro něj nové, či neznámé externí situaci nalézt vhodný mix empaticky přátelského a autoritativně odtahitého postoje vůči podřízeným. Autoritativní postoje se opírají o jeho mocenskou pozici a o jeho profesní kompetence (znalosti, zkušenosti a dovednosti), což mu umožňuje udržovat vhodnou úroveň odstupů od postojů podřízených. Partnerské postoje lídra k podřízeným se projevují empatií, která doprovází jeho přijetí pracovníky prezentovaných stanovisek, námětů a připomínek.

Dosažení vyváženosti mezi autoritativním odstupem a partnerským jednáním vůči podřízeným je především pro zásadové jedince, snažící se o udržení kontinuity svého chování (avšak nejenom pouze pro ně), zdrojem problému s autenticitou. Jejich psychologický profil jim dovoluje preferovat pouze jeden styl vedení – buď autoritativní, nebo přátelský. Účelnou kombinaci obou stylů vedení považují za symptom ztráty autenticity vlastních postojů.

Další pastí, ve které může lídr usilující o nový styl vůdcovského působení uvíznout, je jeho osobní přesvědčení, že některé negativní aspekty vztahů s podřízenými jsou nutnou cenou, kterou musí zaplatit za vyšší efektivitu svého vůdcovského působení (např. výtky vůči mocenské aroganci považuje autoritativně vystupující lídr za symptom efektivnosti svého působení. Náročnost přísného a důsledného dohledu nad dodržováním standardních postupů při provádění pracovníků uložených pracovních úkolů, nevnímá jako omezování kreativity podřízených, proto není schopen pochopit - natož rozeznat - podstatu jejich stížností). Protože negativní odezva na vůdcovské působení lídra se týká spíše jeho stylu vedení než jeho

⁸³ Toto členění je převzato z IBARA, H (2015)

odborných kompetencí, může to v něm vyvolat pocit ohrožení jeho vůdcovského postavení. Tento pocit je pak spouštěcím momentem jím uplatněné mocenské odezvy na kritiku podřízených namísto toho, aby výtky vůči jím aplikovanému stylu vedení vnímal jako podnět k vylepšování způsobu plnění své vůdcovské role.

Závěr

Při hledání nejlepšího přístupu k využití kreativity pracovníků a při rozvoji vůdcovského působení manažerů inovačních aktivit by se měla organizace (či přesněji její vedoucí pracovníci) *inspirovat modely úspěšného inovačního podnikání* jiných organizací. Postupy úspěšných musí být pro organizaci inspirací při hledání vlastních cest k nastavení nového modelu podnikání, v žádném případě však nesmí být tyto postupy vzorem k jejich kopírování. Platí totiž zásada, že kopírování jediného vzoru je plagiátem, kritické posouzení silných stránek i slabin mnoha vzorů a vyhodnocení podmínek jejich proveditelnosti je správně zaměřeným výzkumem. Důležitým prvkem rozvoje inovačního podnikání jakékoliv organizace je uplatnění vhodně modifikovaných poznatků, získaných studiem stylu úspěšných, při generování individuálních přístupů k dalšímu rozvoji společenského působení organizace.

Učení se z vlastních (i cizích) zkušeností a neustálé rozvíjení profesních kompetencí jednotlivých pracovníků organizace je nikdy nekončící proces. Proto si každý lídr musí průběžně vymezovat další cíle svého *osobního rozvoje* (ne výkonnostní, ale osobnostní!). Stanovení výkonnostních cílů jej motivuje k efektnímu předvedení ostatním, že má potřebnou inteligenci a osobní kompetence, které mu umožní tyto cíle dosáhnout. Naopak, osobnostní cíle posilují úsilí využívat účelně a efektivně metody osobního rozvoje k tomu, aby lídr dokázal *být tím, kým chce být sám* (tedy, aby si vytvořil prostor pro to, aby se mohl chovat autenticky).

Pro dosažení cílů osobního rozvoje je důležité, aby jedinec dokázal nelpět na „svém příběhu“. Ať už jsme si toho vědomi, či pouze podvědomě, každý z nás dovoluje, aby ho jeho minulé úspěchy a z nich vyplývající osobní postoje vedly i v nových životních situacích. *Zdroje minulých úspěchů však časem ztrácí svou účinnost*, takže minulé zkušenosti každý z nás v nové externí situaci musí výrazně modifikovat (a někdy na ně dokonce zapomenout!) a začít s čistým stolem. Navázat na minulé úspěchy je sice vhodné (a asi jediné účinné), ale zároveň je nutné posoudit, jak se od té doby změnil externí podmínky, aby tak bylo možné dříve získané zkušenosti transformovat do podoby znalostí, potřebných k úspěchu dnes. To umožní každému jedinci vytvořit si „nový příběh“ a tím fixovat i novou startovní pozici pro další rozvoj jeho profesních i osobních schopností.

Použitá literatura:

- **Ibara, H.** *The Authenticity Paradox. Why feeling like a fake can be a sign of growth.* in: Harvard Business Review. January-February 2015, pp. 53-59
- **Ihring, M. - Macmillan, I.** *Managing Your Mission-Critical Knowledge.* in: Harvard Business Review, January-February 2015, pp. 80-87
- **Pitra, Z.** *Vliv úplné digitalizace produktů na sociální klima tvorby podstatných inovací.* in: Aplikovaná psychologie 1/2016, ss.43-51, ISSN 2336-82-76
- **Sunstein, C., R. - Hastie, R.** *Making Dumb Groups Smarter.* in: Harvard Business Review, December 2014, pp. 90-98
- **Thomke, S. - Manzi, J.** *The Discipline of Business Experimentation.* in: Harvard Business Review, December 2014, pp.70-79

O autorovi:

Prof. Ing. Zbyněk Pitra, DrSc.

Po absolvování strojí fakulty ČVUT v roce 1965 působil v různých pracovních pozicích a později i vedoucích funkcích v průmyslu, v organizacích základního i aplikovaného výzkumu, v institucích státní správy, ve vzdělávacích a poradenských společnostech i jako učitel na vysokých školách v ČR i v zahraničí. Absolvoval dlouhodobé studijní a pracovní pobyty v SRN a v USA. Byl a stále je aktivně zapojen do činnosti několika statutárních orgánů českých firem a je členem vědeckých rad tří univerzit v ČR.

Jeho hlavní profesně-výzkumnou orientací je zvyšování podnikatelské výkonnosti a efektivity inovačních aktivit organizací. Je autorem 25 knih a učebních textů a více než 600 odborných článků a příspěvků na konferencích, publikovaných doma i v zahraničí.

Rehabilitace v klinické neuropsychologii

Rehabilitation in Clinical Neuropsychology

Petr Kulišťák

Abstrakt

Aplikovaná neuropsychologie s sebou přináší využití nejen u zdravých lidí, např. v oblasti sportu, vzdělávání, forenzní problematiky, teroru a války apod., ale především ve zdravotnictví, kde se týká péče o jedince s různými onemocněními nervového systému a hlavně mozku. Takové choroby či stavy po poškození CNS vyžadují specifické postupy při obnovování postižených kognitivních a emočních funkcí s cílem návratu člověka do běžného života, či alespoň zachování soběstačnosti. Neuropsychologie k tomu využívá jak specifické diagnostické postupy a metody, tak z nich vycházející rehabilitační plány, prováděné v rámci týmu rehabilitačního zařízení. V tomto obecném vstupu naznačujeme, jaká je situace v této oblasti hlavně v České republice. Skutečností je, že se nyní ani ve světě, ani u nás, neobjevují nějaké zásadní metody, techniky, či postupy, které by byly schopny nějak zřetelně ovlivnit – dá se říci – přirozené procesy obnovování kognitivních i jiných psychických funkcí CNS po jejich poškození. Dlouhodobá sledování naznačují, že přechodně sice dojde k určité pozitivní vývojové akceleraci, ale finální stav jedince s neuropsychologickou rehabilitací, i bez ní, tj. prožívajícího dobu zotavení v běžném domácím prostředí s klasickou každodenní rutinou, zůstává téměř stejný. To ovšem není důvod, abychom rezignovali na další, možná i kreativnější podněty či přístupy a jejich výzkumné i praktické ověřování. Obsah příspěvku stručně popisuje vývoj neuropsychologické rehabilitace až do současnosti, s důrazem na podmínky a aktuální stav v ČR.

Abstract

Applied Neuropsychology is not only useful for healthy people, e.g. in sports, education, forensic issues, terror and war, etc., but also regarding health care for individuals suffering from various diseases of the nervous system and especially the brain. Such diseases or conditions following CNS damage require specific procedures for restoring the affected cognitive and emotional functions in order to return to normal human life, or at least a level of self-sufficiency. Neuropsychology uses both specific diagnostic procedures and methods, and rehabilitation plans based on them and implemented within the team rehabilitation facilities. Considering this we want to identify the current situation in the Czech Republic. The known facts indicate that neither internationally nor within the country there appear any primary methods, techniques or practices that would clearly influence - we can say - the natural recovery processes of cognitive or other functions after CNS damage. Long-term studies suggest that although temporarily there is some positive development acceleration, the final status of individuals with and without neuropsychological rehabilitation (spending the recovery time in a typical home environment with a classic everyday routine) remains almost the same; however that's no reason to give up other, maybe even more creative ideas or approaches, their research and practical verification. The article briefly describes the present development of neuropsychological rehabilitation, with emphasis on the conditions and the current situation in the Czech Republic.

Klíčová slova

Neuropsychologie, Rehabilitace, Diagnostika, Kognitivní funkce

Keywords

Neuropsychology, Rehabilitation, Diagnostics, Cognitive Function

Úvod

Neuropsychologie bývá řazena k neurovědám díky svému obecnému zaměření, tj. hledání vztahu mezi mozkiem a chováním, a to jak v normě, tak i patologii. Oddělila se od klinické psychologie především kvůli skutečnosti, že tato přehlíží CNS – a především mozek – a soustřeďuje se pouze na popis příznaků bez jejich vztahu k němu. Neuropsychologie bere ve svých interpretacích poruch chování v úvahu i CNS a hlavně mozek. Respektuje samozřejmě podíl sociálních vlivů, prostředí atd. Rozdíl je také v oblasti terapeutického přístupu, kdy klinická psychologie preferuje různé psychoterapeutické formy (např. Kratochvíl, 2007 hovoří o „psychoterapii v neurologii“) opět bez akceptace jejich působení na nervový systém, kdežto neuropsychologie má v rejstříku svých léčebných postupů neuropsychoterapii (např. Grawe, 2004). Jedná se o psychoterapii, která počítá s existencí nervového systému u člověka a snaží se využít poznatků o něm i jeho poruchách při (neuro)psychoterapeutické intervenci. Tady je nutno podotknout, že celá „neuropsychologická činnost“, tj. diagnostika, terapie, práce s pacientem, jeho rodinou atd., se vždy odehrává v psychoterapeutickém milieu. Tím chceme odmítnout časté zavádějící představy odborné veřejnosti, že neuropsychologický přístup k nemocnému jedinci má spíše „technicistní“ či „vědecko-experimentální“ charakter a je svým způsobem málo klinicko-psychologický, psychoterapeutický, apod.

Nezbytným článkem psychologického „subtýmu“ v rámci rehabilitačních zařízení, je kromě neuro-psychologa také rehabilitační psycholog. Obvykle jím bývá klinický psycholog obecné orientace, jehož hlavním posláním je zajišťovat pozitivní motivaci rehabilitovaných jedinců, aby tak zvýšil jejich zájem o aktivní participaci na rehabilitaci. V případě nutnosti, dále pracuje formou adjuvantní psychoterapie, (obvykle využívá svou psychoterapeutickou metodu), spolupracuje se všemi odbornými pracovníky rehabilitačního zařízení (tj. rehabilitačními lékaři, fyzioterapeuty, logopedy, ergoterapeuty, neuropsychology, nutričními a rekreačními terapeuty, atd.) a věnuje se rodinným příslušníkům těžce postižených klientů. Nutné je praktické upozornění, že neuropsycholog může suplovat klinického psychologa a rehabilitačního psychologa – zvláště má-li psychoterapeutický výcvik – oba zmínění však nemohou nikdy plnohodnotně nahradit neuropsychologa, nemají-li tuto nadstavbovou specializaci (důvodem je především jejich neznalost specifické diagnostiky poruch mozku – tedy např. poznávacích funkcí i dalších narušení – a využívání „všezahrnujícího“ a bezobsažného pojmu „organicita“, kterým se snaží zpřesnit neurčitost svých diagnostických závěrů, i když je pravdou, že tento termín, snad také díky vzdělávání klinických psychologů v neuropsychologii, kvapem mizí).

Historie neuropsychologické rehabilitace⁸⁴

Současně jako neuropsychologie sama, rozvíjela se i jedna její aplikovaná složka, neuropsychologická rehabilitace, poněkud díky velkým lidským katastrofám, světovým válkám. Státy „západní“ i „východní“ měly obrovské množství zraněných, především mladých mužů. A mezi nimi byli i ti, jejichž zranění mozku postihlo i poznávací funkce (vnímání, pozornost, řeč a jazyk, myšlení a tzv. exekutivní funkce). Po I. světové válce přispěl k rozvoji rehabilitace svými zákony kancléř Bismarck a z této doby jsou dobře známa jména Kurta Goldsteina (1919) a Waltera Poppelreutera (1917/1990), kteří mimo jiné, přišli jako první s tvorbou neuropsychologických diagnostických nástrojů – testů. Patří k nim např. také Wisconsin Card Sorting Test Weiglové (1927/1941). Goldstein (1942) pracuje např. na terapii poruch řeči, čtení a psaní. Velký rozmach vnesly do rehabilitace poznávacích funkcí též následky těžkých poranění mozku u vojáků ve II. světové válce. Z tohoto období pocházejí také základní díla světoznámého ruského specialisty na neuropsychologickou rehabilitaci, prof. A. R. Luriji (např. Lurija, 1947; Lurija, 1962, 2000 a další). Rozvinul zejména znalosti o lokalizaci mozkových lézí a na základě toho postupy pro rehabilitaci motorického plánování, zrakové percepce, frontálních funkcí mozku a také řečovou terapii.

⁸⁴ Při obnově poznávacích funkcí se používá spíše pojem „restituce“, v souvislosti s péčí o jedince s afázií a obnovením řeči se jedná o „reedukaci“ a někteří odborníci namísto termínu rehabilitace hovoří v této souvislosti o „remediaci“.

Obdobně tomu bylo také v USA, Velké Británii, Německu, Francii a dalších státech, kde vznikala centra pro válečné veterány. Zde probíhala – kromě klasické somatické rehabilitace – i restituce kognitivních funkcí. Ve Spojených státech amerických se začali specialisté v neuropsychologické rehabilitaci věnovat též dalším pracovním možnostem jedinců, kteří se léčili pro mozkové léze (occupational therapy).⁸⁵ Ve Velké Británii vznikají rehabilitační centra a mezi zakladatele patří např. Babington (1954), Hern (1946), Zangwill (1945) a další. V rehabilitaci poznávacích funkcí vzniká a rozvíjí se týmová spolupráce neuropsychologů a logopedů se zaměřením na afázie.

Narůstá i výzkumná činnost v této oblasti, např. Wepmann (1951) v Kalifornii se snaží srovnat výsledky spontánní a terapií řízené úpravy kognitivních poruch. V 70. letech se objevily studie přežití a rehabilitace po neurochirurgických zákrocích (Jennett & Teasdale, 1981). Inovativní přístupy zavedl Yehuda Ben-Yishay (1996), který preferoval doménově specifické tréninky. V roce 1979 navrhl holistické rehabilitační programy pro vojáky s poraněním mozku. Ty pak byly rozvíjeny Christensenovou (1992), Prigatanem et al. (1986), Scherzerem (1986) a dalšími. Začaly se využívat dotazníky a posuzovací škály pro zhodnocení vývoje stavu rehabilitovaných osob (např. Disability Rating Scale od Bellona, Wrighta, Jamisonové a Kolaokowsky-Haynerové, 2012; Community Integration Questionnaire autorů Willera a Rosenthala, 1993), pozornost se věnuje emočním a behaviorálním změnám. Objevují se i skeptické názory na efektivitu léčebné rehabilitace, a proto je zapotřebí intenzivně zkoumat výsledky rehabilitace poznávacích funkcí mozku a sledovat vývoj v této oblasti. Od roku 2000 (Cicerone et al., 2000) má obor své standardy, popisy terapeutických postupů pro rehabilitaci, např. pozornosti, paměti, řečových dovedností, řešení problémů a jejich využití v běžných podmínkách samostatného života.

Neuropsychologická diagnostika

S neuropsychologickou rehabilitací úzce souvisí diagnostikování poruch, které chceme ovlivňovat, a tudíž je musíme vždy před samotným procesem rehabilitace dobře popsat a definovat. Diagnostické postupy v neuropsychologii se vyvíjely a postupně propojovaly na základě dvou zdrojů, či přístupů. Jedním byl klinický neurologicko-psychologický styl vyšetřování Lurijův, druhým bylo psychometrické a testové hodnocení anglo-americké. Z nich vychází také dvě základní neuropsychologické diagnostické a testovací baterie, Lurijovo neuropsychologické vyšetření (tvoří je klinické zkoušky různého charakteru, mapující jednotlivé oblasti mozku – viz verze Christensen, 1977); vyšetření samo nemá kvantitativní výstup, odpovídá spíše neurologickému klinickému vyšetření, zaměřenému na korové funkce a jeho hodnocení vyžaduje klinickou zkušenost. Posléze bylo týmem americké univerzity ve státě South Dakota kvantifikováno a publikováno jako Luria-Nebraska Neuropsychological Battery – LNNB (Golden, Purisch & Hammeke, 1991).

Protikladem je americká Halstedova-Reitanova neuropsychologická baterie (Reitan, 1985), (HRNB – je souhrnem samostatných testů, směřujících k různým kognitivním funkcím a podávajících pak souhrnně informaci o celkovém narušení a případných lokalizačních úvahách o místě léze). I v současnosti existují stále zastánci těchto rozsáhlých testových baterií (u nás HRNB preferoval např. J. Preiss, 2009; LNNB převedl do české verze Kulišťák, 1998), ovšem jejich časová náročnost – u HRNB nejméně šest hodin, LNNB kolem dvou a půl hodiny – je v jednom sezení obtížně zvládnutelná i zdravým jedincem, natož pacientem s rozličnými mozkovými poruchami (vyšetření je nutné rozložit do několika dnů). Dalšími faktory, které hovoří v jejich neprospěch, je období, kdy byly vytvořeny, tj. ve 30. letech, a cíl jejich využití, topická diagnostika lézí, jež je v současnosti zbytečná s ohledem na moderní zobrazovací metody strukturální (CT, MR) i funkční (SPECT, PET, fMRI)⁸⁶ a jejich kombinace. Proto nynější neuropsychologická diagnostika směřuje spíše k „ad hoc“ vytvořeným sestavám jednotlivých

⁸⁵ U nás se obvykle používá termín „ergoterapie“.

⁸⁶ CT – počítačová tomografie; MR – magnetická rezonance; SPECT – jednofotonová emisní počítačová tomografie; PET – pozitronová emisní tomografie; fMRI – funkční magnetická rezonance.

testů (např. pro každou klinickou jednotku, či funkci) a získání „kompletního“ obrazu problémů vyšetřovaného jedince, který podle potřeby doplňujeme (níže uvádíme příklady takových technik). Zvláště výhodný je tento diagnostický přístup v oblasti neuropsychologické rehabilitace poznávacích funkcí, kdy je hlavním úkolem neuropsychologa provést vstupní vyšetření, na základě jeho výsledků naplánovat hlavní směry a úrovně rehabilitace narušených, event. úplně chybějících schopností, dovedností atd. V průběhu tohoto procesu je zapotřebí sledovat výsledky restituce a opět na základě kontrolních vyšetření případně změnit plán obnovy funkcí – zpomalit, upravit, přesunout, obejít vhodným způsobem úplný výpadek některé složky atd. Závěr pak tvoří výstupní vyšetření, které hodnotí dosažené výsledky jednak v jednotlivých oblastech a pak především v komplexu schopností jedince pro běžné požadavky samostatného života. Aktuálně jsou hojně využívány také počítačové diagnostické programy, např. holandské – do českého jazyka přeložený FEPSY – The Iron Psychologist (Moerland, Aldenkamp & Alpherts, 1986; česky Kulišťák & Chamoutová, 1993), (<http://www.fepsy.com/>) a ANT2 – Amsterdam Neuropsychological Tasks) (<http://www.sonares.nl/>), VTS – Vienna Test System (<http://cz.asystems.as/produkty/schuhfried/vienna-test-system-vts>), jež má i českou mutaci nebo univerzální NEURO-3 (Gaál, 2002), který je možné používat jako diagnostický i rehabilitační nástroj také v české verzi (<http://www.neurop.de/>). Počítačové sestavy testů mají velkou výhodu v precizním záznamu, hodnocení a nabídce dalšího statistického zpracování výsledků. Někteří kliničtí psychologové však dosud dávají přednost klasickému testování formou „tužka – papír“.

Není třeba zdůrazňovat, že základním pilířem neuropsychologické diagnostiky (z něhož např. vychází všechny verze Lurijova neuropsychologického vyšetření) je anamnéza, která je sejmuta u klienta, jeho nejbližších osob, tj. rodinných příslušníků apod. Z uvedeného vyplývá, že je nezbytné, aby neuropsycholog zvládl celou řadu diagnostických postupů a mohl pak situačně volit nejvhodnější (např. se bude lišit testová sestava pro pacienta po CMP – cévní mozkové příhodě – s afázií od škály vyšetření třeba u jedince s kvadruplegií apod.). Zvláště důležitá je skutečnost, že se – jak jsme zmínili již výše – od diagnostiky odvíjí veškerá rehabilitace (restituce) poznávacích i jiných mozkových funkcí u člověka, o kterého pečujeme (velmi pregnantně to vyjadřuje Schweizer, 1999).

Pozornost/soustředění

Škrtačí test

(**) Wechslerova inteligenční škála pro dospělé

Test kontinuálního výkonu

(verze R nebo III)

Subtest WMS-R (III) „Mentální kontrola“

Stanford-Binetův test inteligence (čtvrté a další

Trail-making A a B

vydání)

WMS-R (III) doplněk: abeceda - křivky

(*) Ravenovy matice

abeceda – rýmy

Shipleypův test: subtest „abstrakce“

(*) Rozpětí číselné řady

(*) Rozpětí zřetěžených řad (WMS-R, III)

Jazyk

(*) Počty (WAIS-R, III)

Bostonské diagnostické vyšetření afázie (BDAE),

(*) Wisconsinský test třídění karet WCST

zahrnující materiál tvoření představ a subtesty

Stroop

„krádeže v kuchyni“

(*) Sluchový sčítací test (PASAT)

(*) Bostonský test pojmenování

Inteligence/usuzování

(*) Test pozornostní kapacity (ACT) ***

Peabodyho obrázkový slovník – revidovaná verze

(*) Symboly (WAIS-R, III) vedlejší učení

(PPVT-R) (OSS – obrázkově slovníková zkouška)

Test řízených slovních asociací (COWA, FAS)

Paměť/učení Shipleyův test: subtest „slovník“

(**) Wechslerova paměťová škála (R, III)

(**) Test širokého výkonu – revidovaná verze

(*) Reyův test sluchově slovního učení (RAVLT)

(WRAT-R):

(*) Kalifornský test slovního učení (CVLT)

Subtesty „Hláskování“ a „Čtení“

(*) Reyova-Osterriethova komplexní figura: vybavení

Token-test

Bentonův test zřetěžených znaků

Warringtonův test zřetěžených znaků

Matematika

Denmanova neuropsychologická paměťová škála

WRAT-R: subtest „počítání“

Petersonova interferenční úloha

Bostonský matematický test parietálního laloku

(*) Buschkeův test selektivního připomínání
(*) Počty (WAIS-R, III)
Randtův paměťový test
Stanford-Binet: kvantitativní, početní řady,
(*) WCST
subtest „porovnávání staveb“
Sešitový test kategorií
Albertovy „známé tváře“

Zrakově-prostorové schopnosti

Škrtačí test

Exekutivní funkce

WAIS-R (III): Kostky, Skládání předmětů
(*) Test řízených slovních asociací (COWA, FAS)
Test půlení úseček
(*) Ruffův test kresebné plynulosti
Reyova-Osterriethovakomplexní figura: obkreslení
(*) Porteusova bludiště
Hooperův test zrakové organizace
(*) WCST
Bentonův test rozlišování tvarů
(*) Sešitový test kategorií
Porteusova bludiště

Ostatní

Galvestonský test orientace a amnézie (GOAT)
Vyšetření neurobehaviorálního kognitivního
stavu (Cognistat)

Pozn. k tab.:

(*) Zvláště citlivý na problémy u mírného TBI
(**) Měl by být zařazen při hodnocení pacientů s mírným TBI
(***) Lze získat u: Dr. A.M. Weber, 1322 3rd Street SE, Suite 250, Puyallup, WA 98372

Zrakově-slovní test

Bostonský kresebný test parietálního laloku
Řazení obrázků (WAIS-R, III)
Test „hračky z drátů“ (tinkertoy)

Pohyb

Behaviorální posuzovací škála exekutivních funkcí
Prstový tapping
(**) Lurijův test poloh ruky

Emoce/chování

(**) Psaní opakujících se řad
Beckův dotazník depresivity
(M a N; mnohonásobné smyčky)
Profil stavů nálady (POMS)
Číselné symboly (WAIS-R, III)
Minnesotský multifázický osobnostní dotazník
Síla stisku (dynamometr)
(MMPI)
Zasouvačka (GroovedPegboard)
Portlandský dotazník adaptability
Testy apraxie

Tab. 1. Některé neuropsychologické testy a techniky, které jsou vhodné pro zhodnocení různých kognitivních a emočních/behaviorálních oblastí (Morse & Montgomery, 1992, p. 118)

Neuropsychologická rehabilitace

Kapitola o historickém vývoji neuropsychologie nám ukázala, že její rozvoj určoval jednak větší zájem o výzkum různých oblastí mozkových funkcí vůbec, a z velké míry to byly též poznatky klinické, získávané právě při rehabilitačních snahách. Neuropsychologie participovala (a participuje) v podstatě na léčbě/rehabilitaci u mnoha etiologických jednotek neurologických – kraniocerebrální traumata, cévní mozkové příhody (s nimi souvisící motorické i kognitivní poruchy), novotvary CNS, degenerativní onemocnění (Alzheimerova, Parkinsonova, Huntingtonova choroba i další vzácnější varianty), péče po neurochirurgických zákrocích všech druhů (např. epilepsie, již uvedené tumory a jiné operace). Také v oblasti psychiatrie se pracuje s programy pro remediaci kognitivních funkcí, a to především u psychotických onemocnění (schizofrenie, deprese), (např. McGurk et al., 2007; Chylová & Slavkovská, 2014). V ČR se neuropsychologickému tréninku u duševně nemocných jedinců aktivně věnovali či věnují např. Diamant,⁸⁷ 1982, 1987, 1998; Diamant & Haakkart, 1989; Diamant & Vašina 1998; Papežová, 2006;

⁸⁷ Doc. PhDr. et MUDr. J. J. Diamant prováděl neuropsychologickou rehabilitaci po svém odchodu z Československa v roce 1968 v Nizozemí, kde pracoval v Psychiatric Centre „St. Willibrord“, Heiloo.

Perglová, 2006; M. Preiss et al., 2006, 2010; Preiss & Kučerová, 2006; Rodriguez, 2006; Rodriguez et al., 2002, 2004.⁸⁸

Ve všech uvedených oblastech se neuropsycholog zajímá o jednotlivé části, či celky funkcí od bdělosti (vigility, hloubky kómatu, lock-in syndrom), vnímání všemi sensorickými kanály (zrak, sluch, hmat, čich a chuť), motoriky (hrubé a jemné pohyby, síla, přesnost apod.), pozornosti (příp. vigilance), paměti (pracovní, krátkodobá, střednědobá a dlouhodobá a také dělená podle modalit), řeči a jazyka (afázie, prozódie, dysartrie aj.), myšlení (psychiatrické aspekty, např. bludy, halucinace apod.) a exekutivní funkce (plánování, rozhodování, monitorování, zpětnovazební funkce, cílená činnost, aktivace, inhibice atd.). V rehabilitaci některých z nich spolupracuje velmi úzce s medicínskými specialisty, např. rehabilitačními lékaři, neurology, psychiatry i odborníky oborů nelékařských jako jsou fyzioterapeuti, ergoterapeuti, afaziologové atd., jinde neuropsychologie přispívá větší měrou, danou např. její hlavní orientací na poznávací funkce. Podílí se tak na vytváření optimálních podmínek pro souhru všech rehabilitačních odborníků a je jim k dispozici se svými poznatky či řeší návrhy z jejich strany a doplňuje tak rehabilitační komplex.

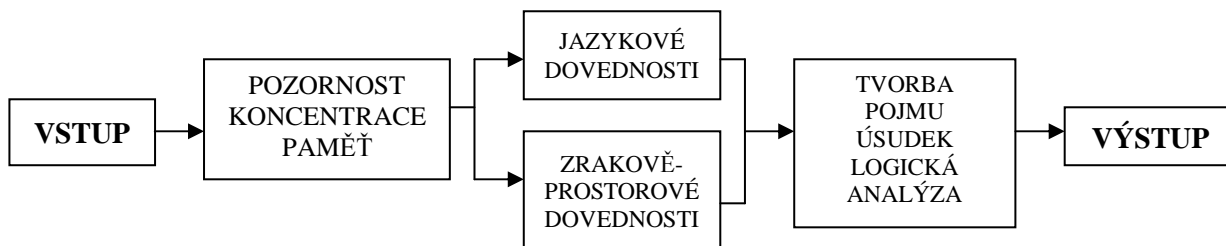
Vývoj neuropsychologické rehabilitace u nás

Neuropsychologická rehabilitace kognitivních funkcí v ČR zatím v podstatě nemá žádnou „historii“. Ta se teprve v současnosti tvoří, a to pouze omezeně, na několika málo pracovištích (kupodivu převládají zařízení psychiatrická, nad neurologickými a rehabilitačními). Je to někdy dáno nepochopením zdravotnických odborníků vůči nabídce neuropsychologie jak v oblasti výše zmíněné, diagnostice a ještě mnohonásobně více právě v možnostech využití rehabilitace neuropsychologickými nástroji a postupy. Ve srovnání se „světem“ (viz např. odborný časopis *Neuropsychological Rehabilitation*) zde žijeme téměř ve „středověku“. Je samozřejmé, že i jinde se některé strategie, techniky a podobně teprve tvoří a experimentálně ověřují, ale i tímto způsobem se obor rozvíjí a postupuje vpřed při pomoci jedincům s postižením mozku a jeho funkcí. Stagnující situace u nás je z velké části dána také již dříve zmíněnou orientací klinických psychologů na psychoterapii, neboť ta nevyžaduje osvojení si „nadbytečných“ informací interdisciplinárního charakteru, jako je tomu u neuropsychologie.

Postupy, techniky, pomůcky atd., používané v neuropsychologické rehabilitaci, se zpočátku z velké části prolínaly s ergoterapií (occupational therapy), logopedií a dalšími specializovanými obory v rehabilitaci. Hodně metod bylo „konstruováno“ na základě diagnostických technik, např. pomůcek a názorného materiálu v Lurijově neuropsychologickém vyšetření. Dále se používaly různé dětské stavebnice, kubusy, skládačky, různé rébusy, jednoduché počítačové hry (systém DOS) apod. Tady je nutné zmínit, že obdobným vývojem prošla – a dá se říci, zastavila se v něm – i koncepce neuropsychologického rehabilitačního programu „ReHabit“, což je produkt Reitanovy neuropsychologické laboratoře (<http://www.reitanlabs.com/index.html>). Pomůcky tohoto systému jsou speciálně vyrobeny pro každou rehabilitovanou (cvičenou) funkci podle propracovaného plánu. Autor této koncepce, R. M. Reitan, neuznává počítačem asistovanou terapii, neboť jí – podle jeho slov – nelze dosáhnout kýžené efektivity rehabilitované funkce pro její použití v běžném životě. Představa posloupnosti cvičení jednotlivých funkcí v systému ReHabit ukazuje schéma:

⁸⁸ Autor tohoto příspěvku v tomto oboru – psychiatrii – nepracuje, tudíž čtenáři pro bližší seznámení s touto problematikou doporučuje práce výše zmíněných autorů.

Teoretický rámec rehabilitace neuropsychologických poruch (Reitan, 1992, str. 1)



Další fází vývoje rehabilitace kognitivních funkcí byl postupný přechod k počítačovým rehabilitačním programům. Vynutily si to jednak podmínky „racionalizace práce“⁸⁹ a jednak světové trendy a nabídka na odborných pracovištích vytvořeného rehabilitačního softwaru. Avšak jeho problémem jsou vysoká cena a též někdy „zásadní“ připomínky k účinnosti takto prováděné restituce poznávacích funkcí mozku. K těm patří především „odlidštěnost“ přístupu, tj. klient nekomunikuje přímo s terapeutem, ale s počítačem, dále je to nízká ekologická validita, čímž se má na mysli malý vliv na „přirozenou“ úroveň trénované funkce, která pak selže při vyšších nárocích v běžném životě (zde nejsou ale uváděna exaktní výzkumná data), zbytečné drilování (i když v dnešní době tráví lidé někdy hodiny u počítačových her).

Naopak např. Kurlychek a Levin (1987) vybrali některé prvky, ukazující na významnou kompatibilitu obecného paradigmatu kognitivního tréninku a využití počítačů v něm: 1. předkládání úloh v pořadí od jednoduchých ke složitým; 2. výběr úloh takové obtížnosti úrovně, která zaručuje vysoké množství úspěšnosti; 3. požadavek zvládnutí prvku jako předpoklad postupu; 4. důraz nejen na správnost reakce, ale také tempa a rychlosti; 5. časté poskytování kladné nebo korektivní zpětné vazby; 6. postupné snižování množství a úplné vymizení nápovědy ze strany trenéra (počítače) a 7. požadavek zvyšování iniciativy a soustředěné vytrvalosti u cvičícího jedince. Konkrétní názorný příklad velké účinnosti včas použité a adekvátně plánované počítačem asistované rehabilitace kognitivních funkcí uvádíme podrobně jinde (Kulišťák, 2002).

Počítačové rehabilitační programy

V počátcích byly využívány na našich rehabilitačních pracovištích tyto počítačové programy: Train the Brain (Giaquinto, 2000), rozšířený především v Itálii a původem francouzská Memory Game, což jsou softwarové pomůcky, vyprodukované některými farmaceutickými firmami, jež však mají, za podmínek nemožnosti opatřit si programy rozsáhlé, svůj nedocenitelný význam i dnes. Můžeme je totiž klientům poskytnout i pro trénink v domácím prostředí. Velmi populární a rozšířený i mezi staršími

⁸⁹ Pokud je v rehabilitačním zařízení – klinika, oddělení, ústav – pouze jeden neuropsycholog a má provádět diagnostiku, na jejím základě plánování terapie, realizovat její průběžnou kontrolu s úpravou postupů u jednotlivých cvičených funkcí a na závěr pobytu klienta (pacienta) v příslušné instituci ještě uskutečnit vyšetření výstupní, je pro něho situace obtížně zvládnutelná, má-li ještě současně uskutečňovat i počítačem asistovanou terapii. Bohužel, situace je v praxi taková, což se odráží v minimální odborné péči o postižené poznávací funkce mozku; částečně ji samozřejmě supluje ergoterapeuti, fyzioterapeuti a logopedi, ovšem taková činnost nepatří do jejich pracovní náplně a např. požadavky neuropsychoterapie jim ani nepřísluší. V zahraničních pracovištích je toto řešeno klasicky odborníky s obvykle bakalářským, event. středně zdravotnickým vzděláním, specializovanými právě na praktickou realizaci restituce poznávacích funkcí, kterou plánuje a řídí erudovaný specialista, v tomto případě neuropsycholog.

lidmi bez narušení kognitivních funkcí je program HappyNeuron Brain Jogging (Croisile, 2006) občanského sdružení COGNITIO (<http://www.cognitio.cz/>), jež je možné používat i online. Pak jsou to velké profesionální „balíky“ rehabilitačního software, k nimž patří CogniPlus, jež je graficky – a zčásti i obsahově – inovovaná verze svého předchůdce, programu ReHaCom, firmy Schuhfried (<http://www.schuhfried.at/en/products/rehacom.html>) u nás zastoupené pobočkou Assessment Systems s.r.o. (<http://www.asystems.cz>). Podkladový materiál tohoto počítačového rehabilitačního systému byl vytvořen na neurologických klinikách univerzitních nemocnic ve Vídni a Magdeburgu.

Program má rozsáhlé možnosti v trénování funkcí téměř všech sensorických vstupů – zrak, sluch, jemná motorika – a v podstatě všech funkcí kognitivních, tj. pozornost, paměť, verbální dovednosti, myšlení, exekutivní funkce a komplexní kombinace funkcí, požívaných v běžném životě. U každé z nich jsou to i různé typy, např. paměť pracovní, krátkodobá, dlouhodobá, verbální, neverbální atd. Dále je tu možnost nastavení všech parametrů podle výkonnosti klienta, způsobů ovládání – myš, joystick, speciální panel pro klienty s motorickými poruchami a dotyková obrazovka – intuitivní vedení programem tak, aby i případně klient sám, bez přítomnosti terapeuta, mohl provádět jednotlivá cvičení. Funkce jsou uloženy modulárně, takže při koupi je možný výběr jen cvičení pro zvolenou funkci.

Další – u nás již značně rozšířený především na psychiatrických pracovištích – je americký počítačový rehabilitační program PSS CogReHab, The Ultimate Multimedia Cognitive Rehabilitation Software System (Bracy, 1986) (<http://www.neuroscience.cnter.com>). Skládá se z osmi základních modulů vždy dvou úrovní obtížnosti, které obsahují různá množství samostatných cvičení (základních verzí bez obměn je 78). Opět má – jako předchozí software – možnosti různých nastavení všech parametrů, vyhodnocení a grafické znázornění výsledků, jež se obvykle probírají po tréninku s klientem kvůli jeho informovanosti a hlavně zvýšení motivace k další práci. Získané údaje mají také výstup pro statistické zpracování. Moduly jsou „základní“, „zrakově-prostorový“, „paměťový“ a „řešení problémů“.

Posledním rehabilitačním počítačovým programem, který zmíníme, je u nás také známý – a to především kvůli své nepřehlédnutelné výhodě, spočívající v možnostech vyšetření poznávacích funkcí i jejich restituce zároveň – a již zmíněný v části o diagnostice v neuropsychologii, Neurop-3 (Gaál, 2002; Kulišťák, 2003). Tento program poskytuje i dvě další podstatná vylepšení, a to možnost využít vlastní „názorný materiál“ pro přípravu jednotlivých cvičení, tj. např. fotografií, obrázků atd., což je při rehabilitaci klientů s poškozenou pravou hemisférou mozku velká výhoda. Zakomponování tohoto známého materiálu umožňuje jednoduchý editor, kterým může i „programátorský“ nevzdělaná osoba změnit nastavení. A ještě jednou velkou předností tohoto software je jeho „domácí verze“. Je to omezená část programu – bez diagnostické části – kterou může cvičící osoba používat samostatně doma. Na tomto principu je založená tzv. „teleterapie“, kdy terapeut komunikuje s doma trénujícím klientem po internetové síti. Klient mu odesílá výsledky, terapeut je hodnotí, mění parametry pro další cvičení, vkládá jiný materiál apod. Tento způsob „dálkové terapie“ je v zahraničí běžný a ušetří klientovi třeba desítky kilometrů jízdy za terapeutem atd. Podstatné úpravy jsou uskutečňovány v rámci osobního setkání při ambulantní návštěvě klienta na pracovišti terapeuta. V současnosti existuje celá řada dalších programů pro rehabilitaci funkcí mozku, jež jsou nabízeny online, ovšem limituje je – u starších jedinců – hlavně jazyk, tj. angličtina, němčina, francouzština a obecně též vysoké poplatky při jejich plnohodnotném využívání.⁹⁰

Závěrem je zapotřebí u počítačových rehabilitačních programů upozornit na občas se vyskytující námitky klientů, např. že „... takových a lepších her mám (mají mé děti) doma desítky ...“ apod. Tady je vhodné podle stupně postižení klienta vysvětlit, že se nejedná pouze o hry, ale odborně vytvořený software na ... (výše zmíněné kliniky apod.), anebo – když klient není s to akceptovat takové vysvětlení –

⁹⁰ Captain's log cognitivesystem (Sandford & Brown, 1988); Posit Science Brain Fitness Program (Merzenich et al., 1998); CogniFit (Breznitz, 1999); Cogmed (Klinberg, 2008) u nás používá Centrum duševního zdraví v Jeseníku; Lumosity (Jaeggi et al., 2008) a jiné.

nabídnout mu možnost hrát si s jinými hrami, než má k dispozici doma. Tohoto aspektu pak lze využít v motivaci pro další zlepšování funkcí atd.

Neuropsychoterapie

Oblast neuropsychoterapie je značně obsáhlá a u nás zatím nedocenená a především nepochopená alternativa klasické psychoterapie (Kulišťák, 2011). Psychoterapeuti nejsou s to „vystoupit ze zajetí“ svých teoretických a praktických škol a proto – bohužel – nejsou schopni plně efektivně a adekvátně pracovat s lidmi po nějaké mozkové lézi. Dokladem toho je skutečnost, že opakovaně vznikala v různých psychoterapeutických zařízeních a klinikách oddělení pro pacienty po organických poškozeních mozku a také velmi rychle zanikala.

Dalším důkazem inkompatibility běžné psychoterapie pro jedince, rehabilitované s poškozením mozku, je stále trvající neutěšený stav, kdy v situaci odeslání klientů/pacientů do klasických skupinových psychoterapií – neboť jsou ve stádiu terapie, kdy již nutně potřebují „vnesení sociálního prvku“ pro svou pozdější adaptaci na společenské podmínky – se tito brzy vracejí zklamáni zpět ke svému „rehabilitačnímu“ terapeutovi (např. neuropsychologovi, který s nimi prováděl individuální neuropsychoterapii).⁹¹ Tento faktor velmi dobře popisuje Grawe (2004), který upozorňuje na nezbytný předpoklad jednak diagnostických znalostí u psychoterapeuta a jednak určitých, dosti přesných, vědomostí o tom, k čemu při poškození té které části mozku u dané etiologické jednotky asi došlo a s jakými obtížemi je zapotřebí u takového klienta počítat obecně. Toto si pak upřesnit poměrně zevrubným neuropsychologickým vyšetřením. Obdobný postup prozatím „klasičtí“ psychoterapeuti odmítají provádět, přestože se nabízí i velmi dobrá vzdělávací literatura pro tuto oblast (např. Small, 1980).

Závěr

Neuropsychologie a její složky, tj. diagnostika a terapie – zde speciálně zmiňovaná rehabilitace poznávacích i jiných (např. emočních a komplexních osobnostních) funkcí – jsou schopny nabídnout své služby v mnoha oblastech medicíny. Bohužel jsou však po ní žádány služby, jež je schopna poskytnout klasická klinická psychologie. Proto si také většina klinických psychologů obohacuje své teoretické a hlavně diagnostické dovednosti v akreditačních kurzech klinické neuropsychologie. Tyto však prozatím neposkytují širší seznámení s rehabilitačními postupy, sloužícími ke zlepšení kognitivní funkčnosti, plynoucí z poškození nervového systému, neboť praxe privátního klinického psychologa dosud nenabízí prostor pro tuto činnost. Využití erudovaného neuropsychologa, tj. psychologa se zaměřením postgraduálního vzdělání formou doktorského studia (Ph.D.) na oblast klinické neuropsychologie, příp. rehabilitačního psychologa, by bylo možné jen při širší a hlubší informovanosti jednak všech příslušných lékařů specialistů a v souvislosti s podílem na rehabilitaci i profesí nelékařských, tj. fyzioterapeutů, ergoterapeutů, logopedů a dalších zainteresovaných odborníků. Zčásti by k tomu mohly přispět i zde zmíněné zkušenosti a poznatky.

Použitá literatura:

- **Alpherts, W. C. J., Aldenkamp, & A. P. (1993).** *FePsy – The Iron Psyche. System for automated psychological testing.* Heemstede, The Netherlands: Het Instituut voor Epilepsiebestrijding.
- **Babington, A. (1954).** *No memorial: the story of a triumph of courage over misfortune and mind over body.* London: W. Heinemann.

⁹¹ Podrobněji se o potížích skupinové psychoterapie u klientů/pacientů, rehabilitovaných po mozkových lézích různé etiologie, zmiňuje Šplíchal (1999).

- **Bellon, K., Wright, J., Jamison, L., & Kolakowsky-Hayner, S. (2012).** The disability rating scale (DRS). *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 27(6), 449-451.
- **Ben-Yishay, Y., Ben-Nachum, Z., Cohen, A., Gross, Y., Hoofien, D., Rattock, Y., et al. (1978).** Digest of a two-year comprehensive clinical rehabilitation research program for outpatient head injured Israeli veterans. In Y. Ben-Yishay (Ed.), *Working approaches to remediation of cognitive deficits in brain-damaged persons*. Rehabilitation Monograph No. 59, pp. 1-61. New York: New York University Medical Center.
- **Bracy, O. L. (1986).** *Programs for cognitive rehabilitation*. Indianapolis: Psychological Software Service.
- **Coisile, B. (2006).** Memory stimulation. Which scientific benefits? Which exercises? *Revue de Gériatrie*, 31, 421-433).
- **de Sonneville, L. M. J. (1992).** *ANT – Amsterdam Neuropsychological Tasks*. Amstelveen: Sonneville Adice & Research.
- **Diamant, J. J. (1982).** Training of cognitive functions in psychiatric patients with brain dysfunctions: an attempt at integration of behavior therapy methods (In Dutch). *Gedragstherapie*, 15(3), 22-39.
- **Diamant, J. J. (1987).** Training of cognitive functions in patients with cerebral dysfunctions (In Dutch). *Metamedica*, 66, 148-160.
- **Diamant, J. J., & Haakkart, P. J. W. (1989).** Cognitive rehabilitation in an information-processing perspective. *Cognitive Rehabilitation*, January/February.
- **Diamant, J. J. (1998).** Cíle, možnosti a meze neuropsychologické rehabilitace. In B. Vašina, & J. J. Diamant, *Kapitoly z neuropsychologie* (str. 180-210), Brno: Masarykova Univerzita.
- **Diamant, J. J., & Vašina, L. (1998).** *Kapitoly z neuropsychologie*. Brno: Masarykova Univerzita.
- **Gaál, L. (2002).** *NEURO-P-2*. Deggendorf: SAMCO.
- **Giaquinto, S. (2000).** Neurorehabilitation: old and new concepts. *Cerebrovascular Diseases*, 10(Suppl. 4), 49-51.
- **Golden, C. J., Purisch, A. D., & Hammeke, T. A. (1991).** *Luria Nebraska Neuropsychological Battery: Forms I and II. Manual*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.
- **Goldstein, K. (1919).** Die Behandlung, Fürsorge und Begutachtung der Hirnverletzten. Zugleich ein Beitrag zur Verwendung psychologischer Methoden in der Klinik. Leipzig: F. C. W. Vogel.
- **Goldstein, K. (1942).** *Aftereffects of brain injury in war: their evaluation and treatment; the application of psychologic methods in the clinic*. New York: Grune & Stratton.
- **Grawe, K. (2004).** *Neuropsychotherapie*. Hogrefe Verlag GmbH, Co. KG. (česky: *Neuropsychoterapie*. Praha: Portál 2007)
- **Hern, K. M. (1946).** *Physical treatment of injury of the brain and allied nervous disorders*. London: Balliere, Tindall & Cox.
- **Christensen, A. - L. (1977).** *Lurijovo neuropsychologické vyšetření*. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy.
- **Chylová, M., & Slavkovská, M. (2014).** Možnosti neuropsychologickej diagnostiky a kognitívneho tréningu psychických funkcií u psychiatrických pacientov. *Psychiatria pre prax*, 15(2), 55-58.
- **Jaeggi, S. M., Buschkuhl, M., Jonides, J., & Perrig, W. J. (2008).** Improving fluid intelligence with training on working memory. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 105(19), 6829-6833.
- **Jennett, B., & Teasdale, G. (1981).** *Management of head injuries*. Philadelphia: F. A. Davis.
- **Klinberg, T. (2008).** *The Overflowing Brain*. Oxford University Press.
- **Kratochvíl, S. (2005).** *Základy psychoterapie*. Praha: Portál.
- **Kučerová, H., & Říhová, Z. (2006).** Kognitivní deficit u schizofrenie. In M. Preiss, & H. Kučerová (Eds.), *Neuropsychologie v psychiatrii* (str. 189-226). Praha: Grada.

- **Kulišťák, P. (1998).** Neuropsychologická diagnostická technika „Luria-Nebraska Neuropsychological Battery“ (LNNB) (str. 80-90). In M. Preiss (Ed.), *Klinická neuropsychologie*. Praha: Grada.
- **Kulišťák, P. (2002).** Kasuistika. *Trendy v medicíně. Neurologie*, 4, 45-47.
- **Kulišťák, P. (2003).** *NEURO-P-2 (česká verze)*. Praha: IPVZ.
- **Kulišťák, P. (2011).** *Neuropsychologie (2nd ed.)*. Praha: Portál.
- **Kulišťák, P., & Chamoutová, K. (1993).** FEPSY (česká verze). Praha: IPVZ.
- **Kurlychek, R. T., & Lewin, W. (1978).** Computers in the cognitive rehabilitation of brain-injured persons. *CRC Critical Reviews in Medical Informatics*, 1, 241-257.
- **Lurija, A. R. (1947).** *Travmatičeskaja afazija*. Moskva: AMN RSFSR.
- **Lurija, A. R. (2000).** *Vysšije korkovyje funkcie človeka i ich narušeniye pri lokal'nych poraženijach mozga*. Moskva: MGU.
- **McGurk, S. R., Twamley, E. W., Sitzer, D. I., McHugo, G. J., & Mueser, K. T. (2007).** A meta-analysis of cognitive remediation in schizophrenia. *American Psychiatry*, 164, 1791-1802.
- **Merzenich, M. M., Tallal, P., Peterson, B., Miller, S. L., & Jenkins, W. M. (1998).** Some neurological principles relevant to the origins of – and the cortical plasticity based remediation of – language learning impairments. In: J. Grafman & I. Cristen (Eds.), *Neuroplasticity: Building a Bridge from the Laboratory to the Clinic* (pp. 169-187). New York: Springer-Verlag.
- **Morse, P. A., & Montgomery, C. E. (1992).** Neuropsychological evaluation of traumatic brain injury. In R. F. White (Ed.), *Clinical syndromes in adult neuropsychology: the practitioner's handbook* (pp. 85-175). Amsterdam: Elsevier.
- **Papežová, H. (2006).** Kognitivní funkce u poruch příjmu potravy. In M. Preiss, & H. Kučerová (Eds.), *Neuropsychologie v psychiatrii* (269-287). Praha: Grada.
- **Poppelreuter, W. (1919/1990).** *Disturbances of lower and higher visual capacities cause by occipital damage; with special reference to the psychopathological, pedagogical, industrial, and social implications*. New York: Oxford University Press.
- **Preiss, J. (2009).** Halsteadova-Reitanova neuropsychologická baterie (HRNB). *Československá psychologie*, 53(4), 362-375.
- **Preiss, M., Kučerová, H., Navrátilová, P., & Černík, M. (2006).** Kognitivní deficit u depresivní poruchy. In M. Preiss, & H. Kučerová (Eds.), *Neuropsychologie v psychiatrii* (235-267). Praha: Grada.
- **Preiss, M., Čermáková, R., & Rodriguez, M. (2010).** Rehabilitace kognitivních funkcí on-line: možnosti programu Cognifit. *Psychiatrie*, 14(Suppl. 2), 77-80.
- **Prigatano, G. P., Fordyce, D. J., Zeiner, H. K., Roueche, J. R., Pepping, M., & Wood, B. C. (1986).** *Neuropsychological rehabilitation after brain injury*. Baltimore: Johns Hopkins University.
- **Reitan, R. M. (1985).** *Halstead-Reitan Neuropsychological Test Battery: Theory and Clinical Interpretation*. Tucson, AZ: Reitan Neuropsychology.
- **Reitan, R. M. (1992).** *REHABIT (Reitan Evaluation of Hemispheric Abilities and Brain Improvement Training)*. South Tucson, AZ: Reitan Neuropsychology Laboratory.
- **Reitan, R. M. (2004).** A structured program for retraining neuropsychological abilities. In G. Goldstein, & S. R. Beers (Eds.), *Comprehensive handbook of Psychological assessment*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc.
- **Rodriguez, M. (2006).** Úvod do problematiky neuropsychologické rehabilitace. In M. Preiss, & H. Kučerová (Eds.), *Neuropsychologie v psychiatrii* (333-347). Praha: Grada.
- **Rodriguez, M., Mohr, P., & Preiss, M. (2002).** Program počítačové rehabilitace kognitivních funkcí u schizofrenie. *Psychiatrie*, 6(Suppl. 4), 42-45.

- **Rodriguez, M., Mohr., P., Preiss, M., Krulišová, O., & Kawaciuková, R. (2004).** První výsledky počítačové rehabilitace kognitivních funkcí u schizofrenie. *Psychiatrie*, 8(Suppl. 3), 71-75.
- **Sandford, J. A., & Brown, R. J. (1988).** *Captain's log cognitive system*. Richmond: Braintrain.
- **Scherzer, B. P. (1986).** Rehabilitation following severe head trauma: results of a 3-year program. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 67, 366-373.
- **Schweitzer, V. (1999).** *Neurotraining. Therapeutische Arbeit im kognitiven Bereich mit hirngeschädigten Erwachsenen. 2., überarbeitete Auflage*. Berlin: Springer-Verlag.
- **Small, L. (1980).** Neuropsychodiagnosis in psychotherapy. New York: Brunner Mazel.
- **Šplíchal, J. (1999).** Psychologické poradenství a psychoterapie u osob po poranění mozku (str. 43-46). In: J. Šplíchal (Ed.), *Použitý mozek. Sborník referátů, přednesených v Centru neuropsychologické rehabilitace*. Praha: Klinika rehabilitačního lékařství 1. LF UK.
- **Vašina, L., & Diamant, J. J. (1994).** *Kapitoly z neuropsychologie*. Brno: Masarykova Univerzita.
- **Weigl, E. (1927/1941).** On the psychology of so-called processes of abstraction. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 36, 3-33.
- **Wepman, J. M. (1951).** *Recovery from aphasia*. New York: Donald Press.
- **Willer, B., Rosenthal, M., Kreutzer, J. S., Gordon, W. A., & Rempel, R. (1993).** Assessment of community integration following rehabilitation for traumatic brain injury. *The Journal of head trauma rehabilitation* 8(2), 75-87.
- **Zangwill, O. L. (1945).** A review of psychological work at the Brain Injurie Unit, Edinburgh, 1941-1945. *British Medical Journal*, 248-250.

O autorovi:

Doc. PhDr. Petr Kulišťák, Ph.D.

Klinický neuropsycholog, který pracoval na katedře neurologie IPVZ a neurologické klinice Fakultní Thomayerovy nemocnice v Praze. Neuropsychologickou rehabilitací – především jedinců po kranio-cerebrálních traumatech – se zabývá ve Vojenském rehabilitačním ústavu ve Slapech nad Vltavou.

Přednáší na katedře psychologie FF UK v Praze.

Percepcia komunikácie adolescentov s rodičmi v úplnej rodine

The Adolescents' Perception of Communication with Parents in a Complete Family

Karel Paulík, Zuzana Mičková

Abstrakt

Príspevok sa zaoberá obsahom a kvalitou komunikácie rodičov a ich dospievajúcich detí v úplnej rodine. Samostatne bola posudzovaná kvalita komunikácie matky i otca, taktiež boli zisťované rodové rozdiely. V kontexte komunikácie s matkou bolo sledované, aký význam predstavuje vekový rozdiel medzi matkou a adolescentom. Okrem kvality komunikácie (pozitívne alebo negatívne hodnotenie komunikácie rodičov s adolescentmi) bola zaznamenávaná frekvencia tém v rozhovoroch medzi rodičmi a dospievajúcimi deťmi z dôvodu zistenia preferencie tématických okruhov, ktoré sú predmetom rozhovorov rodič-dieťa. Výskumu sa zúčastnilo 168 respondentov (71 mužov, 97 žien), v priemernom veku 17 rokov, 2 mesiace, žijúcich v úplnej rodine. K spolupráci boli získaní prostredníctvom poučených študentov psychológie v ich okolí. Kvalita komunikácie s matkou a s otcom bola zisťovaná pomocou upraveného dotazníka IPPA (Greenberg, 2009). Pre určenie frekvencie komunikačných tém bol analyzovaný obsah výpovedí získaných prostredníctvom dotazníka vlastnej konštrukcie. Výsledky ukazujú, že adolescenti z úplnej rodiny hodnotili rodičovskú komunikáciu prevažne pozitívne, pričom kvalitu komunikácie matky s nimi v porovnaní s komunikáciou s otcom videli ako vyššiu. Kvalita komunikácie nesúvisí s vekovým rozdielom medzi matkou a dcérou/ synom. K najfrekventovanejším témam v rodinnej komunikácii patrili financie a škola. Najmenej frekventovanými námetmi na rozhovor rodičov s adolescentmi boli sex, domáce povinnosti a priateľské kontakty. V hodnotení frekvencie tém boli zaznamenané určité rozdiely medzi chlapcami a dievčatami.

Abstract

The paper, deals with monitoring of the quality of communication, and the preference for the topics discussed, parents with adolescents in the complete family. Separately, was found differences in the perception and assessment of communication of adolescents with mother and father. In the context of communication with mother we also watched the age difference between the mother and the adolescentem. In addition to the quality of the communication (a positive or negative evaluation of the communication to the parents with and adolescents), we will record the frequency, topics of communication between parents and teenage children. 168 respondents participated in the research (71men, 97 women), mean age of 17 years; 2months, living in the complete family obtained the cooperation through informed students of psychology in their area. The quality of communication with mother and father we are exploring using a modified questionnaire IPPA (Greenberg, 2009). To determine the frequency of communications topics, we analyzed the contents of dismissal obtained by the questionnaire our own provenience. The results show that adolescents from the complete family assessed your communication with the parents mainly positively, while the quality of communication with mother evaluated as a higher. Adolescents quality of communication with her mother is not related to age difference between them. The lowest subject of the busiest in the communication with the participation of adolescents in the family was the theme of sex.

Klíčové slová

Adolescent, kvalita komunikácie, otec, matka, syn, dcéra

Keywords

Adolescent, quality of communication, parents, son, daughter

Úvod

Kvalita rodinnej komunikácie závisí od mnohých faktorov, pričom emocionálne väzby možno považovať za jeden z najvýznamnejších determinantov. Mayerová (2014) zistila, že podiel na vážnom emočnom deficite v rodine sa vyskytuje v súvislosti so záporným emočným vzťahom medzi adolescentmi a rodičmi a emočný vzťah sa prejavuje v správaní jedinca. Záporný emočný vzťah môže vplývať na správanie negatívne kým kladný citový vzťah má priaznivý vplyv na komunikáciu v rodine.

Pre obdobie adolescencie je typické osamostatňovanie sa a utváranie intenzívnych emocionálnych vzťahov mimo rodiny. Z výskumu Mičková (2014, 2015) je zjavné, že zdôverovanie je najvýraznejšie vo vzťahu k priateľom, avšak k rodičom pri pozitívnom vzťahu zostáva komunikácia otvorená. Opačné zistenia nachádzame u Oravcovej (2005). Podľa autorky je okrem emočného vzťahu tiež dôležitý faktor spôsob výchovy. Zistenia poukazujú na skutočnosť, že spôsob výchovy bol adolescentmi výraznejšie vnímaný ako kritický. Pochvala a povzbudzujúce správanie sa podľa adolescentov v rodine vyskytuje menej. Šimková (2010) uvádza, že dôvera, priateľstvo, bezvýhradné prijatie a porozumenie sú faktory, ktoré vytvárajú priestor pre otvorenú komunikáciu. Podľa Šramovej (2006) emocionálne nastavenie adolescentov súvisí s vnímaním rodičovských štýlov. Kladný výchovný spôsob rodičov súvisí pozitívne s autonómnym výchovným štýlom. Špecifickosť komunikácie vzniká i v dôsledku rodových rozdielov. Výsledky výskumu (Popelková, Malčeková, 2013) poukazujú na pohlavné rozdiely pri vytvorení si špecifického vzťahu rodiča s dieťaťom. Pohlavie rodiča v súvislosti s kvalitou komunikácie skúmal Matoušek (1997), ktorý v tejto súvislosti uvádza pojem rodová aliancia, kedy vo väčšej miere komunikujú otcovia so synmi a matky viac času venujú rozhovorom s dcérami. Rodové rozdiely sú prítomné i v oblasti expresívnosti, resp. v otvorenosti v emočnom prejave. Tieto rozdiely zistila Barretová (1998). Autorka uvádza, že okrem emočnej skúsenosti majú význam medzipohlavné rozdiely. V expresívnom vyjadrovaní, v otvorenosti zohráva významnú úlohu autonómia a kontrola u mužov, intimita a emočné vzťahy u žien. Ženy podľa výskumov (Brody, 1996) lepšie vyjadrujú a prejavujú emócie a muži ovládajú lepšie neverbálne prejavy. V súčasnosti k determinantom rozvoja komunikácie možno zaradiť i reprodukčné správanie. Podľa Šprochu a Vaňu (2012) sa v súčasnosti výrazne posúva reprodukčné správanie. Autori upozorňujú na neustále sa zvyšujúci vek matiek prvoroďčiek, ktorý v roku 2012 dosahoval 27,5 roka.

Charakteristika problému

Emocionálne vzťahy v rodine umožňujú rozvíjanie neformálnej komunikácie. Emocionálny obsah komunikácie je výsledkom emocionálneho vzťahu. Pozitívne emocionálne väzby umožňujú slobodné vyjadrovanie pocitov, názorov, myšlienok (Výrost, Slaměník, 2008). Prostredie s narušenou komunikáciou vytvára komunikačnú bariéru a bráni tak otvorenej komunikácii. Niektorí autori (napr. Schouten, Putte, Pasmans, Meeuwesen, 2007) spájajú narušenú rodinnú komunikáciu s vyhybaním sa určitým témam. Komunikačné tabu v rodine predstavujú napr. témy so sexuálnym obsahom. Medzi najčastejšie sa objavujúce príčiny tejto averzie boli zaradené pocit zahanbenia, rozpaky, strach z toho, že by povedali niečo nesprávne (pozri Veldová, 2007). V literatúre nenachádzame jednoznačné výskumné závery, ktoré by zdefinovali typ rodiny v ktorej je prítomná otvorená komunikácia, avšak nachádzame závery súvisiace s láskyplným rodičovským vzťahom. Pozitívne dôsledky pre otvorenosť v emočných prejavoch sú výskumne potvrdené i v prítomnosti iba jedného otvorene vreleho a láskyplného rodiča v rodine (Ryan, Martin, Brooks-Grunn, 2006). Otvorená komunikácia ako uvádza Carr-Gregg (2010) je významný determinant pozitívneho emočného vzťahu a prejavuje sa počúvaním, kompromismi, rešpektom, podporou. Elliott (2009) v tejto súvislosti pripisuje dôležitú úlohu skutočnému záujmu, ktorý rodič poskytuje svojmu dieťaťu. Aspekty ako je záujem, podpora, akceptácia možno považovať za emocionálny obsah komunikácie a uvedené oblasti sa nachádzajú v dotazníku IPPA, ktorý sme použili na zistenie „kvality komunikácie“.

Cieľ

Naším cieľom je zistiť ako podľa adolescentov prebieha rodičovská komunikácia s nimi. Zaujíma nás ktorým smerom sa uberá komunikácia, resp. či ju adolescenti vnímajú pozitívne alebo negatívne, ktorý z rodičov je percipovaný v komunikácií s adolescentmi pozitívnejšie a aké témy rodičia v rozhovoroch so svojimi deťmi otvárajú. Zaujíma nás, do akej miery pozitívna/ negatívna komunikácia súvisí s väčším vekovým rozdielom medzi rodičom a adolescentom.

Metódy

Na zisťovanie kvality komunikácie adolescentov s ich rodičmi sme zvolili inventár rodičovského a rovesníckeho pripútania IPPA (Greenberg, 2009). Pre náš cieľ sme využili dimenziu komunikácie zvlášť pre matku a otca. Dotazník sme preložili a následne sme zrealizovali spätný preklad. Kvalitu komunikácie posudzujeme na základe zhodnotenia úrovne komunikácie rodičov adolescentmi v týchto aspektov: rešpekt, akceptácia, záujem, podpora, počúvanie. Na základe získaného HS sme zaradili odpovede do kategórií pozitívna alebo negatívna komunikácia. Ďalej sme použili vlastný dotazník. V prvej časti dotazníka boli zistené demografické údaje (typ rodiny, vekový rozdiel medzi matkou a adolescentom). V druhej časti sme žiadali adolescentov o uvedenie tém, ktoré sú predmetom diskusií. Kategórie tématických okruhov sme vytvorili na základe obsahovej analýzy tém uvádzaných adolescentmi. Úlohou adolescentov bolo napísať a usporiadať témy podľa frekvency v rozhovoroch (1 najčastejšie sa vyskytujúca téma, 9 najmenej vyskytujúca sa téma).

Výskumná vzorka

Výskumný súbor tvorilo 168 respondentov gymnázií ($\bar{X}=97$, $M=71$). Vekový priemer celého súboru bol 17,2 rokov, žien = 17, 3 rokov, mužov = 17,1 rokov. Podskupiny boli vytvorené na základe zistení, že väčší vekový rozdiel je jedným z činiteľov problémov v komunikácií.

Výraznejší nárast priemerného veku prvorodičiek nastal až v roku 2000 (Šprocha, Vaňo, 2012), preto bolo pomerne náročné vytvoriť väčšiu podskupinu s výrazným vekovým rozdielom medzi matkou a adolescentom.

Výsledky

Tab. č. 1.: Porovnanie komunikácie matky a otca z pohľadu adolescentov (N= 168)

Hodnotenie komunikácie	s otcom			s matkou		
	N	AM	SD	N	AM	SD
Negatívne hodnotenie	71	79.01	4.45	64	69,66	5.32
Pozitívne hodnotenie	82	83,86	7.63	91	92.01	6.21

Z tab 1 vidno, že adolescenti spolu chlapci aj dievčatá hodnotili komunikáciu s matkou častejšie pozitívne ako s otcom. Rozdiel testovaný Wilcoxonovým testom je signifikantný $-2,836$ ($p \leq 0,005$). Wilcoxonov test bol zvolený pre nenormálne rozloženie výskumných dát.

Ďalej nás zaujímalo či hodnotenie komunikácie s matkou súvisí s vekovým rozdielom medzi matkou a adolescentom. Za týmto účelom sme sa rozhodli rozdeliť skupinu matiek na dve podskupiny. Skupina č. 1 pozostávala z matiek, ktorých vekový rozdiel s adolescentmi je rovný alebo vyšší ako 30 rokov. V našej výskumnej vzorke bola táto skupina zastúpená v nízkom počte (N= 18). Skupina č. 2 bola oveľa početnejšia (N= 150) než skupina č. 1. Do druhej skupiny sme zaradili matky, ktorých vekový

rozdiel s adolescentmi je rovný alebo nižší ako 29 rokov. Medzi oboma skupinami nebol zistený významný štatisticky rozdiel (Wilcoxonov test). Možno teda konštatovať, že kvalita komunikácie nesúvisí s vekovým rozdielom medzi matkou a adolescentom. Vzhľadom k nerovnomernému rozloženiu výskumnej vzorky výsledok interpretujeme opatrne. Ďalej sme sledovali, aké témy sa objavujú v komunikácii rodičov a deti najčastejšie a najmenej často.

Odpovede sme začlenili podľa obsahu do nasledujúcich kategórií: financie, škola, partnerský vzťah, priatelia, domáce povinnosti, sex, záľuby, osobné problémy. Pre každú kategóriu sme spočítali počet respondentov, ktorí určitú kategóriu uviedli ako veľmi lebo málo frekventovanú (každý respondent mohol uviesť viac alternatív). Výsledky sa nachádzajú v tab 2.

Tab. č. 2.: Frekvencia tém rozhovorov rodičov s adolescentmi podľa hodnotenia mužov a žien

	Frekvencia	Téma	%	Téma	%	Téma	%
Muži N=71	najnižšia	Sex	78%	Priatelia	61%	Domáce povinnosti	66%
	najvyššia	Šport	82%	Škola	74%	Financie	71%
Ženy N=97	najnižšia	Sex	69%	Priatelia	65%	Domáce povinnosti	62%
	najvyššia	Financie	89%	Škola	85%	Partnerský vzťah	79%

V tab. 2 je uvedená relatívna početnosť najčastejších a najmenej častých uvedených tém. Relatívna početnosť u chlapcov a dievčat sa vzťahuje k celkovému počtu respondentov každého pohlavia. V tab. 2 vidíme, že najmenej frekventovanou témou rodinných rozhovorov rodičov s deťmi sú oblasť sexu, ďalej domácich povinností a priateľov detí. K najfrekventovanejším témam patrili pre obe pohlavia oblasť financií a školy. Jednoduchý pohľad na tab. 2 napovedá, že odpovede adolescentov a adolescentiek týkajúcich sa početnosti rozhovorov na vybrané témy nie sú celkom identické. Evidentný rozdiel spočíva v tom, že medzi frekventované témy zaradili adolescentný chlapci šport, dievčatá sem zaradili partnerské vzťahy. Štatistickú významnosť rozdielov vo výpovediach vzhľadom k pohlaviu vzťahujúcich sa k frekvencii konkrétnych tém v komunikácii rodičov s deťmi sme overovali pomocou testu rozdielov relatívnych početností (Hendl, 2009). Adolescentky uvádzali ako najfrekventovanejšie témy komunikácie financie častejšie ako adolescenti ($p < 0.05$).

Diskusia

V úplnej rodine možno zaznamenať, že adolescenti vnímajú komunikáciu s oboma rodičmi pozitívne, avšak komunikácia s matkou je vnímaná v porovnaní s otcom ako pozitívnejšia. Podobné závery nachádzame u Ščibranyovej a Feketeovej (2012). Autorky uvádzajú, že matka tvorí s dieťaťom jedinečnú bio-psycho-socio-spirituálnu jednotku a primárna väzba pretrváva počas celého života. Naše zistenia ukazujú, že komunikácia adolescentov z úplných rodín je percipovaná pozitívne. Kvalita komunikácie bola zisťovaná tiež s ohľadom na vekový rozdiel medzi matkou a adolescentom, pričom nebol zistený rozdiel v kvalite komunikácie v súvislosti s vekom matky. Je však potrebné brať do úvahy limity výskumu v súvislosti s nízkym počtom staršej vekovej skupiny matiek vo výskume. V odbornej literatúre sa môžeme stretnúť aj s opačnými zisteniami (napr. Šprocha, Vaňo, 2012). V názoroch adolescentov a adolescentiek, týkajúcich sa najčastejších a najmenej frekventovaných tém, o ktorých sa v rodine rozpráva, bolo možné zaznamenať určité rozdiely, avšak medzi témami, o ktorých sa v rodine rozpráva najmenej, sa najčastejšie vyskytovala téma v oblasti sexu. K podobným výsledkom dospeli napr. Veldová (2007), Schouten, Putte, Pasmans, Meeuwesen (2007). Rodičia sa cítia pri sexuálnych témach nepríjemne a vyvolávajú v nich rozpaky (Morvayová, Greggusová, 2006). Na túto tému prebieha stále diskusia v odborných kruhoch i vo verejnosti.

Záver

Adolescenti vnímajú rodičov ako počúvajúcich, zaujímajúcich sa o ich problémy. Podľa adolescentov rodičia prejavuje záujem o ich problémy, počúvajú ich, akceptujú a rešpektujú ich názory. Pozitívne vnímajú komunikáciu u oboch rodičov, pričom s matkou výraznejšie. Napriek hodnoteniu pozitívnej komunikácie sa vyskytujú témy o ktorých sa doma nediskutuje. Témy z oblasti intímneho života zostávajú v rodine tabuizované. Starostlivosť o budúcnosť detí sa prejavuje v obsahu komunikačných tém, ktoré súvisia predovšetkým s profesijným zameraním a usmerňovaním adolescentov.

Literatúra:

- **Barrett, L. F. (1998).** Discrete emotions or dimensions. The role of valence focus and arousal focus. *Cognition and Emotion*, 12, 579–59.
- **Brody, L. R. (1996)** Gender, emotional expression, and parent-child boundaries. In R. D. Kavanaugh, B. Zimmerberg, & S. Fein (Eds.). *Emotion: Interdisciplinary perspectives*. (139–170). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- **Carr-Gregg, M. - Shale, E.(2010)** *Pubertáci a adolescenti*. Praha: Portál.
- **Elliott, G. C. (2009)** *Family Matters. The importance of Mattering to Family in Adolescence*. Oxford: WileyBlackwell.
- **Goddetová, E. T. (2001)** *Umění jednat s dospívajícími*. Praha: Portál.
- **Greenberg, M. T. (2009)** *Inventory of Parent and Peer Attachment (IPPA) Manual*.
- **Hendl, J. (2009)** *Přehled statistických metod*. Praha: Portál
- **Langmeier, J., Balcar, K., Špitz, J. (Eds.). (2010)** *Dětská psychoterapie*. Praha: Portál.
- **Mayerová, K. (2014)** Možnosti pôsobenia špecifik rodinnej výchovy na študijnú úspešnosť adolescenta v sociálnom kontexte. In A. Tokárová, T. Matulayová (Eds.). *Evalvácia a diseminácia výskumu v sociálnych vedách [elektronický zdroj]: Zborník príspevkov zo IV. doktorandskej konferencie*. (125-136). Prešov: Prešovská univerzita.
- **Matoušek, O. (1997)** *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Praha: Sociologické nakladatelství.
- **Morvayová, D., Gregussová, M. (2006)** Význam sexuálnej výchovy pre dnešných adolescentov. In *Zborník referátov z konferencie Slovenskej spoločnosti pre rodinu a zodpovedné rodičovstvo*. (1-7). dostupné na: http://cmps.ecn.cz/pd/2006/texty/pdf/morvayova_gregussova.pdf
- **Mičková, Z. (2014)** Emotional bonds in perceiving emotional closeness and personal well-being in partner relationships and gender differences during adolescence. *AD ALTA. Journal of Interdisciplinary Research*. (4), 1, 49 -53.
- **Mičková, Z. (2015)** Adolescence and manifestation emotions in the family. *AD ALTA Journal of Interdisciplinary Research*, 5 (1), 55-58.
- **Nakonečný, M. (2009)** *Sociální psychologie*. 2. vydání. Praha: Academia.
- **Oravcová, J. (2005)** Súvislosť spôsobov výchovy v rodine s kvalitou etnických postojov adolescentov. In J. Šatánek (Ed.) *Rodinné prostredie ako faktor socializácie a personalizácie osobnosti dieťaťa. Zborník čiastkových výstupov z riešenia vedeckovýskumnej úlohy VEGA 1/0244/03 (61-78s)*.Banská Bystrica: Univerzita Mateja Bela.
- **Popelková, M., Malčková, V. (2013)** Vnímaná vzťahová väzba a jej vzťah k interpersonálnej orientácii u adolescentov. M. Blatný, M. Jelínek, P. Květon, V. Nielsen, D. Vobořil, (Eds.). *Sociálne procesy a osobnosť: Sborník příspěvků 16. ročníku mezinárodní konference*. (280 – 285). Brno: Psychologický ústav AV ČR, v.v.i.
- **Ryan, R. M., Martin, A., & Brooks-Gunn, J. (2006)** Is one parent good enough? Patterns of mother and father parenting and child cognitive outcomes at 24 and 6 months. *Parenting: Science & Practice*, 6, 211–28.

- **Schouten, C.B. et.al. (2007)** Parent-adolescent communication about sexuality: The role of adolescents' beliefs, subjective norm and perceived behavioral control. *Patient Education and Counseling*. Vol. 66, 75-83.
- **Sobotková, I. (2004)** Rodinná resilience. *Československá psychologie*, 48, (3), 233-246.
- **Šramová, B. (2006)** Štýly identity adolescentov a výchovný štýl v rodine. *Psychológia a patopsychológia dieťaťa*. (41), 1, 3-14.
- **Ščibranyová, H., Feketeová, N. (2013)** Možnosti práce s dysfunkčnými väzbami v rodine v psychoterapeutickom prístupe podľa Satirovej. *Psychiatria, Psychoterapia, Psychosomatika*20 (1), 69-72.
- **Šprocha, B., Vaňo, B. (2012)** Analýza a prognóza reprodukčného správania populácie Slovenska. *Prognostické práce*, 4 (2), 95- 120.
- **Veldová, Z. (2007)** Tabu v rodinnej komunikaci očima adolescentů. *E-psychologie [online]*. Dostupné na internete: <<http://epsycholog.eu/pdf/veldova.pdf>
- **Vybíral, Z. (2005)** *Psychologie komunikace*. Praha: Portál
- **Výrost, J., Slaměník, I. (Eds.). (2008)** *Sociální psychologie*. Praha: Grada.

O autoroch:

Prof. PhDr. Karel Paulík, CSc.

Ostravská univerzita

Vystudoval jednooborovou psychologii, na Masarykově univerzitě v Brně. Zaměřuje se na problematiku spojenou s hodnocením, prožíváním a chováním člověka v jeho životních a pracovních podmínkách.

PhDr. Zuzana Mičková, PhD.

Univerzita sv. Cyrila a Metóda v Trnave

Vyštudovala jednodborovú psychológiu na Univerzite Komenského v Bratislave. Zameriava sa na oblasť aplikácie poznatkov do klinickej a poradenskej praxe.

PSPP je vhodný nástroj pre praktického psychológa

PSPP is a Suitable Tool for Practical Psychologist

Veronika Boleková, Alojz Ritomský

Abstrakt

Je už tradíciou, že mnohí kvantitatívne orientovaní výskumníci pri svojej práci používajú štatistický program SPSS – Štatistický balík pre sociálne vedy (Statistical Package for Social Sciences). Hoci program SPSS v oblasti spoločenských vied má jednoznačne dominantné postavenie, v súčasnosti máme k dispozícii viaceré možnosti spracovania dát. V príspevku prezentujeme voľne dostupnú alternatívu ku komerčnému programu SPSS, menovite program PSPP. Program PSPP je výhodnou alternatívou pre mnohých študentov či pedagógov, ktorí nechcú alebo nemôžu investovať financie do kúpy programu SPSS. Súčasnú parametre tohto systému (ktoré autori priebežne zlepšujú a rozširujú) sú pre študentov psychológie, politológie, sociológie, ošetrovateľstva, verejného zdravotníctva, sociálnej práce atď., dostačujúce pri písaní seminárnych, bakalárskych, diplomových i rigorózných prác. Pre výskumníkov v určitých situáciách je vhodným doplnkom systému SPSS.

Abstract

It is already a tradition that many quantitatively oriented researchers use statistical program SPSS – Statistical Package for Social Sciences – for their scientific work. Even though that in the social sciences SPSS program has obviously a dominant position, we currently have a number of options for data processing. In this paper we present PSPP program, a free, open-source alternative to commercial SPSS program. PSPP program is a suitable alternative for many students and teachers who are unwilling or unable to invest to purchase of SPSS. The current parameters of the system (continually improved and extended by its authors) are sufficient for students of psychology, political science, sociology, nursing, public health, social work etc., in writing seminar, bachelor's, master's and rigorous work. In certain situations it is even suitable supplement of SPSS used by researchers. Particularly for students, it is significant that all the knowledge and skills they acquire in the work with the system PSPP, they can fully apply to work with SPSS later.

Kľúčové slová

PSPP, SPSS, slobodný softvér, analýza dát

Keywords

PSPP, SPSS, free software, data analysis

Vznik a vývoj PSPP

Počas ostatných viac než 35 rokov si viaceré vedecké pracoviská, výskumné agentúry a ďalšie oblasti spoločenskej praxe, ako aj niektoré vysoké školy už nevedia spracovanie dát bez systému SPSS ani predstaviť. Tento program je síce užívateľsky prívetivý a ponúka množstvo funkcií a doplnkových modulov, avšak jeho cena je pre mnohých užívateľov priveľká a licenčný model nevýhodný. Slobodnú alternatívu vlastnickeho programu SPSS v roku 1998 vytvoril B. Pfaff. V súčasnosti je známy pod názvom PSPP (pôvodne Fiasco Implements Accurate Statistical Computations alebo Fiasco Is An SPSS Copy).

Program PSPP má už takmer 18-ročnú históriu. Dnes je k dispozícii verzia 0.10.1, ktorá – ako si nižšie ukážeme – má už vlastnosti, ktoré jej predurčujú veľmi významné miesto medzi slobodnými softvérovými aplikáciami určenými pre výuku a vlastné spracovanie dátových súborov. Program má k dispozícii stabilnú a dôkladne testovanú vetvu a tzv. master vetvu, ktorá obsahuje najnovší stav vývoja s viacerými funkciami, no nie je tak stabilná a spoľahlivá.

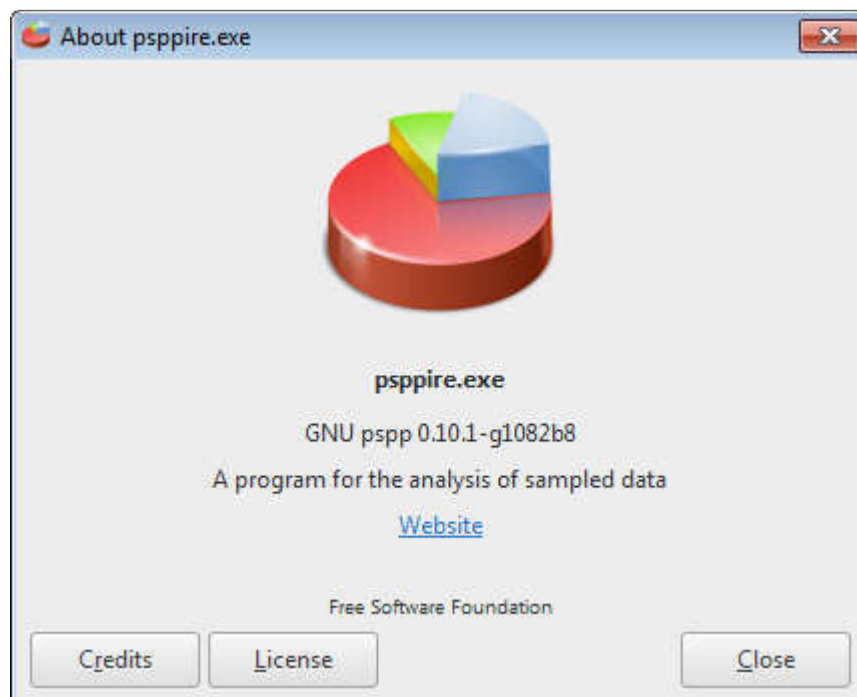
Program je vyvíjaný v programovacom jazyku C, používa GNU (slobodný operačný systém) vedeckú knižnicu pre svoje matematické rutiny a plotutils pre generovanie grafov. Hlavným sponzorom operačného systému GNU je Free Software Foundation. Jeho poslaním je udržiavať, chrániť a podporovať slobodu používať, študovať, kopírovať, modifikovať a redistribuovať počítačový softvér a obhajovať práva a základné slobody Free Software užívateľov:

- slobodu spúšťať program, a to za akýmkoľvek účelom (sloboda 0),
- slobodu študovať ako daný program funguje, vykonávať v ňom zmeny a prispôbovať ho tak svojim požiadavkám (sloboda 1),
- slobodu voľne šíriť kópie a pomáhať tak svojmu okoliu (sloboda 2),
- slobodu zlepšovať daný program a tieto zlepšenia (vrátane upravených alebo úplne nových verzií) ďalej zverejňovať, aby tak tieto zlepšenia mohli byť prínosom pre celú spoločnosť (sloboda 3).⁹²

Viac informácií o programe sa nachádza na stránke <https://pravokator.si/index.php/pspp/>, ktorú vedie Matej Kovačič, ako aj na stránke <http://statistikapspp.sk/category/program-pspp/>, ktorú spravuje Róbert Hanák.

Inštalácia programu

Prácu s programom budeme prezentovať na najnovšej verzii PSPP 0.10.1:



⁹² Podrobnejšie informácie o otázkach slobodného softvéru sú dostupné na <http://www.gnu.org/philosophy/free-sw.html.en>.

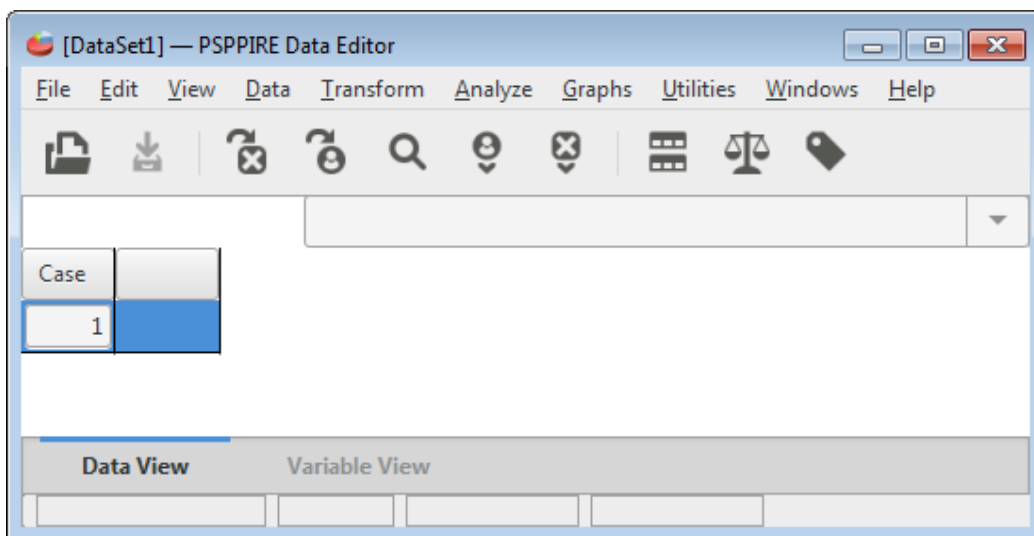
Inštalčný súbor „pspp-0101+20160401-snapshot-32bits-setup.exe“ má veľkosť necelých 24 Mb. Uložíme si ho na vlastné médium a kliknutím naň sa inštaluje do počítača a zobrazí na ploche ikonka (koláčový graf) systému PSPP a „PSPP Manual.pdf“.

Základná charakteristika práce s PSPP

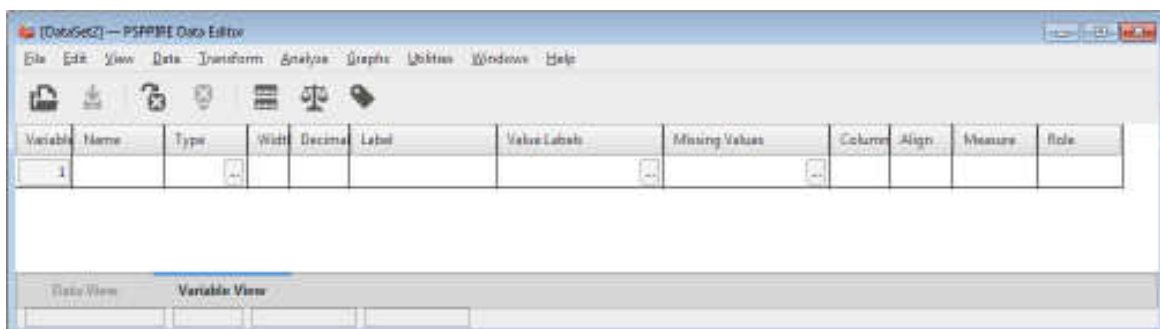
System umožňuje prácu v troch typoch okien:

- I. **Okno editora dát (*Data editor*)** obsahuje informácie o prípadoch – objekte výskumu (v riadkoch) a premenných – predmete výskumu (v stĺpcoch). V bunkách (*Cells*) sú hodnoty premenných (*Value Variables*). Okrem pohľadu na dáta (*Data View* – obr. 1), ktorý má formát matice, PSPP ponúka tiež tzv. pohľad na premenné (*Variable View* – obr. 2).

Obraz č. 1: Okno editora dát - pohľad na dáta (*Data View*)



Obraz č. 2: Okno editora dát (ešte prázdne) - pohľad na premenné (*Variable View*)



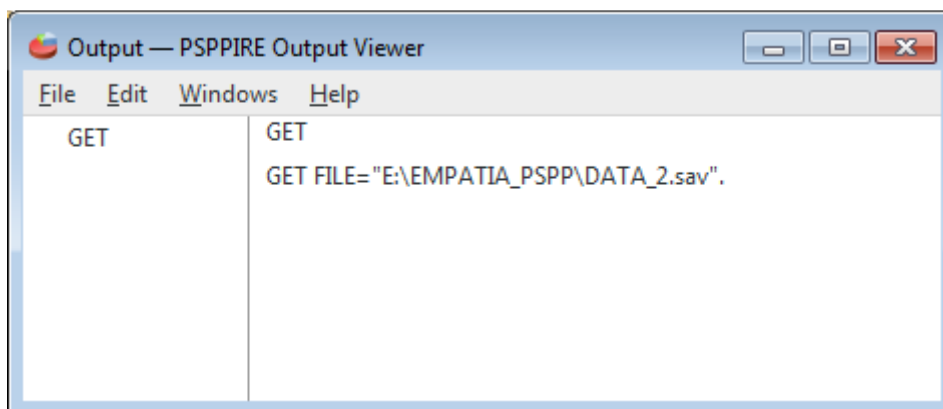
Pohľad na premenné (v režime *Variable View*) obsahuje informácie o premenných. Každý riadok predstavuje jednu premennú, v stĺpcoch sa nachádza 10 charakteristík premenných:

- a) meno - vstupné pole pre názov premennej (*Name*),
- b) typ premennej (*Type*),
- c) počet miest (číslíc) numerickej premennej (*Width*),

- d) počet desatinných miest numerickej premennej (*Decimals*),⁹³
- e) počet miest v zobrazení hodnoty premennej v editore dát (*Width*),
- f) označenie premennej (*Label*),
- g) označenie hodnôt (*Values*),
- h) chýbajúce hodnoty (*Missing*),⁹⁴
- i) stĺpce (*Columns*)
- j) spôsob merania (*Measure*) vyjadruje typ premennej z hľadiska štatistiky: číselnú premennú (*Scale*), nominálnu premennú (*Nominal*) alebo ordinálnu premennú (*Ordinal*).

II. Výstupné okno (*Output* – obr. 3) je rozdelené na dve časti – na ľavej strane je obsah usporiadaný do stromovej štruktúry, v pravej časti sa nachádzajú jednotlivé objekty výstupu. Výstupné okno sa otvorí automaticky pri uskutočňovaní príkazov.

Obraz č. 3: Výstupné okno (*Output*)

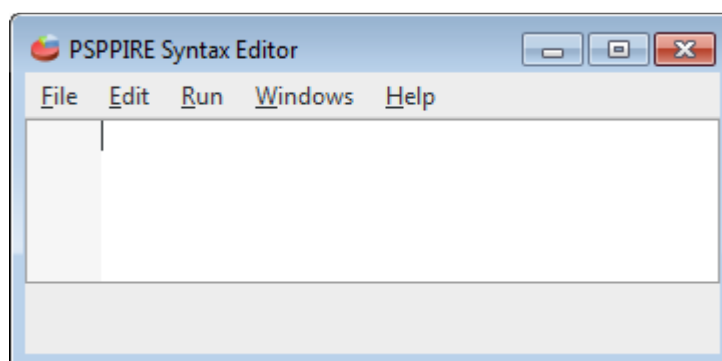


III. Editor syntaxe (*Syntax Editor*) je vyobrazený na obr. 4. Systém PSPP do špeciálneho – syntaxového okna zapisuje po stlačení tlačidla PASTE v dialógovom boxe príkaz v syntaxovej forme. Po stlačení tlačidla RUN v syntaxovom okne spustíme vybraný príkaz označený kurzorom. V syntaxovom okne môžeme priamo zapisovať (bez použitia dialógových boxov) a spúšťať príkazy. Je to veľmi efektívny postup pri opakovanom používaní tých istých príkazov na rôzne súbory dát, ale i v iných situáciách. Obsah príkazového okna možno uložiť na disk a počas novej schôdzky so systémom ho opätovne načítať do okna.

⁹³ V prípade numerickej premennej (*Numeric*) počet desatinných miest, v prípade reťazcovej (*String*) premennej počet písmen.

⁹⁴ V práci s PSPP je potrebné odlišovať užívateľské chýbajúce hodnoty (*user-missing values*) od systémových chýbajúcich hodnôt (*system-missing values*). Bunka numerickej premennej, prvotne bez informácie, je označená bodkou. Bodka tu predstavuje systémovú chýbajúcu hodnotu.

Obraz č. 4: Syntaxové okno (*Syntax editor*)



Hlavná ponuka v okne editora dát

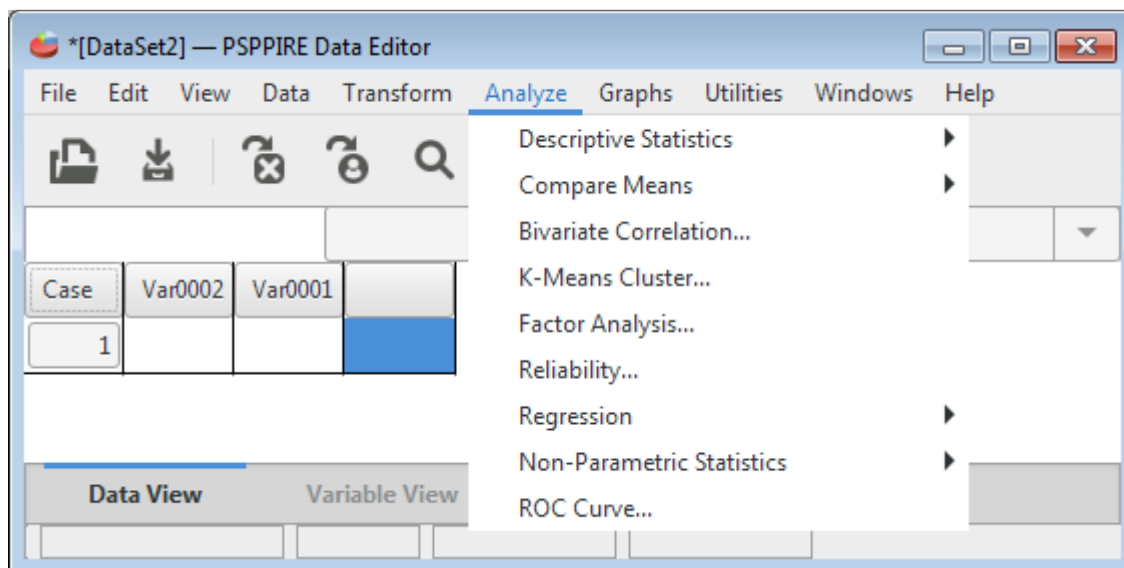
Hlavné činnosti systému PSPP sú riadené príkazmi, ktoré sú sústredené do hlavnej ponuky jedného z okien. Hlavná ponuka v okne editora dát je umiestnená v druhom riadku okna. Skladá sa z nasledujúcich prvkov:

1. **Ponuka Súbor (*File*)** obsahuje príkazy, ktorými sa otvárajú nové alebo existujúce súbory (a načítavajú sa do okien) a ktorými sa tiež ukladajú na disk alebo tlačia vytvorené obsahy okien.
2. **Ponuka Úpravy (*Edit*)** sa skladá z príkazov, ktoré umožňujú manipulovať s celým obsahom alebo s časťou editora dát, s textovými oknami.
3. **Ponuka Pohľad (*View*)** umožňuje zapojiť, resp. zmeniť funkcie a obsah zobrazeného okna.
4. **Ponuka Dáta (*Data*)** umožňuje definovať alebo modifikovať premenné, manipulovať s riadkami i s celou maticou dát.
5. **Ponuka Transformácia (*Transform*)** obsahuje príkazy, ktorými sa transformujú premenné do nových premenných – vytvárajú sa na základe existujúcich premenných konštrukty.
6. **Ponuka Analýza (*Analyze*)** obsahuje dialógové boxy všetkých štatistických procedúr, ktoré PSPP poskytuje. Vyplnením a spustením dialógových boxov sa odštartujú príkazy realizácie štatistických procedúr analýzy dát.
7. **Ponuka Grafy (*Graphs*)** obsahuje príkazy na tvorbu korelačného grafu (Scatterplot), histogramu (Histogram) a stĺpcového grafu (Bar chart).
8. **Ponuka Pomocné funkcie (*Utilities*)** obsahuje viaceré technické pomôcky, ktoré nám zjednodušujú alebo urýchľujú prácu s premennými a podávajú informácie o nich. Obsahuje tiež príkazy, ktoré menia niektoré atribúty práce so systémom.
9. **Ponuka Okná (*Windows*)** obsahuje príkazy usporiadania, rozmiestnenia okien na obrazovke a ponúka zoznam otvorených aplikácií.
10. **Ponuka Pomoc (*Help*)** vychádza zo štandardného „Helpu“ pracujúceho v prostredí Windows a má teda rovnaký princíp a spôsob ovládania.

Ponuka procedúr štatistického spracovania dát – ponuka Analýza (Analyze)

Analýzu a spracovanie dát môžeme uskutočniť pomocou procedúr, ktoré nám poskytuje ponuka *Analýza*. V obraze 5 môžeme vidieť množstvo subponúk, v ktorých sa nachádza bohatá kolekcia štatistických procedúr.⁹⁵

Obraz č. 5: Ponuka *Analyze*



Skladba ponuky *Analýza (Analyze)*

Subponuka *Descriptive Statistics* poskytuje vybrané opisné štatistiky (priemer, štandardnú odchýlku, minimum, maximum apod.) a ich grafickú prezentáciu. Pre výpočty je možné premenné ďalej podrobnejšie triediť, prípadne vytvoriť kontingenčné a asociačné tabuľky.

Subponuka *Compare Means* obsahuje štatistické procedúry určené k testovaniu stredných hodnôt. Okrem výpočtu priemerov a ďalších štatistík pre podrobnejšie triedenie je možné aplikovať jednovýberový t-test (*One-Sample T Test*), ktorý testuje štatistickú hypotézu o tom, že stredná hodnota premennej sa rovná zadanej konštante, t-test pre dva nezávislé výbery (*Independent-Samples T Test*), ktorý testuje štatistickú hypotézu o tom, že rozdiel stredných hodnôt dvoch nezávislých výberov je rovný nule, párový t-test (*Paired-Samples T Test*) a analýzu rozptylu jednoduchého triedenia (*One-Way ANOVA*), kde overujeme hypotézu o tom, že stredné hodnoty v skupinách podrobnejšieho triedenia podľa zvoleného faktoru sa rovnajú.

Subponuka *Bivariate correlation* umožňuje vypočítať súčinné korelačné koeficienty (*Bivariate Correlations*), poradové koeficienty až po rank-transformácii premenných (pozri príkaz *Rank Cases...*).

Subponuka *K-means Cluster* obsahuje základnú metódu klasifikačnej analýzy (*K-means Cluster*), ktorá sa aplikuje pri rozdelení súboru (prípadov) do skupín tak, aby prvky vo vnútri skupín boli navzájom čo najviac podobné.

Subponuka *Factor analysis* poskytuje metódu pre redukciu dát – faktorová analýza, ktorá sa zaoberá rozborom štruktúry vzájomných závislostí premenných na základe predpokladu, že tieto závislosti sú spôsobené pôsobením určitého menšieho počtu nemerateľných (latentných) premenných (faktorov).

⁹⁵ V syntaxovej verzii, podobne ako je to aj v SPSS, je ponuka príkazov bohatšia.

Subponuka *Reliability* sa využíva k posúdeniu vhodnosti určitej sumačnej škály. Slúži analýze konzistentnosti sumačného indexu. Aplikáciou modelu *Alpha* vypočítame hodnotu koeficienta reliability (Cronbach's Alpha) zo všetkých určených vstupných premenných. Model *Split* „rozpíli“ množinu premenných na dve časti a pre každú z nich vypočíta koeficient reliability.

Subponuka *Linear regression* umožňuje uskutočniť odhad koeficientov lineárneho regresného modelu s jednou alebo viacerými nezávislými premennými metódou najmenších štvorcov a zároveň umožňuje testovať tento model.

Subponuka *Nonparametric Tests* obsahuje množstvo neparametrických testov (*Nonparametric Tests*): *Binomial Test*, *One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test*, *Two-Related-Samples Tests*, *test for Several Related Samples*, *Chi-Square Test* a *Runs Test*.

Subponuka *ROC Curve* poskytuje ROC krivku (*ROC Curve*).

Výhody práce so systémom PSPP

Uvedený prehľad možných analýz dosvedčuje, že program PSPP je výhodnou alternatívou pre mnohých študentov či pedagógov, ktorí nechcú investovať financie do kúpy programu SPSS.

V závere uvádzame krátke zhrnutie predností prezentovaného programu:

- PSPP je slobodný softvér a môže byť inštalovaný bez ťažkostí do ktoréhokoľvek osobného počítača,
- PSPP podporuje viac ako 1 miliardu prípadov (cases) a viac ako 1 miliardu premenných (variables);
- syntax (*.sps) a dátové (*.sav) súbory sú kompatibilné so systémom SPSS;
- je cross-platform (pracuje na viacerých operačných systémoch, vrátane Linuxu, OS X a Windows) a Free Software s licenciou GPLv3 a neskoršími;
- je úplne slobodný a nemá dátum ukončenia platnosti;
- môže sa používať rozhranie príkazového riadku (PSPP grafické rozhranie psppire);
- môže produkovať výstup v textovej forme, PostScript, PDF, HTML alebo textovom formáte OpenOffice.org;
- je interoperabilný s Gnumeric, OpenOffice.Org a iným slobodným softvérom;
- štatistické procedúry bežia rýchlo, dokonca s veľmi veľkými súbormi dát.

Súčasnú parametre tohto systému (ktoré autori priebežne zlepšujú a rozširujú) sú pre študentov psychológie, politológie, sociológie, ošetrovateľstva, verejného zdravotníctva, sociálnej práce atď., dostačujúce pri písaní seminárnych, bakalárskych, diplomových i rigorózných prác. Pre výskumníkov v určitých situáciách je vhodným doplnkom systému SPSS. Osobitne pre študentov je významné, že všetky poznatky a zručnosti, ktoré získajú v práci so systémom PSPP môžu plne uplatniť aj v práci s SPSS, pretože PSPP je konštruované podľa „filozofie“ systému SPSS.

Literatúra:

- **Brigham, E. (2013).** *Introduction to Pspp: A Step by Step Guide.* CreateSpace Independent Publishing Platform. Book Condition: New.
- **Halter Ch., P.(2014).** *The Pspp Guide (Basic Edition): An Intrudocion to Statistical Analysis.* Book Condition: New.
- **Mider, D., Marcinkowska, A. (2013).** *Analiza danych ilościowych dla politologow. Praktyczne wprowadzenie z wykorzystaniem programu GNU PSPP.* Warszawa, Instytut Studiow Politycznych PAN.
- **Ritomský, A. (2012).** PSPP ako nová alternatíva spracovania dát. In: *Sociálne a politické analýzy.* 6, 1, s. 1-16. Dostupné na internete: <http://sapa.ff.upjs.sk>.
- **Ritomský, A. (2016).** *Metodológia projektovania psychologického výskumu.* Plzeň. Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, s.r.o., s. 89-118.
- **Team, Gnuu Pspp (2015).** *GNU PSPP Reference Manual: GNU PSPP Statistical Analysis.* Software. Book Condition: New.

O autoroch:

PhDr. Veronika Boleková, PhD.

Paneurópska vysoká škola v Bratislave. Fakulta psychológie.

Oblasti odborného záujmu: Metodológia, metódy a techniky psychologického výskumu, tvorba záverečnej práce, pozitívna psychológia, psychológia humoru.

Doc. PhDr. Alojz Ritomský, PhD.

Paneurópska vysoká škola v Bratislave. Fakulta psychológie.

Oblasti odborného záujmu: Metodológia, metódy a techniky psychologického výskumu, aplikácia štatistických metód v sociálnych vedách, aplikácia počítačových systémov SPSS a PSPP.

APLIKOVANÁ PSYCHOLOGIE/APPLIED PSYCHOLOGY

Vydává Vysoká škola aplikované psychologie, s.r.o.

Karlštejská 30, 158 00 Praha 5

Příjem objednávek na tel.: 734 659 112

e-mail: info@vsaps.cz

Cena jednoho výtisku je 80,- Kč nebo 3 €

Vychází 2 x ročně

© Vysoká škola aplikované psychologie Praha

Číslo vyšlo v září 2016