

Psychické determinanty sociálneho zlyhania

1. Príčiny a mechanizmy vzniku a vývinu psychických odchýlok

Priebeh vývinu psychiky, jej jednotlivých funkcií a celej osobnosti závisí od individuálnej špecifickej interakcie vrodenných dispozícií a komplexe pôsobenia rôznych vplyvov prostredia.

Podľa Vágnerovej (2004) to sú:

- **dedičnosť**
- **vývin centrálnej nervovej sústavy**, najmä funkcia mozgu
- **vplyvy prostredia** – sú rozdielne, ich pôsobenie nie je vždy rovnaké. Dôvodom môže byť napr. rôzna genetická výbava. Preto pôsobenie prostredia závisí tak od podnetov, ako aj od spôsobu, akým ich človek spracováva. Ako významné pôsobia taktiež rôzne sociálne faktory, ako sú najmä rodina, malé sociálne skupiny, skupiny vrstovníkov, školská trieda, pracovný kolektív i celá spoločnosť.

Podľa tej istej autorky medzi príčinami psychických ťažkostí nachádzame taktiež záťažové situácie, ktoré však majú pre ich vznik rôzny význam a to v závislosti od ich závažnosti, ale aj osobnosti človeka, ktorého sa týkajú.

Sú to napríklad:

Frustrácia – je podľa Čecha (2005) psychický stav jednotlivca, ktorý sa na ceste za uspokojením určitej potreby, za dosiahnutím určitého cieľa stretol s ťažko prekonateľnou alebo neprekonateľnou prekážkou. Rozlišuje vonkajšiu prekážku, ktorá má príčiny v okolí (napr. sa ponáhľala na schôdzku a uviazne v pomaly idúcej kolóne áut) a vnútornú prekážku, ktorá má príčiny v osobnosti jedinca (napr. nedostatok síl, znalostí a pod.).

Konflikt – je stretnutie dvoch protichodných tendencií, ktoré majú približne rovnakú intenzitu, navzájom sa vylučujú a vyžadujú protichodné konanie. Konflikty a frustrácie radíme medzi tzv. denne mrzutosti. I keď sú rôzne prežívané, nevedú (pokiaľ nie sú dlhodobé alebo individuálne prežívané ako závažné) zvyčajne k vážnejším problémom (Čech, 2005).

Stres – je z psychologického hľadiska chápaný ako stav nadmerného zaťaženia či ohrozenia (Vágnerová, 2004).

Za charakteristické znaky stresových situácií sa považujú:

- **pocit neovplyviteľnosti situácie** (napr. nemôžem zabrániť tomu, aby sa niečo stalo)

- **pocit nepredvídateľnosti situácie** (na situáciu nie je možné dopredu sa pripraviť a nie je možné odhadnúť či a kedy môže nastať)
- **pocit nezvládnuteľnosti situácie** (neschopnosť zvládnuť požiadavky kladené na jedinca)
- **neprijemný tlak okolností vyžadujúcich príliš mnoho zmien** (rozpad rodiny).

V niektorých prípadoch môže mať stres aj pozitívny význam (tzv. eustres).

Trauma – je náhle vzniknutá situácia, ktorá má pre jedinca výrazne negatívny význam, vedie k určitému poškodeniu alebo strate (Vágnerová, 2004).

Deprivácia – vzniká vtedy, keď človek chronicky neuspokojuje v plnej miere svoje potreby alebo nedosahuje vytýčené ciele (Čech, 2005). Vágnerová (2004) upozorňuje, že patogénny význam deprivácie je závislý od obdobia, kedy človek stráda. Napr. u mnohých kriminálnych páchatel'ov nachádzame psychickú depriváciu v období detstva alebo adolescencie.

2. Vybrané poruchy psychických funkcií

Poruchy vedomia

Vedomie je základnou funkciou, ktorá umožňuje vznik ostatných psychických procesov (Vágnerová, 2004), tvorí obsah mysle. Podľa Heretika (2004) je vedomie stav, v ktorom prežívame aktuálnu psychickú činnosť a zároveň funkcia, ktorá združuje ostatné psychické procesy (vnímanie, myslenie a pod.).

Obsah pojmu vedomie zahŕňa:

- **prežívanie** (duševné dianie)
- **uvedomovanie si prežívaného**
- **sebauvedomovanie.**

Nakonečný (1998) rozoznáva dva významy pojmu vedomie, ktoré ukazuje na ich protipóloch:

- **vedomie – bezvedomie** ako stav mysle, v ktorom si subjekt uvedomuje okolitý svet a seba samého, protikladom ktorého je strata vedomia pri omdlení či v kóme.
- **Vedomie – nevedomie** znamená, že si subjekt uvedomuje alebo neuvedomuje vzťah svojho zážitku k jeho psychologickému príčine.

Ak sa máme zaoberať pojmom vedomie, nie je možné opomenúť vyššie zmienený pojem **nevedomie**, ktorý je jedným z ústredných tém psychoanalýzy. Práve obsahy nevedomia sú podľa S. Freuda príčinou väčšiny duševných porúch. Hartl (2000) definuje nevedomie ako myšlienky, strachy a túžby, ktoré si človek neuvedomuje, ktoré ale pôsobia na jeho správanie, obsah mysle, ktorý ovplyvňuje naše správanie bez toho, aby sme o tom vedeli.

Poruchy vedomia rozdeľujeme na kvantitatívne a kvalitatívne.

Kvantitatívne poruchy vedomia (tiež označované ako zastrené vedomie) sa prejavujú celkovým poklesom bdlosti a tým schopnosti primerane reagovať (Vágnerová, 2004). Rozlišujú sa:

- **somnolencia** – znížená bdlosť – vyskytuje sa celkom bežne a prirodzene (napr. únava, zaspávanie) alebo ako psychopatologický symptóm ako prejav celkového ochorenia (napr. chrípka) alebo účinku niektorých psychoaktívnych látok (Pavlovský, 2009). Obmedzená je rovnako pozornosť i schopnosť rýchlo reagovať, čo je nebezpečné napr. pri vedení dopravných prostriedkov, práci na strojoch či s náradím a pod.
- **sopor** – je stredne ťažkou poruchou. Postihnutého človeka je možné prebudiť iba ťažko a to na krátku dobu, reaguje len na veľmi intenzívne podnety. Pokiaľ ho prinútime odpovedať, odpoveď je väčšinou len jednoslovná, s malou vypovedacou hodnotou. Podľa Heretika (2004) je schopnosť myslenia a verbalizácia v tomto stave veľmi obmedzená. So soporom sa stretávame bezprostredne po závažných úrazoch, pri závažnom ochorení alebo v prípadoch ťažkej intoxikácie
- **kóma** – stav hlbokého bezvedomia – s postihnutým nie je možné naviazať kontakt a nereaguje ani na bolesť, vyhasínajú základné reflexy (napr. stav po vážnom úraze hlavy).

Kvalitatívne poruchy vedomia sú charakterizované ako stav zmeneného vedomia. Bdlosť je zachovaná, ale niektoré funkcie psychiky sú narušené, dochádza napríklad k čiastočnej alebo úplnej dezorientácii, je narušené vnímanie, pamäť, prežívanie, dochádza ku strate kontroly nad reagovaním a v jeho v dôsledku k neprimeranému správaniu.

Podľa dĺžky a priebehu rozlišujeme:

- **Delírium** – stav zmätenosti – chorý je dezorientovaný, je narušená pozornosť, vnímanie a uvažovanie, objavujú sa ilúzie a halucinácie. Na priebeh delíria si nepamätá. Známe je tzv. delírium tremens, ktoré sa objavuje u chronických alkoholikov.

- **Mrákotný stav** – náhle začína a náhle končí, ide o záchvatovitý prejav. Postihnutý je dezorientovaný, svoje správanie nekontroluje a nepamätá si ho. Dočasne zaniká osobnosť postihnutého, ktorý sa môže dopustiť aj činov, ktoré sú celkom v rozpore s jeho doterajším zameraním (Pavlovský, 2009). Vyskytuje sa po úrazoch hlavy a pri určitej forme epilepsie. Autor pripomína, že psychogénne podmienené mrákotné stavy sa objavujú najmä u osobností s histriónskymi črtami v mimoriadne záťažových situáciách.

Vnímanie a poruchy vnímania

Vnímanie chápeme ako základný poznávací proces. Je to zmyslové, názorné a priame poznávanie reality. Preto je dôležitá nielen správna funkcia zmyslových orgánov, ale aj správna interpretácia zmyslových vnemov.

Podľa Heretika (2004, s. 100) je vnímanie „globálnou funkciou, pomocou ktorej psychika zabezpečuje odraz zmien vonkajšieho i vnútorného prostredia, ktoré bezprostredne pôsobi na naše zmyslové orgány“.

Nakonečný (1998) uvádza tieto charakteristiky vnímania:

- **vnímanie je úvodný a základný adaptačný proces**, ktorý vystupuje v úzkej súvislosti (súčinnosti) s predmetnou činnosťou a pamäťou
- **vnímanie je proces centrálného spracovania senzorických dát do mentálnych štruktúr vnemov**, ktoré umožňuje subjektu riadiť jeho činnosť
- **vnímanie vystupuje ako biologicky účelné modelovanie životného prostredia**, vytvára druhovo špecifický obraz tohto prostredia
- **vnímanie je aktívny proces výberu informácií** a má zásadný význam pre život individua.

Vnímanie umožňuje prijímať nové informácie, orientovať sa v prostredí a poznávať aktuálnu situáciu. Je to taký spôsob poznávania, ktorý zahŕňa nielen vnímanie (percepciu) rôznych podnetov, ale ich výber, spracovanie a vyloženie si ich významu. Vnímanie, tvar, veľkosť, priestor, pohyb, plynutie času a časovú postupnosť.

Vnímanie neodráža presne okolitú realitu, býva skreslené nielen vlastnými podnetmi, ale aj skúsenosťami, vlastnosťami a aktuálnym psychickým stavom človeka.

Pri vnímaní môžu nastať niektoré zvláštnosti.

Zmyslové klamy – sú spôsobené prevažne objektívne a vysvetľujú sa nedokonalosťou našich zmyslov. Napr. sa nám zdá, že sa koľajnice alebo cesty v diaľke zužujú a zbiehajú.

Tento klam sme schopní korigovať rozumovo (vieme, že to tak nie je). Zmyslové klamy môžu byť zrakové, sluchové atď.

Skreslenie vnímania je podmienené i sociálne. Rolu hrajú predovšetkým skúsenosti a postoje jedinca. Najčastejšími chybami v tejto oblasti sú (Vágnerová, 2007):

- **chyba prvého dojmu** – človek posudzuje druhého podľa jeho nápadných prejavov, znakov, vzhľadu, úpravy vlasov, oblečenia atď.
- **haló efekt** – má mnoho spoločného s chybou prvého dojmu. Človek má tendenciu preceňovať význam viditeľných znakov, správania atď. Prisudzuje týmto ľuďom dopredu vlastnosti, ktoré s vonkajším znakom nemajú nič spoločného. Napr. usmievavý človek je považovaný zároveň za priateľského, je kladne hodnotený, pritom sa na nás môže prívetivo usmievať napr. podvodník.
- **efekt vzťahu** – ľudia, ktorí sú nám sympatickí, máme tendenciu vnímať pozitívne a naopak. Napr. zabudlivosť a nedochvilnosť u sympatického človeka berieme z nadhľadom ako jeho roztomilú roztržitosť, naopak u nesympatického človeka reagujeme popudlivo a sťažujeme sa na jeho nespoľahlivosť a bezohľadnosť
- **projekcia** – človek má tendenciu vidieť v iných ľuďoch to, čo trápi jeho samotného alebo všímať si ľudí, ktorí prežívajú podobný osud. Ide taktiež o podvedomé prenášania vlastných zážitkov a prianí na iné osoby (Hartl, 2001).

Poruchy vnímania

Pseudoilúzia – je skreslenie vnemu, ku ktorému môže bežne za určitých okolností dôjsť. Napr. pri chôdzi nočným lesom môžeme mať strach alebo aspoň pocit napätia. Preto ker alebo kopa sena sa môže javiť ako skrčená postava. Svoj omyl poznáme (dôjde k rozumovej korekcii), keď prídeme bližšie.

Ilúzia – je skreslený vnem bez následnej rozumovej korekcie. Chorý pod vplyvom ilúzie napr. zaútočí na blízko stojacich ľudí v domnienke, že ide o jeho nepriateľov (Pavlovský, 2001).

Halucinácia – od pseudoilúzie a ilúzie sa líši tým, že vonkajší podnet neexistuje. Hovorí sa o tzv. šalebnom vneme. Halucinácia vzniká chorobne. Pre postihnutého človeka je vnem jasný a zreteľný a o jeho existencii je presvedčený. U duševne chorých sa objavujú aj bludy. Halucinácie môžu byť spôsobené i užitím drog.

Poruchy gnózie (poznávania) – patrí medzi prejavy organických poškodení. Je pre ne typická neschopnosť rozpoznať a identifikovať podnety určitého druhu navzdory nepoškodeným periférnym funkciám (Vágnerová, 1997).

Úplnú stratu tejto schopnosti nazývame **agnózia**.

Pozornosť a poruchy pozornosti

Fyziologickou podstatou pozornosti je určitý stupeň aktivácie organizmu, prejavujúci sa určitou úrovňou vedomia (Nakonečný, 1998). Heretik (2004) pod pozornosťou rozumie zvýšenú zameranosť na určité obsahy vedomia. Podľa Vágnerovej (1997) je pozornosť formálnou psychickou funkciou, ktorá je vždy spojená s určitým uvedomelým obsahom, nejakou ďalšou činnosťou a určitým stavom aktivácie.

Pozornosť sa obvykle delí na spontánnu (niečo vyvolá našu pozornosť, napr. si čítame a do miestnosti niekto vstúpi alebo sa ozve odniekiaľ hluk) a úmyselnú, vôľovú (príkladom je napr. učenie). Pozornosť môže trvať napriek našej snahe sa odpútať, proti našej vôli.

Dôležité vlastnosti pozornosti napr. sú:

- **selektivita pozornosti** (výberovosť)
- **koncentrácia pozornosti** (sústredenosť)
- **tenacita pozornosti** – stabilita pozornosti a schopnosť udržať ju na určitú dobu
- **oscilácia pozornosti** – prirodzené kolísanie intenzity pozornosti
- **fluktuácia pozornosti** – trvalejšie odklony a presuny pozornosti
- **dynamika pozornosti** – plynulé prenášanie pozornosti
- **distribúcia pozornosti** – schopnosť zamerať sa súčasne na viac podnetov, objektov či činností
- **kapacita pozornosti** – koľko rôznych podnetov a prvkov sme schopní súčasne zachytiť.

Pozornosť je ovplyvňovaná i prirodzene, napr. pozornosť je závislá od veku, únavy, vonkajšieho prostredia, aktuálnym psychickým a fyzickým stavom, dennou dobou a i.

Poruchy pozornosti

U niektorých ľudí sa môžu prejavovať určité nápadnosti alebo problémy spojené s pozornosťou, ktoré však ešte neoznačujeme ako poruchy. Ide o **zmeny pozornosti**, medzi ktoré zaraďujeme:

- **roztržitosť** – je nadmerná koncentrácia na jeden obsah, čo bráni preneseniu pozornosti (distribúciu) na iné podnety
- **rozptýlenosť** pozornosti – oslabenie koncentrácie, stability a udržania pozornosti po určitú dobu (tenacity)
- **paraprosexia** (nadmerná koncentrácia a napätie, ktoré vedú k zmenám reakčného času) (Heretik, 2004), nevnímanie podnetu v stave napätého očakávania (Hartl, 2001).

Pre poruchy pozornosti je typická neschopnosť sa po primerane dlhú dobu koncentrovať na určitý podnet, resp. aktivitu. Je jedným z príznakov organického postihnutia centrálnej nervovej sústavy.

Medzi poruchy pozornosti zaradujeme:

- **hyperprosexia** – táto porucha je vzácnejšia než jej opak, hypoprosexia. Hyperprosexia je chorobne zvýšené, neprimerané intenzívne zameranie pozornosti na určitú oblasť. Stretávame sa s ňou pri paranoidných poruchách
- **hypoprosexia** – je obmedzená koncentrácia pozornosti. Objavuje sa u ľudí trpiacich depresiou, a u začínajúcej demencie. Závažnejšie poruchy pozornosti sa vyskytujú i pri neurózach (najmä neurastenickej) alebo ako iniciálne príznaky niektorých psychóz (Heretik, 2004).

Myslenie a poruchy myslenia

Myslenie je komplexnou poznávacou schopnosťou, ktorá slúži na spracovanie, interpretáciu a zaradenie získaných informácií na voľbu určitého spôsobu riešenia problému a z toho vyplývajúceho plánovania ďalšej činnosti (Vágnerová, 2007). Základom myslenia je komplexná funkcia mozgu. Podľa Heretika (2004) je myslenie najvyššou formou poznania. Je zovšeobecneným poznaním (prebieha prevažne v pojmoch) a sprostredkovaným (narába s materiálom získaným inými psychickými procesmi).

Chápanie problematiky myslenia sa v modernej psychológii sústreďuje do 3 základných tém:

- **vytváranie pojmov** (myslíme v pojmoch)
- **riešenie problémov**
- **dispozičná báza myslenia** (najmä inteligencia)

Problémy riešime napr.:

- **vhľadom** – je to náhle pochopenie situácie (hovoríme aha, jasné, už viem ai.)

- **pokusom a omylom** – ak nevedie nami zvolená cesta k vyriešeniu, volíme inú
- **plánovitou analyticko-syntetickou činnosťou** – je typická pre ľudské myslenie.

Myšlienkové operácie:

- **analýza** – rozdelenie celku na časti
- **syntéza** – spájanie jednotlivých častí do celku.

Formy myslenia:

- **Pojem:**
 - slovné vyjadrenie nejakého predmetu alebo javu jeho znakov
 - vyjadríme tak i to, čo nie je objektívnou skutočnosťou, zastupuje skutočnosť (napr. pojem diaľka, nekonečno, vesmír, ale aj slovné vyjadrenie napr. pocitu).
- **Súd:**
 - vyjadruje vzťah medzi predmetmi a javmi alebo medzi ich znakmi
 - je výrok, ktorý obsahuje tvrdenie alebo popieranie určitých súvislostí medzi predmetmi alebo javmi
 - v súdoch vždy niečo tvrdíme alebo popierame.
- **Úsudok** je vzťah medzi dvoma súdmi alebo vyvodenie záverov.

Usudzovanie sa zvyčajne deje dvoma spôsobmi:

- **induktívne usudzovanie** – smeruje od konkrétneho k zovšeobecneniu alebo môžeme napr. usudzovať analógiou
- **deduktívne usudzovanie** – je opakom induktívneho, teda postupujeme od všeobecného k jednotlivému, konkrétnemu. Napr. všeobecný predpis aplikujeme na konkrétny prípad a pod.

Podobne ako poruchy vedomia i poruchy myslenia delíme na kvantitatívne a kvalitatívne.

Kvantitatívne poruchy myslenia

Poruchy tempa:

- **bradypsychické** – spomalené myslenie. Človek si pomaly vybavuje, ťažko sa sústreďí, je ľahko unaviteľný. Podľa Pavlovského (2009) je typické pre organické poruchy, hlbšiu depresiu a niektoré formy schizofrénie

- **tachypsychické** – zrýchlené myslenie (niekedy až myšlienkový trysk). Rýchlosť myslenia je tak vysoká, že ho človek nestačí previesť do reči. Objavuje sa napr. pri niektorých intoxikáciách.

Poruchy zameranosti myslenia:

- **zabíhavé myslenie** – je charakteristické narušenou plynulosťou. Človek neustále odbočuje k iným, s hlavnou témou nesúvisiacim oblastiam (Vágnerová, 2004)
- **uľpievavé myslenie** – prejavuje sa opakovaním slov či slovných spojení. Nevýpravné myslenie sa opakovane vracia k tej istej myšlienke.

Kvalitatívne poruchy myslenia:

Bludné uvažovanie – je mylné presvedčenie vzniknuté na chorobnom podklade, ktorému chorý nevývratne verí a ktorý môže mať patický vplyv na jeho konanie (Zvolský In: Vágnerová, 2004). Bludy sa vyskytujú u psychóz.

Heretik rozdeľuje bludy podľa ich obsahu na:

- **expanzívne** – postihnutý je presvedčený o svojej mimoriadnej významnosti (megalomanický), o nadprirodzených alebo mimoriadnych schopnostiach (extrapotenčné), , vynálezcovský (inventórny) a reformátorský
- **depresívne** – prejavujú sa napr. ako sebaobviňovanie (autoakuzačný), ako mylné presvedčenie, že trpí závažnou chorobou (hypochondrický a pod.)
- **paranoidné** – postihnutý je presvedčený, že je prenasledovaný (perzekučný). Obsah môže mať i emulatórný (žiarlivosť) alebo je presvedčený, že ho miluje významný človek (erotomanický).

Perzekučný blud má podľa Dobrotku (In: Heretik, 2004) forenzný význam, pretože patrí medzi najčastejšie patologické motívy trestného činu.

Obsedantné (nutkavé) myslenie je charakteristické pretrvávaním niektorých myšlienok vo vedomí jedinca proti jeho vôli, nie je možné ich potlačiť.

Inkoherentné myslenie je charakteristické narušením súvislosti a stratou logického sledu jednotlivých myšlienok.

Autistické, dereistické myslenie je ovládané fantáziou, ktorá nerešpektuje realitu.

Magické myslenie má rovnakú charakteristiku ako myslenie autistické (Vágnerová, 2004).

Pamäť

Pamäť umožňuje uchovanie informácií a od nej závislé postupné obohacovanie skúseností, tj. učenie (Vágnerová, 2007).

Fázy zapamätania sú:

- zapamätávanie
- pamätanie (uchovanie v pamäti)
- zabúdanie.

Vlastnosti pamäti:

- vštiepivosť – ako rýchlo a ľahko si zapamätáme
- rozsah – koľko informácií si zapamätáme
- trvácnosť – dĺžka uchovania v pamäti
- presnosť – ako presne sa zhodujú naše spomienky s realitou
- pohotovosť – schopnosť rýchlo a čo najpresnejšie si vybaviť uchované skutočnosti.

Druhy pamäti:

- podľa spôsobu zapamätania si delíme ho na zapamätanie si neúmyselné (spontánne) a úmyselné (zámerné)
- podľa dĺžky zapamätanie si na pamäť krátkodobú a dlhodobú.

Súčasná psychológia sa sústreďuje na to, aké mechanizmy pamäti umožňujú podržanie rôznych typov psychického materiálu, ako je perцепčná, motorická, verbálna, epizodická, emocionálna (traumatická) pamäť (Heretik 2004).

Poruchy pamäti

Delíme ich na kvantitatívne a kvalitatívne.

Kvantitatívne poruchy pamäti sú:

- **hypomnézia** – je zníženie výkonnosti pamäti a to buď celkovo (generalizovane) alebo výberovo (selektívne)
- **hypermnézia** – je naopak zvýšená schopnosť zapamätat' si a uchovať nejaké informácie
- **amnézia** – človek na určitý časový úsek celkom alebo čiastočne stratí schopnosť vybaviť si to, čo prežil.

Kvalitatívne poruchy pamäti sú:

- **konfabulácia** – odpoveď, ktorú chorý dáva ako okamžitý nápad bez toho, aby si to uvedomoval, že si nepamätá (Pavlovský, 2001). Podľa Heretika (2004) sú konfabulácie vyplňovaním pamäťových medzier novým materiálom
- **pseudologia phantastica** – Bájne alebo tiež patologické klamanie – ide o vymyslený opis nejakej udalosti, v ktorej vypovedajúci hrá hlavnú rolu, opis pôsobí vierohodne, ale je celkom vymyslený
- **spomienkový klam** – postihnutý je presvedčený, že udalosť skutočne prežil, aj keď tomu tak nie je. Znalosti zvyčajne získal inak – o udalosti počul, čítal a pod. Pavlovský radí spomienkové klamy medzi tzv. paramnézie.

Inteligencia

Intelektom v užšom slova zmysle sa rozumie schopnosť zbierať poznatky, operovať s nimi na všeobecnej úrovni, odlišovať podstatné od nepodstatného. Inteligenciou sa spravidla myslí schopnosť vyznať sa v situácii, porozumieť jej a riešiť ju. Zahŕňa predstavivosť, chápacosť a súdnosť (Pavlovský, 2001).

Poruchy intelektu

Poruchy intelektu sa rozdeľujú na **primárne** (mentálna retardácia, skôr nazývaná oligofrénia) a **sekundárne** (demencia, pseudodemencia).

Mentálna retardácia je vrodené postihnutie rozumových schopností. Postihnutie je považované za trvalé, aj keď je možné dosiahnuť určitý pokrok v závislosti od hĺbky postihnutia, spôsobu stimulácie, pôsobením prostredia vrátane špeciálnych prístupov k výchove a učeniu (tým sa zaoberá jeden z odborov špeciálnej pedagogiky – psychopédia).

Medzi znaky mentálnej retardácie uvádza Vágnerová (2004) napr. poruchu myslenia, reči a učenia, zníženú kritickosť a vyššiu sugestibilitu, stereotypnosť a rigiditu, nápadnú jednoduchosť vyjadrovania sa, nápadnosť v oblasti emocionálneho prežívania (väčšie sklonky k afektívnym reakciám), nápadnosť v správaní, u niektorých jedincov (najmä v adolescencii) sklon k agresívnemu konaniu, skreslené sebahodnotenie a pod. Tieto znaky nemusia byť

prítomné u všetkých mentálne retardovaných, rovnako ich prejavy a intenzita sú veľmi rôznorodé.

Lahká mentálna retardácia (skôr nazývaná debilita). Ľudia s týmto postihnutím sú vychovateľní a vzdelávateľní. V dospelosti sú schopní uvažovať najviac ako deti stredného školského veku (približne 12-ročné dieťa), nie sú schopní abstraktne myslieť. Abstraktné pojmy v ich slovnej produkcii takmer chýbajú. Pokiaľ sú vhodne vedení a sú rešpektované ich možnosti, potom sa dokážu primerane svojim schopnostiam učiť a v dospelosti dosiahnuť určitú samostatnosť. Môžu aj pracovať, avšak vyžadujú oporu a dohľad (Vágnerová, 2007).

Stredne ťažká mentálna retardácia (skôr nazývaná imbecilita). Ľudia s týmto postihnutím sú vychovateľní, avšak nie vzdelávateľní. Majú myslenie na úrovni zhruba predškolského dieťaťa (približne 6-ročného). Sú schopní si osvojiť sebaobslužné a niektoré iné jednoduché návyky.

Ťažká mentálna retardácia (skôr nazývaná idiotia). Nie sú vychovateľní ani vzdelávateľní. Postihnutí uvažujú zhruba na úrovni batolaťa. Naučia sa najviac niekoľko slov, artikulácia je však ťažká, niekedy nehovoria vôbec. Po dlhodobom trpezlivom učení môžu zvládnuť niektoré jednoduché úkony sebaobsluhy či plniť niekoľko pokynov. Postihnutie býva často kombinované s postihnutím motorickým. Sú závislí od starostlivosti druhých.

Hlboká mentálna retardácia. Postihnutie je väčšinou kombinované s motorickým postihnutím, sú celkom odkázaní na starostlivosť druhých, najčastejšie na starostlivosť ústavnú. Podľa Vágnerovej (2004) sú maximálne schopní diferencovať známe a neznáme podnety a reagovať na ne pozitívne alebo negatívne.

Demencia. Na rozdiel od mentálnej retardácie ide o získané postihnutie, ktoré je možné diagnostikovať až po druhom roku života. Je to organicky podmienený syndróm, najvýznamnejším prejavom ktorého je úbytok kognitívnych funkcií, predovšetkým inteligencie a pamäti (Vágnerová, 2004).

Emócie

Pojmy emócie a city nemajú rovnaký význam a neznamajú to isté. Z psychologického hľadiska sú city užší pojem a znamenajú iba psychickú, zážitkovú kvalitu. Emócie zahŕňajú celý komplex, okrem zážitku i reakciu psychickú a fyziologickú (Vágnerová, 2007).

Emócie sú psychické procesy, ktoré hodnotia rôzne skutočnosti, situácie a udalosti, priebeh a výsledky činnosti jedinca. Sú zvláštnymi modalitami prežívania (možnými spôsobmi) (Čáp In: Farková, 2008). Je to schopnosť reagovať ľúbosťou a neľúbosťou.

Iná definícia hovorí, že emócie sú výrazom nášho subjektívneho vzťahu k svetu i k sebe samému (Vágnerová, 2003). Regulujú správanie, podľa nich vieme, čo je nám príjemné a nepríjemné. Emotivita je súčasťou temperamentu.

Pavlovský (2001) delí emócie na:

- **afekty** – krátkodobá silná emócia
- **nálady** – pohotovosť k afektom určitého typu, ktorá je dlhodobejšia
- **vyššie city** – sú vysoko diferencované emocionálne reakcie nadosobného zamerania v oblasti etickej, estetickej a sociálnej.

Druhy emócií

Afekt – je emocionálny proces. Je to intenzívna, krátkodobá emócia, často s búrlivým priebehom. Podnetom môže byť ohrozenie alebo naopak neočakávané splnenie túžby. Pri afekte môže dôjsť k zablokovaniu poznávacích procesov.

Nálada – je emocionálny stav. Je dlhodobejší, menej intenzívny, niekedy človek ani príčinu svojej nálady nevie.

Vzťah – ustálený emocionálny jav, ktorý má charakter dlhodobej emocionálnej reakcie na podnety. Býva utváraný skúsenosťou, relatívne sa stabilizujúcou až v období ku koncu dospievania (môže to byť láska, pohrdanie, nenávisť a pod.).

Vášeň – je dlhodobá emocionálna orientácia. Má výrazný priebeh a ovplyvňuje motiváciu človeka.

Poruchy emotivity (emócií)

Podľa Heretika (2004) sa poruchy emotivity môžu týkať jednotlivých druhov emócií alebo môžu mať celkový (globálny) charakter.

Zjednodušene je ich možné rozdeliť podľa:

- **intenzity**
- **dĺžky trvania**
- **kvality emocionálneho zážitku.**

Poruchy afektov:

Patický afekt – je veľmi silná emócia, výbuch, na priebeh ktorého je úplná amnézia. Na jeho vrchole dochádza ku krátkodobému mráкотnému stavu. Táto skutočnosť má značný význam pri psychologickom a psychiatrickom znaleckom posudzovaní páchatel'ov niektorých násilných trestných činov.

Fóbia - vtieravé, chorobné strachy. Intenzita tohto strachu je zjavne neprimeraná podnetu, čo však človek – aj keď si to uvedomuje – nie je schopný vedome ovládnuť.

Poruchy nálady (patická nálada)

Patická nálada vzniká z vnútorných príčin a nepriaznivo ovplyvňuje najmä správanie a konanie človeka.

Podľa jej zamerania a pohotovosti k emocionálnym reakciám určitého typu sa rozlišujú varianty:

- **depresívny**
- **manický**
- **euforický**
- **úzkostný (anxiózný)**
- **výbušný (explozívny)**
- **apatický.**

Podľa Pavlovského (2009) sa od normálnej nálady líši:

- **väčšou intenzitou**
- **dĺžkou trvania** (mesiace i roky)
- **neodkloniteľnosťou** (nie je možné jedinca v depresívnej nálade rozveseliť alebo naopak v manickej nálade zpsmutniť)
- **vplyvom na konanie.**

Poruchy konania, motivácie a vôle

Konanie je zložitý prejav ľudskej psychiky, pretože predstavuje premyslenú činnosť vedúcu k určitému cieľu. Okrem cieľa má svoju motiváciu a priebeh. Správaním sa rozumie činnosť jednoduchšia, ktorá v sebe nezahŕňa plánovitosť.

Delenie porúch konania na:

- **kvantitatívne** – prejavuje sa nápadne zníženou aktivitou (hypoaktivitou) alebo naopak nápadne nadmernou aktivitou (hyperaktivitou)
- **kvalitatívne** poruchy konania:
 - **impulzívne konanie** – náhle nápady bez rozmyslu, bez ohľadu na následky. Konanie ani nesleduje cieľ, nie je možné zistiť motiváciu. Často chýba aj emocionálny sprievod, napr. afekt zlosti. Konanie je charakterizované značnou intenzitou, energiou. Subjekt si svoje správanie pamätá, avšak nie je schopný uviesť jeho motiváciu („napadlo mi to“)
 - **skratkové konanie** – vedie k uspokojeniu nejakej potreby alebo k úniku z nepríjemnej situácie. Je zbrklé, chýba mu plánovitosť, neprihliada na výhodnosť zvoleného riešenia
 - **raptus** – náhle vzniknuté útočné konanie sprevádzané zúrivosťou. Dôvodom je spravidla silná úzkosť. Raptus je psychotická porucha, vyskytuje sa napr. u schizofrenikov. Raptus je niekedy konštatovaný u násilných trestných činov
 - **nutkavé, kompulzívne konanie** – je prejavom vtieravých, obsedantných myšlienok. Podľa Vágnerovej (2004) je človek vnútorne nútený konať opakovane nejakú činnosť, ktorá je mu síce nepríjemná, ale nedokáže prestať, pretože by to v ňom vyvolalo úzkosť
 - **automutilácie** (sebapoškodzovanie) – je úmyselné poškodzovanie zdravia. Môže sa vyskytnúť u psychotikov, u niektorých porúch osobnosti (napr. histriónske osobnosti). Automutilácia sa často vyskytuje u väzňov, kde majú väčšinou charakter účelového konania. Typické je porezanie a prehĺtanie nestráviteľných predmetov. Pavlovský (2009) medzi automutilácie radí aj odmietanie jedla (sitofóbiu).

Poruchy vôle

Vôľa je naučenou autoregulačnou schopnosťou, ktorá usmerňuje konanie človeka takým spôsobom, aký považuje za účelný a nutný (Vágnerová, 2004). Podľa Heretika (2004) je vôľa psychickým ekvivalentom úmyselného, cieľavedomého správania, ktoré je vyjadrené subjektívnymi zážitkami “chce sa mi – nechce sa mi“.

Vágnerová (2004) rozlišuje poruchy vôle podľa toho, ktorú zo zložiek vôľového procesu postihujú:

- **poruchy aktívnej vôle** – strata rozhodnosti
- **poruchy pasívnej vôle** – neschopnosť realizovať svoje rozhodnutia.

Hypobúlia je obmedzenie vôľových kompetencií. Môže byť črtou osobnosti, u zdravých ľudí sa môže prechodne vyskytnúť napr. pri smútku.

Abúlia je úplné chýbanie vôľových kompetencií. Vyskytuje sa napríklad u ťažkých depresí.

Hyperbúlia je neadekvátne zvýšenie vôle, najmä rozhodnosti spojenej s neprimeranou aktivitou. Podľa Heretika (2004) ide skôr o odchýlku v oblasti motivácie, ale môže sa vyskytnúť napr. pri patologickej nálade, demencii alebo poruchách osobnosti.

Pudy a potreby

Pudy vedú k uspokojovaniu potrieb. Sú to vrodené tendencie k určitému konaniu, ktoré je zamerané na uspokojovanie niektorej zo základných potrieb (Vágnerová, 2004).

Potreba je subjektívnym stavom nedostatku alebo nadbytku niečoho; je uvedomením si nerovnováhy (Heretik, 2004). Rozoznávame primárne potreby (biologické potreby, napr. jedlo, pitie, spánok) a sekundárne potreby (špecificky ľudské). Pudy a potreby súvisia s motiváciou ku konaniu, preto potreby môžu byť vrodené alebo sa rozvíjajú behom života.

Vondráček (In: Pavlovský, 2009) rozdelil pudy na:

- **pud zachovania rodu** (sexuálny a starostlivosť o potomstvo)
- **pud zachovania jedinca** (obživný, sebazáchovný, orientačný, zvedavosti)
- **pud združovací** (sociálny)
- **pud pre spríjemnenie existencie** (pud sebauplatnenia, vlastnícky, skrášľovací)

Poruchy pudov:

Poruchy pudu obživy: **bulímia** (chorobná túžba vysokých dávok jedla)

anorexia (zníženie potreby jedla až odpor k jedlu).

Poruchy pudu sebazáchovy: **sebapoškodzovanie**

samovražednosť.

Pohlavný pud

Pavlovský (2009) uvádza nasledovné charakteristiky normálnej sexuálnej motivácie:

- pevná sexuálna identifikácia spojená s dobre osvojenou sexuálnou rolou

- erotická preferencia objektu opačného pohlavia
- sexuálna zrelosť apetovaného objektu
- kooperácia partnera (bez použitia partnerom neakceptovateľnej agresie)
- vzájomnosť (vytvorenie páru)
- aktuálne spoločensky akceptovaná technika sexuálnej interakcie.

Poruchy pohlavného pudu:

- **zmena intenzity** (zníženie alebo zvýšenie potreby sexuálneho uspokojenia)
- **zmena zamerania** (neprimeraný je objekt, napr. dieťa – pedofília)
- **odchylný spôsob alebo objekt sexuálneho uspokojenia** (napr. sadizmus).

Pavlovský (2009) rozlišuje:

Poruchy pohlavnej identity:

- **transsexualizmus** – žiť ako člen opačného pohlavia
- **transvesticizmus** dvojakej roly – nosenie oblečenia opačného pohlavia, potešenie z dočasnej príslušnosti k druhému pohlaviu (chýba ale pranie trvalej zmeny)
- **poruchy pohlavnej identity v detstve** – pranie dieťaťa byť opačným pohlavím.

Poruchy sexuálnej preferencie:

preferencia objektu: fetišizmus, pedofília, nekrofilia, gerontofília

preferencia aktivity: exhibicionizmus, voyérstvo, sadizmus, masochizmus.

Poruchy rodičovského pudu – **nezáujem o potomstvo, neprimerané správanie k vlastným deťom, syndróm CAN** (syndróm týraného dieťaťa).

Motivácia

Nakonečný (1998) označuje **motiváciu za vedecký konštrukt, ktorý má vysvetliť variabilitu cieľov či dôvodov ľudského konania.** Podľa Čecha (2005) pojem **motív** označuje v súčasnej psychológii, čo **vedome označujeme za základ nášho správania, dáva mu smer, vedie k začiatku a udržaniu aktivity, zásobuje človeka energiou pre tento výkon.** Pojem **motivácia** označuje **proces** a je chápaná ako „príčina pohybu a následnosť zmien stavov organizmu, abstrakcia kontinuity aktivácie a determinanta smeru, **pojem na porozumenie vzťahov a príčin rozhodovania, zámer niečo dosiahnuť ako zvnútra, resp.**

zvonka aktivované správanie. Je treba taktiež rozlíšiť motiváciu, ktorá je vnútorná a motivovanie, ktoré chápeme ako stav motivácie aktivovaný vonkajšími činiteľmi (Nakonečný, 1998).

Motivácia trestného činu

Motivácia trestného činu je z pohľadu psychológie zložitým a dynamickým fenoménom. **V každom okamihu je priesečníkom individuálnych a situačných faktorov** (Heretik, 1999, 2004). Zmapovanie motivačnej dynamiky je zásadnou otázkou nielen pochopenia trestného činu, ale aj poznanie osobnosti páchatel'a, stanovenie jeho pravdepodobného budúceho správania i stanovenie jeho nebezpečnosti (Gillernová, 2006).

Heretik upozorňuje, že sa hierarchia motívov môže v priebehu trestného činu meniť. V tejto súvislosti uvádza rozdelenie motívov podľa Tarnovského (In: Heretik, 2004), ktorý rozlišuje:

- **prvotný motív**, ktorý je východiskom konania
- **sekundárny motív**, ktorý sa objaví po prvotnom motíve
- **bezprostredný motív**, ktorý bezprostredne a priamo súvisí s páchaním činu (vrátane viktimologických aspektov – pozn. Heretik)
- **následný motív**, ktorý sa objavuje po čine a je jeho racionálnym spracovaním.

V niektorých situáciách môže dôjsť k „preskoku motívov“ (Heretik, 1999, 2004). Ako príklad uvádza konanie recidivistu, ktorý chce lúpežou získať prostriedky na nákup alkoholu. V parku za tým účelom prepadne osamelú ženu, behom zápasu dôjde u neho k sexuálnemu vzrušeniu a ženu znásilní. Obeť páchatel'ovi pohrozí udaním. Z obáv pred prezradením a opätovnom uväznení ženu zavraždí. Gillernová (2006) uvádza príklad lúpežného prepadnutia pošty, kedy páchatel' ohrozoval zbraňou pracovníčky pošty a žiadal vydanie peňazí, zrejme bez úmyslu zbraň použiť. Keď sa mu však jedna z pracovníčok postavila na odpor, zbraň použil a ženu vážne zranil. Z oboch opísaných prípadov je potom možné celkom ľahko odvodiť spôsob obhajoby páchatel'a pred súdom zvažovaním viny na obeť – „keby sa nebránila, tak by som jej nič neurobil“.

Behom trestného činu sa môžu meniť nielen jeho motívy, ale môže dôjsť i k zmene jeho charakteru alebo intenzity (napr. eskalácia násillia zo strany páchatel'a).

G. Dobrotka (In: Heretik, 2004) vypracoval schému fáz dynamiky trestného činu:

1. **Predpolie trestného činu** – osobnostné a sociálne faktory, ktoré tvoria predpoklady k páchaniu trestnej činnosti (napr. agresivita, konfliktný vzťah s obeťou, sociálna núdza).

2. **Nábehová fáza trestného činu** – postoje, potreby a zameranie, ktoré motivujú konflikt a tak vedú k samotnému trestnému činu, jeho realizácii. V tejto fáze sa objavujú myšlienky na trestný čin, čo súvisí s potrebami, postojmi a zameraním. Motív začína naberať jasné obrysy – nastavenie na trestný čin.

3. **Iniciálna fáza trestného činu** – objavujú sa spúšťače momenty konania (mechanizmy a okolnosti), napr. provokatívne správanie sa obete atď. (Presvedčenie o tom, ako sa obeť správa a čo svojím správaním sleduje, sa utvára v mysli páchatel'a, je ovplyvnené jeho osobnosťou, ale aj okolitými vplyvmi a tak sa môže, ale aj nemusí, blížiť realite. Napr. priamy pohľad do očí si jedinec subjektívne vyloží ako prejav agresie, pohrdanie a pod., aj keď objektívne to z pohľadu obete vôbec nie je pravda.

4. **Realizačná fáza trestného činu** - odráža priebeh (najmä intenzitu a kvalitu) kriminálneho činu, ktorý závisí od aktuálneho psychického stavu páchatel'a, situačných faktorov vrátane správania sa obete (napr. obrana obete vedie k eskalácii násillia a brutality zo strany páchatel'a).

5. **Fáza vysporiadania sa (vyrovnania sa) s následkami trestného činu** – je dodatočné kognitívno-afektívne spracovanie situácie (Gillernová, 2006), napr. zametanie stôp, ukrytie obete, opustenie miesta činu, vytváranie alibi atď. Zložitou otázkou je nielen samotná motivácia trestného činu, ale ja skutočnosť, že sa páchatel' musí s trestným činom vnútorne vysporiadať. Preto dochádza k vytvoreniu tzv. následného motívu, čo je konštrukcia vytvorená v mysli páchatel'a tak, aby trestný čin bol pre neho prijateľný a ospravedlniteľný. Tento proces môže prebiehať na vedomej i na nevedomej úrovni a je treba s ním počítať pri hodnotení vierohodnosti výpovede (Gillernová, 2006).

6. **Fáza sociálnej integrácie alebo recidívy.** Podľa Heretika (2004) je to spätné pôsobenie trestného činu a jeho následkov na osobnosť. S tým súvisí i predpoklad resocializácie páchatel'a, poprípade pravdepodobnosť jeho recidívy a tým aj nebezpečnosti pre spoločnosť. Od páchatel'ov je všeobecne požadované priznať vinu, vyrovnáť sa s ňou, akceptovať uložený trest a poučiť sa z neho. Tento proces skúma i v praxi sa ním z psychologického hľadiska zaoberá jedna zo súčastí forenznej psychológie, psychológia penitenciárna.

Otázky:

1. Vymenuj a vlastnými slovami opíš záťažové situácie ako príčiny psychických ťažkostí.
2. Opíš vlastnými slovami, čo je to vedomie.
3. Aké poruchy vedomia poznáš?
4. Opíš vlastnými slovami, čo je to vnímanie.
5. Aké poruchy vnímania poznáš?
6. Opíš vlastnými slovami, čo je to pozornosť a aké sú jej vlastnosti.
7. Aké poruchy pozornosti poznáš?
8. Opíš vlastnými slovami, čo je to myslenie.
9. Aké poruchy myslenia poznáš?
10. Opíš vlastnými slovami, čo je to pamäť, akú pamäť poznáš a ako funguje.
11. Aké poruchy pamäti poznáš?
12. Opíš vlastnými slovami, čo je to inteligencia.
13. Aké poruchy inteligencie poznáš?
14. Opíš vlastnými slovami, čo sú to emócie a city a ich jednotlivé druhy.
15. Aké poruchy emotivity poznáš?
16. Čo je to konanie a aké poruchy konania poznáš?
17. Čo je to vôľa a aké poruchy vôle poznáš?
18. Opíš vlastnými slovami, čo sú to pudy a potreby a aký je medzi nimi rozdiel?
19. Aké poruchy pudov poznáš?
20. Opíš vlastnými slovami, čo je to motivácia.
21. Charakterizuj motiváciu trestného činu.
22. Opíš schému fáz dynamiky trestného činu podľa Dobrotku.