

Dětská psychoterapie

Josef Langmeier, Karel Balcar, Jan Špitz



Dětská psychoterapie

Josef Langmeier, Karel Balcar, Jan Špitz

Třetí vydání

KATALOGIZACE V KNIZE - NÁRODNÍ KNIHOVNA ČR

Langmeier, Josef

Dětská psychoterapie / Josef Langmeier, Karel Balcar,
Jan Špitz. – Vyd. 3., V nakl. Portál 2. – Praha : Portál, 2010. – 432 s.
ISBN 978-80-7367-710-7 (váz.)

615.851-053.2

- dětská psychoterapie

- monografie

615.8 - Fyzioterapie. Psychoterapie. Alternativní lékařství [14]

Lektoroval: prof. PhDr. Stanislav Kratochvíl, CSc.,
(1. a 2. vyd.), MUDr. Petr Boš (1. vyd.)
© Karel Balcar za autory, 2000, 2010
Portál, s. r. o., Praha 2000, 2010

ISBN 978-80-7367-710-7

Obsah

Předmluva ke 2. vydání (<i>J. Langmeier</i>)	9
---	---

I. ČÁST

Psychoterapeutická problematika dětství a dospívání (<i>K. Balcar</i>)	13
---	----

1 Úloha psychologických činitelů u dětských problémů a poruch	15
1.1 Příčinné souvislosti tělesného, duševního, duchovního a sociálního strádání	15
1.2 Vývojověpsychologické souvislosti duševních poruch u dětí	24
2 Pojetí psychoterapie	28
2.1 Cíl psychoterapeutické činnosti	31
2.2 Zaměření terapeutické práce	32
2.3 Způsob zásahu terapeuta	33
2.4 Uspořádání terapeutické situace	33
2.5 Kvalifikace dětského psychoterapeuta	36
3 Obecné otázky psychoterapie s dětmi	43
3.1 Formy psychologické pomoci dětem	43
3.2 Indikace a prognóza v psychoterapii dětí	46
3.3 Vedení psychoterapie u dětí	48
3.4 Psychoterapeutický vztah s dětmi	51
3.5 Prostředky psychoterapeutické činnosti s dětmi	55

II. ČÁST

Individuální psychoterapie (<i>K. Balcar</i>)	67
--	----

4 Sugestivní postupy	69
4.1 Povaha sugesce a zjišťování sugestibility u dětí	69
4.2 Terapeutické využití prosté sugesce u dětí	73
4.3 Povaha hypnózy u dětí	75
4.4 Indikace hypnoterapie u dětí	78
4.5 Vedení hypnózy u dětí	81
4.6 Terapeutické využití hypnózy	84
5 Racionálně-terapeutické postupy	89
5.1 Racionálně-emozivní terapie u dětí	90
5.2 Kognitivní sebeřízení u dětí	101

6	Emocionálně a motivačně-terapeutické postupy	115
6.1	Emocionálně-terapeutické postupy	116
6.2	Motivačně-terapeutické postupy	124
6.3	Hodnotově-terapeutické postupy	128
7	Behaviorálně-terapeutické postupy	134
7.1	Kladné zpevňování	141
7.2	Nápodoba vzoru	143
7.3	Vyhasínání	145
7.4	Protipodmiňování strachu	146
7.5	Přesycení	151
7.6	Negativní nácvik	152
7.7	Averzivní podmiňování	153
8	Psychofyzilogické terapeutické postupy	155
8.1	Autoregulační postupy	155
8.2	Heteroregulační postupy	162
 <u>III. ČÁST</u>		
	Rodinná psychoterapie	167
9	Povaha rodinné psychoterapie (J. Langmeier, K. Balcar)	169
9.1	Indikace rodinné terapie	172
9.2	Průběh a vedení rodinné terapie	175
9.3	Metody rodinné psychoterapie	179
10	Behaviorální přístup v rodinné terapii (K. Balcar)	184
10.1	Učení interakčnímu chování	184
10.2	Technika rodinné úmluvy	188
10.3	Výcvik v řešení rodinných problémů	192
11	Experienciálně-komunikační přístup v rodinné terapii (K. Balcar)	194
11.1	Náprava komunikace v rodině	195
11.2	Experienciální práce s rolemi v rodině	200
12	Strukturní přístup v rodinné terapii (K. Balcar)	204
12.1	Pojetí strukturní rodinné terapie	204
12.2	Vedení strukturní rodinné terapie	209
12.3	Techniky strukturní rodinné terapie	215
12.4	Technika „Ostrov rodiny“	224
13	Systemická rodinná terapie (J. Špitz)	229
13.1	Teoretické předpoklady a konceptuální východiska	230
13.2	Systemické myšlení	232
13.3	Zásady systemické terapie	234
13.4	Nové trendy ve vývoji systemické terapie	242

IV. ČÁST

Skupinová psychoterapie (J. Špitz) 245

14 Povaha skupinové psychoterapie 246

14.1 Uplatnění skupinové terapie 247

14.2 Terapeutický proces a sestavení skupiny 251

15 Formy skupinové psychoterapie 257

15.1 Skupinová psychoterapie hrou 257

15.2 Činnostní skupinová psychoterapie 261

15.3 Rozhovorová skupinová psychoterapie 266

15.4 Rodičovská diskusní skupinová terapie 272

V. ČÁST

Léčebné společenství (J. Špitz) 281

16 Pojetí a praxe léčebného společenství s dětmi 283

16.1 Vztah mezi psychoterapií a socioterapií 283

16.2 Principy léčebného společenství s dětmi 284

16.3 Živé učení v léčebném společenství 287

16.4 Význam tradic a kultura společenství 289

16.5 Paremiologická terapie v léčebném společenství 294

16.6 Od dětské komunity ke společenství rodin 296

VI. ČÁST

Některé speciální úseky psychoterapie u dětí 299

17 Děti zanedbané a deprivované (J. Langmeier, D. Krejčířová) 301

17.1 Úprava prostředí 303

17.2 Výchovná a psychotherapeutická pomoc ohroženému dítěti 306

18 Děti týrané a zneužívané (J. Langmeier, D. Krejčířová) 310

18.1 Děti týrané 310

18.2 Děti zneužívané 316

19 Děti s primárně somatickým chronickým onemocněním (J. Langmeier, D. Krejčířová) 320

19.1 Význam psychoterapie tělesně nemocných dětí 320

19.2 Principy týmové práce v psychoterapii tělesně nemocných dětí 322

19.3 Obecný cíl psychoterapie tělesně nemocných dětí 324

19.4 Dílčí cíle psychoterapie tělesně nemocných dětí 326

19.5 Formy psychoterapie tělesně nemocných dětí 333

20 Děti mentálně retardované (J. Langmeier, D. Krejčířová) 351

21 Děti psychotické (J. Špitz)	358
22 Děti s psychosomatickými poruchami (K. Balcar)	362
22.1 Psychoterapie průduškového astmatu	369
22.2 Psychoterapie mentální anorexie	371
22.3 Psychoterapie obezity	375
22.4 Psychoterapie pomočování	378
22.5 Psychoterapie koktavosti	382
22.6 Psychoterapie u dalších psychosomaticky podmíněných poruch	386
23 Děti trpící závislostmi (K. Balcar)	390
23.1 Pojetí a povaha chorobných závislostí	390
23.2 Psychoterapie v léčbě závislostí u dětí a dospívajících	395
Závěry (K. Balcar)	405
Literatura	411
Jmenný rejstřík	419
Věcný rejstřík	423

Předmluva ke 2. vydání

První vydání této knihy (Avicenum, 1989) bylo připravováno ještě před událostmi konce roku 1989, které přinesly řadu významných změn i na naší psychoterapeutické scéně. V té době jsme se museli potýkat s řadou obtíží a překonat mnohá omezení, aby bylo vůbec možno knihu zařadit do tehdejšího nakladatelského plánu. Přes různé překážky se podařilo rozsáhlou a mnohdy kontroverzní látku zpracovat tak, aby se mohla stát východiskem dalšího studia odborných pracovníků. Velmi nám při tom pomohly připomínky recenzentů P. Boše a S. Kratochvíla. Záleželo nám na tom, aby se přihlíželo nejen k tehdy dostupné literatuře, ale i ke zkušenostem našich pracovníků v praxi i při výuce. Kniha byla příznivě přijata a brzy rozebrána. Uvítali jsme proto nabídku nakladatelství Portál na její reedici, která by zahrnula také nové poznatky a praktické zkušenosti.

Úvodem je však žádoucí zopakovat zde krátký pohled do historie tak, jak jsme jej podali v původním textu. Vývoj psychoterapie u dětí se vůbec – zejména u nás – zřetelně opožďoval proti psychoterapii dospělých. Bylo to zčásti jistě podmíněno informační izolovaností za druhé světové války i po ní, ale i některými okolnostmi obecněji platnými.

Předně: Dospělý s psychickými poruchami (zejména neurotickými) si své obtíže zpravidla uvědomuje, trpí jimi a chce se jich zbavit. Vyhledává tedy obvykle terapeuta sám, a je tak motivován ke spolupráci s ním. Naproti tomu dítě si své obtíže neuvědomuje nebo si je vysvětluje nepřízní okolí, k terapeutovi je přiváděno dospělými a k motivaci při zahajování psychoterapie i v jejím průběhu musí být vhodnými manévry teprve získáváno.

Potíže a problémy dospělého jsou obvykle výrazněji ohraničené proti „normálnímu“ chování a prožívání a méně často „spontánně“ odeznívají než u dětí, jejichž prožívání a chování se v průběhu vývoje rychle mění. Pozorované příznaky mohou být výsledkem patogenních vlivů a mohou odrážet skutečnou psychickou poruchu vyžadující léčbu, ale mohou být i průvodním znakem „normativních“ konfliktů, které se objevují v nějaké formě přechodně v určitých vývojových etapách u každého dítěte. Může to být jakýkoli symptom, který bychom u dospělého označili za chorobný: zvýšená situační úzkost

a dílčí fobické reakce, obsedantní mytí rukou či jiné rituály, pomočování v situacích zvýšené zátěže, poruchy jídla a spánku, ostych a negativistické reakce k cizím lidem apod. Rychlý psychický vývoj dítěte není téměř nikdy bez obtíží, které však při rozumném přístupu dospělých vychovatelů odeznívají bez léčebného zásahu.

Psychoterapie u dítěte může užít jen málokteré postupy známé z psychoterapie dospělých bez výraznější modifikace. Slovo nemá pro dítě stejnou důležitost a často je spojeno s odlišným významem, proto psychoterapie opírající se pouze o rozhovor s nemocným může být samostatně aplikována teprve u větších dětí a u dospívajících. Místo toho se psychoterapeut pracující s dětmi musí více opírat o společnou hru, o různé činnosti, neverbální signály ve vzájemné komunikaci aj. Naopak mnohé směry psychoterapie dospělých vyrůstaly z poznání „dětských“ vrstev osobnosti a psychoterapeut užívá tohoto poznání k řízení terapeutického procesu.

Psychoterapie u dětí úzce souvisí s jejich výchovou. Na první pohled se rozlišení obou pojmů může zdát jasné. Výchova se zaměřuje na podporování zdravého vývoje „normálního“ dítěte – tedy na podněcování rozvoje všech jeho vnitřních dispozic podle norem určovaných rodinným společenstvím i širším sociokulturním prostředím. Naproti tomu psychoterapie se soustřeďuje na odstranění víceméně vyznačených odchylek od normálního vývoje, ať už byly podmíněny nesprávnou výchovou anebo jinými činiteli. Protože však sám pojem „normality“ v psychologii je relativní, určený kulturně-historicky proměnlivým společenským očekáváním a pravidly sociálního života, je absolutně platné odlišení obou pojmů bez jejich překrývání sotva možné. Na jedné straně jsou ovšem ideální cíle záměrné výchovy v rodině a ve škole do značné míry shodné s cíli psychoterapie: v obou případech jde o plné a harmonické rozvinutí všech psychických dispozic v průběhu vývoje dítěte. Psychoterapie pak pomáhá doplnit a posílit pozitivní působení vychovatelů, například u dítěte, jehož vývoj je ztížen na konstitučním nebo jiném podkladě. Na druhé straně však výchova užívá často jednostranné postupy narušující optimální vývoj (např. příliš časté tresty, kárání, odsuzování), vychovatelé zaujímají k dítěti často nepřiznaně negativní postoj a podřizují svou výchovu celkově extrémnímu „stylu“ (výchova perfekcionista, nadměrně ochraňující, rozmazlující, zavrhuje). Pak je úloha psychoterapeuta spíše protikladná – například proti přílišnému omezování a trestání pomáhá dítěti k volnému sebevyjádření beze strachu z trestu, k lepšímu sebepochopení a k porozumění vztahům s druhými lidmi.

Jednoznačné rozlišení psychoterapie a výchovy je o to obtížnější, že výchovné poradenství je skoro vždy součástí léčebného přístupu k problémům dětí a že vedle psychoterapie v užším slova smyslu se musí léčba opírat i o jiné přístupy, které jsou často zahrnovány pod pojmy „nápravná (léčebná) výchova“, „psychologická intervence“, „ortopsychiatrie“ apod.

Také historicky se dětská psychoterapie vyvíjí ze dvou základních proudů, které se ovšem navzájem ovlivňují a prolínají. Jeden z nich navazuje na poznatky dětské psychologie, které se začínají hromadit na konci minulého a na začátku našeho století (W. T. Preyer, G. S. Hall, K. Bühler a Ch. Bühlerová, u nás zejména F. Čáda). Z těchto poznatků vznikají i první institucionalizované výchovné poradny, často specializované na problémy postižených dětí (mentálně retardovaných, smyslově a pohybově defektních, mravně narušených či ohrožených – méně často i neurotických). Vzniká například „psychologická klinika“ při univerzitě v Pensylvánii, založená r. 1896 L. Witmerem, „poliklinika pro výzkum dítěte a výchovné poradenství“ v Berlíně v r. 1906. Rychle jsou zakládány „dětské výchovné kliniky“ (child guidance clinics) a i u nás vzniká „Pedologický ústav hl. m. Prahy“, ustavený již v r. 1910 z podnětu F. Čády, a později „Zemský pedologický ústav“, vedený C. Stejskalem. Na jejich tradici navazují po druhé světové válce po určitou dobu „Socio-diagnostické ústavy“ (v Praze vedený O. Říhou s významnou činností A. Smržové a M. Novákové). Jiný důležitý krok v tomto směru představovalo u nás výchovné oddělení dětské kliniky J. Švejcara (vedené učitelem a pediatrem V. Trnkou). V podobném duchu – i když už za odlišných podmínek a s novými úkoly – se rozvíjí koncem šedesátých let i činnost pedagogicko-psychologických poraden.

Druhý velký proud dětské psychoterapie vzniká zejména ve dvacátých a třicátých letech jako analogie psychoanalyticky zaměřené psychoterapie dospělých. Terapeuti takto orientovaní přinesli do léčby dětských psychických a psychosomatických poruch mnoho podnětů, ale jejich postupy se od počátku navzájem v mnohém lišily a efektivita takové, často časově velmi náročné terapie byla těžko prokazatelná. I mezi ortodoxně analyticky zaměřenými terapeuty jsou často vyhraněné rozpory. A. Freudová vychází do značné míry z pedagogických úvah a zdůrazňuje nutnost navázání pozitivního kontaktu a získání spolupráce s dítětem, zatímco M. Kleinová usiluje o vypracování techniky umožňující terapeutický proces i bez takové předchozí spolupráce a omezující se jen na analytickou práci bez výchovných a morálních zřetelů.

Proti těmto oběma představitelkám analytické dětské psychoterapie můžeme postavit ještě významného švýcarského pedopsychologa (původně učitele) H. Zulligera, který interpretace získané z dětské hry neposkytuje dětskému pacientovi (jak to činí zejména M. Kleinová), ale vyžaduje, aby si je formuloval jen terapeut sám pro sebe a dítěti místo verbálního vysvětlení poskytoval aktivní řízení jeho hry – například tím, že mu nabízí určitý materiál, jenž podle předem získaných informací nejlépe dovolí zvládání emočních konfliktů (např. hlínu ke hře v případě dítěte s enkoprézou). H. Zulliger – vedle ostatních – zavedl do terapie mnoho prvků, které jsou stále v repertoáru dětského psychoterapeuta: písek, voda, hlína, barvy, barvy pro malování prsty, loutky apod.

Oba uvedené proudy psychoterapeutické práce s dětmi přinesly podněty trvalé hodnoty, ale navržené postupy byly značně obměňovány a ustupují do pozadí tou měrou, jak se rozvíjejí nové přístupy k terapeutické práci s dítětem a jeho rodinou. Také se více prosazují různé formy direktivnější terapie – sugestivní a hypnotické techniky, postupy tzv. behaviorální terapie, metody kognitivní terapie aj. Využívá se skupinové dynamiky v přístupech skupinové terapie a terapeutického společenství, rodí se a rychle se rozvíjejí formy terapie rodinné, která má právě v práci s problémovými dětmi mimořádné místo.

Od počátku padesátých let začínají u nás cílenější snahy o uvedení psychoterapeutických postupů do klinické praxe. Kromě jiných to byl O. Kučera se svými spolupracovníky, který usiloval o zavedení skupinové činnosti a hrové psychoterapie do praxe pedopsychiatrických lůžkových zařízení (od r. 1952 v Havlíčkově Brodě, později v Dolních Počernicích). Z brněnských průkopníků dětské psychoterapie je třeba uvést zejména psychologa profesora R. Konečného, který rozvíjel (zvláště v letech 1959–1963) praktickou psychoterapii dětí v brněnské dětské psychiatrické ambulanci, přednášel o ní a vyučoval ji. Zabýval se již tehdy myšlenkou (bohužel nerealizovanou) připravit učebnici dětské psychoterapie.

Za posledních deset let došlo u nás na mnoha úsecích psychoterapie dětí k velkému pokroku. Vyšla řada prací původních i přeložených, zaměřených většinou na speciální úseky psychoterapeutických a poradenských postupů při práci s ohroženou a psychicky narušenou mládeží. Rozšířily se možnosti výuky a výcviku. Vznikla řada institucí poskytujících záchyt, psychoterapeutickou první pomoc a přímo nebo zprostředkovaně i následnou další péči – telefonické linky důvěry, krizová centra, poradny pro mládež ohroženou drogovou závislostí aj. Některé směry psychoterapeutické práce s dětmi byly značně posíleny a prohloubeny. Velký rozvoj nastal například v psychoanalyticky orientované individuální i skupinové psychoterapii dětí (J. Kocourková a další), v rodinné terapii (o jejíž počáteční rozvoj u nás se nezapomenutelně zasloužil zejména P. Boš) i jinde. Přesto zůstáváme skutečným potřebám v péči o děti ještě mnoho dlužni. Byli bychom rádi, kdyby toto nové vydání, jehož redakce se ujal K. Balcar, přispělo aspoň trochu ke splacení tohoto dluhu. Přitom též chceme vyjádřit své poděkování D. Krejčířové, která svými kritickými poznámkami přispěla ke zpřesnění velké části textu a několik kapitol svými doplňky inovovala natolik, že se stala jejich spoluautorkou.

Psychoterapie u dětí – snad ještě více než u dospělých – staví ovšem nejen na vyčtených vědomostech, ale i na stále získávaných zkušenostech. Není jen vědou, ale ve značné míře i uměním, kterému se lze nejlépe naučit v praxi pod odborným vedením. Kniha tu může sloužit jen jako pomůcka, která sama o sobě sice nepostačuje, ale může být – jak doufáme – užitečným východiskem a základem pro vlastní samostatnou práci.

Josef Langmeier

Psychoterapeutická problematika dětství a dospívání

V této úvodní části své monografie předkládáme celkové pojetí a stručný „místopis“ výchozích pojmů psychoterapeutické práce s dětmi a dospívajícími – tedy s pacienty či klienty věkem nedospělými. I když je tento text věnován dětské problematice, nevyhneme se v prvních třech kapitolách některým obecnějším otázkám při vymezování psychoterapie, jejích forem, přístupů a metod. Čtenářům s výlučně praktickým zájmem mohou připadat příliš abstraktní. Přesto s nimi začínáme; máme za to, že jasné vytyčení oblasti, již pak budeme v následujících částech mapovat podrobněji, v jejích základních pojmových souřadnicích je pro další již praktičtější zaměřený výklad účelné.

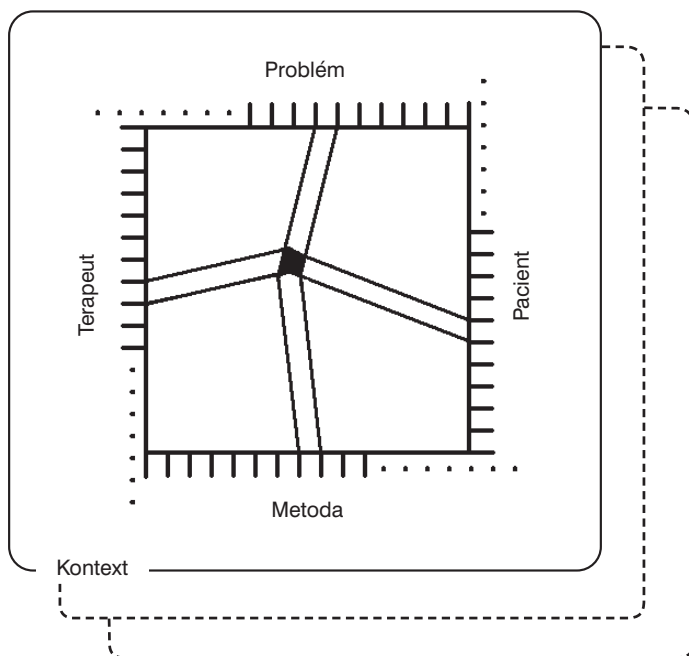
1 Úloha psychologických činitelů u dětských problémů a poruch

Uplatnění psychoterapie jako léčebného přístupu obecně i jako konkrétních léčebných postupů vychází z **úlohy duševních dějů a dispozic v lidském zdraví a v nemoci**. Jejich nepříznivý vývoj či průběh poškozuje jedince po stránce **tělesné, duševní a sociální**. Duševní vlivy se přitom podílejí v podobě psychogenních činitelů v etiologii a patogenezi různých nedostatků, selhání a onemocnění v těchto oblastech. Psychoterapie se zde uplatňuje jako účelné a účinné využití určitých duševních vlivů k žádoucímu rozvíjení chybějících předpokladů, k úspěšnému překonávání životních selhání a k léčbě zdravotních poruch.

1.1 Příčinné souvislosti tělesného, duševního, duchovního a sociálního strádání

Působení duševních vlivů na zdravotní stav člověka je rozdílné v **míře**, v níž jsou právě tyto činitele za jeho poruchu a pak i za jeho nápravu odpovědné. U některých poruch mívají rozhodující vliv, u jiných téměř zanedbatelný. Dále jsou rozdíly i v psychologickém **obsahu** takto působících vlivů, a to podle povahy **problému**, podle psychologické přístupnosti nemocného **jedince** i podle možností **terapeuta** takové působení vhodnou **metodou** v dané **situaci** ovlivnit a řídit (obr. 1.1). Zhruba lze říci, že psychoterapie má největší možnosti tam, kde duševní vlivy mají **rozhodující úlohu** v etiologii a v patogenezi dané poruchy – ať již jde o samo základní onemocnění nebo o druhotné problémy a komplikace, které se u pacienta objevily jako odezva na jiné postižení. Diagnosticky je proto důležité stanovit, které duševní činitele se na vzniku a na přetrvávání poruchy podílejí. Prognosticky pak je závažné, zda a jak lze jejich patologické působení omezit a zda a jak lze právě psychologických postupů užít k podpoře uzdravy a dalšího zdravého vývoje.

Účinnost léčby závisí na jedinečné kombinaci setkání daného pacienta s určitým druhem problému a daného terapeuta užívajícího určité metody



Obr. 1.1 Hlavní proměnné v léčbě zdravotních poruch.

v daném věcném a společenském kontextu. Pro různé kombinace v této pomyslné pětirozměrné matici výsledků by teoreticky bylo možno zjistit jim odpovídající míru úspěšnosti. Prakticky se větší či menší vhodnost kombinací tam, kde záleží na lidské volbě (především u volby terapeuta, metody a institucionálního kontextu), alespoň v rámci právě existujících možností odhadují na základě intuitivně zpracované zkušenosti. V některých případech, především pokud jde o kombinace „metoda léčby–druh problému“, dále i pro kombinace „typ pacienta–typ terapeuta“ či „typ terapeuta–typ metody“, jsou již k dispozici některé výzkumné poznatky.

I pro psychoterapii dětí si v tomto rámci klademe tradiční „základní otázku psychoterapie“: „Jaká léčba a kým prováděná je nejúčinnější pro tohoto jedince s jeho konkrétním problémem a za daných okolností?“

Patogenní i terapeutické působení duševních vlivů na zdraví člověka můžeme sledovat ve čtyřech oblastech jeho projevu, a to:

1. v oblastech stavů a pochodů tělesných, jak se jimi zabývá somatické lékařství a somatopedie;

2. v oblastech stavů a pochodů duševních, jak se jimi zabývá psychiatrie, klinická psychologie, i příslušné oblasti speciální pedagogiky;
3. při začlenění, prožívání a chování jedince v jeho sociálních vztazích s okolím, jimiž se kromě jiných oborů zabývá sociální lékařství, lékařská sociologie, sociální psychologie, sociální pedagogika a sociální práce;
4. v oblastech duchovních stavů, postojů a činů, kterými se v oblasti péče o zdraví zabývá především existenciální analýza a noologie.

1. Tělesné funkce a jejich orgány jsou duševním děním vcelku značně, avšak rozdílně ovlivňovány. Obdobně jako stav těla a průběh tělesných pochodů výrazně působí na duševní dění člověka, tak i duševní (tj. prožitkové) stavy a pochody ovlivňují jeho organismus. Působí tak duševní vlivy současné, zprostředkované vnímáním a následnou citovou a snahovou odezvou na vnímanou skutečnost, i události již minulé, jejichž vliv přetrvává v důsledku učení a vybavování vzpomínek, zvykového chování nebo psychofyziologických podmíněných spojů.

Tato souvislost má důležitý význam pro přízpůsobivé reagování organismu. Zároveň to je však také oblast, kde vznikají a rozvíjejí se poruchy tělesných funkcí a orgánů. Z hlediska účelného uplatnění psychoterapeutických zásahů a jiných nápravných opatření je třeba s těmito mechanismy počítat a při léčbě nebo prevenci jejich konkrétní povahu a zákonitosti respektovat.

Patogenní působení duševních vlivů na tělesný stav je v zásadě dvojí povahy. Někdy ovlivňuje duševní dění tělesný stav přímo – **psychofyziologickými mechanismy**. Vzorovým případem je působení nevládnutých silných emocí, které pak prostřednictvím vegetativní nervové soustavy přetíží náhle či vlekle některé tělesné soustavy a orgány a způsobí jejich selhání nebo onemocnění, popřípadě takto spustí další řetězovou reakci psychosomatického selhávání. Přímý vliv duševních stavů na imunitní systém je rovněž dlouho znám a jeho mechanismy objasňuje nově se rozvíjející obor psychoneuroimunologie.

Jindy zapůsobí duševní dění na tělesné zdraví nepřímo, zprostředkovaně. Nedostatkem nebo selháním duševních předpokladů vzniká **chování** v určitém ohledu vlastního tělesnému **zdraví nebezpečné** nebo přímo škodlivé. Může zde jít o nebezpečné počínání či o vystavování se nebezpečným situacím, jež vedou k úrazům nebo k nákazám; o příjem škodlivin jídlem, pitím, dechem, který vede k akutním nebo chronickým otravám; o sebevražedné jednání apod. Zdroje selhání v řídicí duševní činnosti mohou být v nedostatečném rozpoznání nebo ohodnocení objektivně náročné situace, v nepřiměřeném citovém reagování na některé podněty z okolí nebo z vlastního těla, v nevládnutí vlastní motoriky zvykovou či volní regulací. Následkem takových selhání bývají tělesná onemocnění spadající do léčebné kompetence příslušných oborů somatického lékařství, jejich příčiny (a tedy i prevence) jsou však v podstatné míře psychologické.

2. Duševní poruchy jsou způsobeny v rozdílné míře vlivy **fyzickými** (biochemickými či morfologickými změnami v organismu) a vlivy **psychickými**. Často se duševní selhávání spojuje s poruchovým **chováním** a s jeho škodlivými následky v těle nebo v prostředí člověka ve vzájemně se podporující články bludného okruhu nemoci. Po psychologické stránce bývá patogeneze těchto poruch vysvětlitelná buď aktuálním narušením duševní funkce u dosud zdravě se vyvíjejícího jedince, nebo zjevným propuknutím poruchy tam, kde se dosavadní vývoj osobnosti již ubíral poruchovým směrem.

Nastane-li duševní porucha následkem aktuálního přetížení duševních funkcí (např. otrásajícím citovým zážitkem; vystavením nezvládnutelně náročné nebo naopak nedostatečné smyslové, citové či rozumové stimulaci; nadměrnou frustrací intenzivních motivů), můžeme ji označit jako „**situační**“ či „**aktuální**“. Sem patří především patologické reaktivní stavy a návyky v oblasti citové (např. fobické, hostilní nebo depresivní reakce), v oblasti poznávací (např. hrubě nesprávné představy či soudy o skutečnosti) nebo v oblasti chování (např. patologické projevy destrukce, agrese či náklonnosti) u dosud zdravě se vyvíjejícího jedince.

Přes leckdy dramatickou zjevnou škodlivost takových poruch podmíněných aktuální situací je jejich nebezpečnost pro další vývoj jedince zpravidla menší než u poruch, jež můžeme označit jako „**vývojové**“. K těm patří taková selhání a onemocnění, která představují zásadní odchylku od zdravého průběhu vývoje osobnosti. Jejich zdrojem jsou vrozené či konstituční anomálie nervové, hormonální nebo imunitní soustavy, anebo tak intenzivní a dlouhodobé stavy psychické deprivace či psychického přetížení, že vývoj osobnosti je odkloněn od svého přirozeného směřování natolik, že se již vymkne z mezí autosanačních mechanismů jedince a jeho vychýlení se v průběhu interakce s vnějšími a vnitřními činiteli stále více zvyrazňuje. Sem patří různé abnormality osobnostního vývoje a procesuální onemocnění psychotické nebo neurotické povahy.

3. Sociální vztahy jsou zpravidla nejzávažnější stránkou vnějšího prostředí dítěte i dospělého. Svými vztahy k druhým lidem má člověk ve značné míře vymezenou svou duševní identitu ze svého i z jejich hlediska. Proto také narušení těchto vztahů bývá tak důležitým patogenním činitelem pro život jedince a pro jeho bezprostřední okolí, že se právem hovoří o „**sociální patologii**“ i tam, kde z individuálního hlediska jedinec „funguje“ jakoby bezporuchově. Interpersonálně problémoví, „sociopatičtí“ jedinci sice často mívají zvláštní (převážně temperamentové a motivové) duševní dispozice vrozeny, avšak význačnou míru jejich sociální vychýlenosti lze zpravidla přičíst prožitkově zprostředkované patogenní sociální zkušenosti v průběhu jejich vývoje.

Poruchy společenského začlenění a jednání bývají často bezprostředně vyvolávány u osobnostně k tomu disponovaného jedince jeho **situačním nebo vývojovým selháním** tehdy, když je vystaven nebezpečným nabídkám