

PhDr. Jana SEVEROVÁ, CSc.

VYBRANÉ PSYCHOSOCIÁLNÍ PROBLÉMY
(Pro bakalářské studium LF MU)

BRNO 2006

Kapitola I.

Rodina ve společnosti.

Rodina má ve společnosti dvojí funkci. Jednak je to reprodukční jednotka, která reprodukuje vlastní druh biologicky, jednak je to základní stavební jednotka společnosti a svou roli plní zejména bezprostředním předáváním kulturních tradic daného společenství i lidstva obecně (způsoby stravování, hygieny, chování k ostatním apod.). V rámci této poslední funkce rodina formuje své členy podle vlastních představ, které mohou, ale nemusí být plně ve shodě s představou vlastního společenství. Aby mohl člen rodiny vstoupit do společenských vztahů, dodává mu rodina základní vzor, program a orientaci.

Model rodiny s rodiči, dětmi a prarodiči je historicky velmi stabilní. Jakékoliv pokusy nahradit tento tradiční model péči společenských institucí selhaly a společnosti se vrátily opět k tradici. Proto jsou také modely náhradní péče vytvářeny tak, aby se co nejvíce tradičnímu modelu blížili (nejblíže je adopce a pěstounská péče).

Úloha dítěte v rodině je velmi významná a tento význam je formálně vyjádřen udělením křestního jména. Rodiče vnímají dítě jako jedinečnou bytost, vidí v něm pokračování sebe sama a při jeho výchově si zopakují vlastní dětství a touží napravit výchovné přehmaty svých rodičů. Tím, že mu zajistí stabilní prostředí a péči stabilních osob realizují svůj model rodičovství. Úspěšnost na tomto poli je zdrojem hrdosti a sebevědomí. Selhání vede k různým projevům nejistoty až zklamání (postižené dítě).

Pro dítě jsou rodiče zpočátku všemocnými bytostmi, uspokojujícími všechny jeho potřeby a zajišťující přívod informací, později se stávají pomocným Já, pak kritizovanými rivaly a nakonec důvěrnými a rovnocennými přáteli.

Rodina je prostředím, které umožňuje komunikovat radosti i problémy, nabízí pomoc i podporu při vážných psychických i zdravotních krizích a také bezpečné zázemí pro vlastní členy. Rodina však může být i zdrojem stresu, jehož zdrojem jsou vztahy mezi členy rodiny a nutnost přizpůsobovat se ostatním - určité plány lze realizovat až po dohodě se zbytkem rodiny, některá přání se naplní až po určité době nebo vůbec ne, jednání je ovlivněno momentálním zdravotním i psychickým stavem apod.

Rodina dokáže své role plnit dobře jen tehdy, dokázali přijmout odpovědnost za vlastní členy, zejména za děti. Problém převzetí odpovědnosti je pak častým zdrojem krizí v rodině .

Historický vývoj rodiny:

1. PRAVĚK: Člověk dnešního typu se objevuje ve starší době kamenné. Z nálezů, které máme k dispozici, můžeme usuzovat, že žil ve skupinách, patrně rodových společenstvích. Svůj původ odvozovali od mytického předka (totemy). Linie rodu se odvozovala od matky (otec byl nejistý). Vedle matky existovali i muži - náčelníci, kteří vedli lov a bojové akce na obranu společenství. Matky měly svou důstojnost a byly spíše v roli ochránkyň ohně a primitivního šamanství. Kočovní způsob života vedl k malému počtu dětí (nebylo možné se starat naráz o několik bezmocných potomků) a členové společenství, kteří nemohli pokračovat v putování byli patrně ponechání sami sobě, či snadno zmírali.

Změna způsobu života přichází s mladší dobou kamennou, kdy se jednotlivé rody začaly usazovat, budovaly si primitivní osady a z lovců se mění ve sběrače a primitivní zemědělce, chovatele domácích zvířat a řemeslníky. Role v rodinách se začínají rozdělovat, děti přibývá a stávají se cenným zdrojem pracovní síly. Jednotlivé rodiny se také dělí podle majetku. Obchod má charakter směny hodnot (zboží za zboží), ale ve vyspělejších civilizacích se objevují již první typy platidel (hřivny).

STAROVĚK: V předklasické době byla společnost (např. kolem Středozemního moře) organizována do společenství rodů, v jejichž čele stál náčelník, jehož titul lze přeložit jako "král" a měl nejvyšší moc náboženskou a soudní . Ženy měly poměrně velkou volnost, účastnily se veřejného života, směly diskutovat o veřejných věcech. Systém společenské

organizace byl patriarchální, tzn. že ženy např. stolovaly zvlášť, měly vyhrazenou určitou část domu a obě pohlaví měla oddělené role. Muži zajišťovali materiální blaho rodiny a podíleli se na obraně společenství. Ženy vykonávaly domácí práce a vychovávaly děti. Muži mohli mít konkubíny, mohli uznat levobočka za právoplatného dědice, pokud oficiální manželka neměla syna. Dítě bylo uznáno za legální, pokud je muž uznal (pozvedl novorozence do náruče).

Postupem doby přibývalo v rodinách i pomocných otrockých sil (váleční zajatci, dlužníci). Společnost se sdružuje do větších celků - polis - a role v rodině se dále diferencují. Žena se stahuje do pozadí, má omezená práva, neúčastní se veřejného života a muž se stává neomezeným vládcem domácnosti (např. rozhodoval, zde se dítě narodí či ne, mohl snadno zapudit nežádoucí manželku apod.). Tak byla stanoveno v kodexu Dvanácti desek, který v roce 450 př.n.l. zpracovali v republikánském Římě.

Tento model přetrvával až do doby předcházející císařství v Římě. V té době se rodinná pouta uvolňují, ubývá potomků, ženy samy rozhodují, zda budou děti mít či ne. Mohou organizovat vlastní společenský život, vzdělávají se a konkurují mužům i v obchodním podnikání a politickém vlivu. Snahy císaře Augusta a jeho ženy Livie o obnovu tzv. republikánských ctností byly neúspěšné. Společnost už byla vývojově jinde.

STŘEDOVĚK: Trvá vedoucí postavení muže a nastupuje monogamní model manželství spolu s nástupem křesťanství. Role ženy je podřízená, nesamostatná. Setkáváme se s necitelností k nenarozeným či novorozeným dětem. Porodnosti sice přibývá, ale dětská úmrtnost je obrovská. Potrat se stává hříchem stejně jako nemanželské dítě. Přesto se oba tyto jevy objevují často, jak o tom svědčí řada církevních ediktů týkajících se právě potratů a nezákonných potomků. Trvá praxe odkládání nežádoucích potomků v klášteřích (torna). Důvodem je buď chudoba, strach před následky a pronásledováním. Rodina je vysoce soudržná, buduje společně majetek, který se dědictvím dělí. O dědické podíly panují bouřlivé spory i boje. Děťství končí velmi záhy. Již osmileté děti jsou zapojovány do domácích a řemeslných prací popř. vysílány ke šlechtickým dvorům ke službě. U dětí z královských rodů i dříve. Takové dítě už nikdy nemuselo spatřit svou rodinu, zejména matku (vysoká úmrtnost při porodech) a nízký průměrný věk obecně (asi poloviční než je dnes). Sňatky byly výsledkem dohody a hlavní roli hrál majetek. U poddaných musel se sňatkem souhlasit majitel panství a platí *ius primae noctis*, který byl zrušen až po roce 1789 (Velká francouzská revoluce). V mnoha panstvích byly sňatky poddaných i zakázány.

Rodina je většinou třígenerační a pečuje o mnoho příbuzných, kteří se zároveň podílí na výrobě či službách. Tento model je typický pro venkovské prostředí. Ve městech se postupně vytváří, zejména v bohatších vrstvách, trend, že nová rodina se stěhuje do vlastního příbytku. V malých a odloučených obcích se často stávalo, že byla obec vzájemně tak propletená a spřízněná, že to vedlo k postupné degeneraci, stejně jako ve šlechtických rodinách (královských), kde bylo nedostatek vhodných nevěst a ženichů (Habsburci).

NOVOVĚK: Přináší zájem o vědění, umění a historii, zejména antickou. To přináší nový pohled na život, rozvíjení smyslu pro krásu a změnu ve vztazích mezi mužem a ženou, hlavně v kruzích vysoké šlechty a bohatého měšťanstva. Řada vznešených žen je vysoce vzdělaná, podílí se jako mecenášky na rozvoji věd a umění a také na hospodářském životě (jako vdovy samostatně pečují o rodový majetek, vedou obchody, nakladatelství apod.). Ranné revoluce pak posilují pozici měšťanstva a proměňuje i mocenské pozice. Nastupující romantismus (kol. r. 1800) přináší touhu po výběru partnera podle "srdce" ne podle majetku. Začínají se objevovat tzv. morganické sňatky.

19. **STOLETÍ** Novověká industrializace přenáší pracovní místa z rodinných podniků do továren a nese sebou zrušení nevolnictví a příliv obyvatel do měst. Začíná se vytvářet vrstva továrních dělníků, kteří žijí v bídě, na okrajích měst. Rovněž zemědělství se reorganizuje do větších celků a pomalu zanikají drobná hospodářství jako efektivní výrobní prostředek.

Zůstávají jen jako forma obživy pro rodinu a drobný zisk. To přináší i změny v rodinné struktuře. Patriarchální model se rozpadá. Rodina do té doby otevřená a přehledná, zaměřená na ekonomické cíle se mění. Otec již není výhradním živitelem rodiny, protože v tovární výrobě naleznou uplatnění ženy i děti jako zdroj velmi levné pracovní síly. Také sňatky se uzavírají častěji na základě vzájemných sympatií, i když ekonomické hledisko ještě má svůj význam. Souhlas rodičů je nezbytný, ale občas se uzavírají sňatky i proti jejich vůli. Rodina si udržela výchovnou funkci směrem k dětem a stává se více útočištěm svým členům než ekonomickou jednotkou.

Spolu s těmito změnami se objevují i tendence změnit postavení ženy a rozvíjí se různá emancipační hnutí (Francie, USA, Velká Británie). Zprvu jde o rovnoprávný přístup ke vzdělání a výdělku, posléze i o volební právo a nárok na vlastnictví majetku, rovnocenný přístup k politickým funkcím.

20. STOLETÍ: Současná industriální společnost je charakterizována následujícími jevy:

1. Tendencí odkládat sňatky a narození dětí na co nejpozdější dobu.
2. Tendencí stále více zakládat neformální svazek dvou lidí, bez legálního potvrzení. Tato nesezdaná spoluzítí jsou sice spokojenější, ale podstatně méně stabilní. V severských státech se vytváří legislativa na ochranu takto narozených dětí.
3. Zvyšuje se rozvodovost.
4. Klesá ochota lidí vstupovat do dalšího manželství po rozvodu a mít další děti.
5. Prodlužuje se doba, po kterou jsou děti na rodičích závislé a žijí s nimi (typičtější pro Evropu).

Tyto trendy se popisují již od 30. let a od této doby se cyklicky objevuje jejich nárůst a odliv. V sedmdesátých letech tyto jevy prudce vzrostly a tento stav stále trvá. Stále více rodin se rozvádí a nevídaně klesá porodnost. Příčiny se vidí ve stoupající ekonomické angažovanosti žen, jejich emancipaci a dostupnosti interrupcí. To však není jediný zdroj příčin tohoto stavu. Prognózy, které mluví o rodině jsou pesimistické a optimistické. Pesimistické hovoří o zániku rodiny, optimistické vidí její opětné znovuzrození a nárůst potřeby intimních vztahů. Také se hovoří o tom, že ženy zatouží být opět jiné než muži a klesne význam pronikání žen do některých "mužských" aktivit (fotbal, hokej, posilovny).

Všechny dosavadní modely, které se pokoušely nahradit rodinu ztroskotaly a to dává naději na uchování podoby klasické rodiny i nadále.

Proměny názorů a hodnotové orientace rodiny ve vývoji společnosti.

Tato oblast života rodiny se zkoumá velmi obtížně. Jednou z možností je rozbor knih, které se zabývaly a zabývají rodinnou výchovou a vztahy mezi jejími členy. V nich se zpravidla odráží dobové názory průměrných občanů a snahy průkopníků vzdělání a výchovy své doby. Takový rozbor názorů pro České země provedl prof. Langmeier, když prostudoval 91 knižních pramenů. Autory takových příruček, které se hojněji začínají vydávat v 18. a 19. století byli převážně duchovní, po 1. světové válce zpravidla lékaři a pedagogové a po padesátých letech vedou psychologové.

Minulá století viděla v rodičích jednoznačné autority a nadřazené děti. Děti jsou povinny bezvýhradnou poslušností. Tento model přetrvává v některých tradičnějších společenstvích různého náboženského zaměření. V minulých staletích se rodičům vykalo a i rodiče mezi sebou si vykali. Dětem se netrpěla "změkčilost" a "poživačnost" (hra, delší spánek, mlsání). Rodiče měli být laskaví, ale v popředí stálo plnění povinností a v tom měli být nesmlouvaví. Německé příručky jsou v tomto smyslu ještě striktnější než české. Postupně se objevuje apel na rozumnost a uvědomělost dítěte, které má uzнат autoritu rodičů a ti jsou vždy příkladem svým dětem. Koncem 19. století se poukazuje na rozdílnost dítěte a dospělého a odlišnost potřeb dětí. Ideálem se stává rozumnost a uměřenost. Odmítá se despotie i přehnaná láska.

V období mezi oběma válkami převažuje zdravotnické hledisko. Výchovným ideálem se stává pořádek, pravidelnost a klid. Dítě se má vychovávat podle režimu, mimo režim není nutné uspokojovat jeho potřeby. Když křičí, nechat je. Povolováním by se dospělo k vývoji “rozmazlence a tyрана”. Návyky se režimem vytváří snadno a důslednost vede k samozřejmě poslušnosti. Vývoj probíhá vlastním tempem, proto je příliš mnoho podnětů nežádoucí.

V padesátých letech se začíná zdůrazňovat mateřská a rodičovská láska. Rodiče mají být laskaví, navázat s dítětem dobrý vztah a podněcovat jeho zvědavost. Mají dítě udržovat v kladném emocionálním ladění. Zdůrazňuje se urychlování vývoje, takže se hygienické návyky cvičí příliš časně a matky se předhánějí ve výkonech svých dětí. Rozvíjí se kolektivní formy výchovy dětí.

V šedesátých letech pronikly do Evropy liberální ideály z USA a děti si mohlo dělat, co chtělo, kojilo kdy dítě zakřičelo a vůbec se potlačoval režim. Vedlo to k extrémní nadvládě dětí a k rozvoji analfabetismu (děti si volily ve škole předměty, takže se odmítaly učit číst, psát a počítat). Dochází k žalobám dětí na své rodiče, jakmile je tito omezují v nerozumných požadavcích - rodiče se bojí dětí. Tento “systém” kritizoval B Spock, který mu připisoval nárůst zločinnosti a úpadek morálních hodnot v této době.

V současnosti pozorujeme návrat k určitému režimu, i když volnějšímu, snaže o rozvíjení potencionálních schopností a osobnosti dítěte, apeluje se na emoční atmosféru a omezení násilí v programech pro děti.

Kromě těchto obecných trendů má každá rodina své vlastní tradice a hodnoty, které jsou zakotveny v nepsaných rodinných kodexech. Ty jsou využívány zejména v krizových situacích, kdy musí rodina čelit novým nebo nezvyklým podmínkám (emigrace), pronásledování (pobělohorská doba, válka, fašismus, stalinismus), krizím v rámci rodiny jako takové (rozvod, nemoc, smrt). Hodnoty rodiny se objevují v instrukcích členům v takových situacích či během výchovy, ve skladbě zájmů a způsobu života uvnitř rodiny. Proto jsou tak obtížně zjistitelné, protože navenek se často prezentují hodnoty oficiální.

Rodinná síť a koncepce sociální reality.

Většina z nás považuje za rodinu úplnou skupinu, složenou z otce, matky a dětí, popř. dalších členů. Ve skutečnosti tvoří takové úplné rodiny asi třetinu všech rodin a asi pětinu všech domácností. Většinou se jedná o rodiny různě neúplné, doplněné či o osamělé jednotlivce (matka, děti a prarodiče, osamělá matka s babičkou, osamělá matka, matka, děti a druh, otec a družka apod.).

Sociální síť rodiny však není omezena jen na vlastní rodinu. Spadají do ní i širší rodinné a společenské vztahy (tety., strýcové, bratrance, sestřenice, přátelé). Významná rozhodnutí rodiny se uzavírají vždy s ohledem i na tuto sociální síť. Uvedený systém vazeb funguje zejména v těžkých a krizových situacích rodiny a prognosticky nadějně, je-li systém vazeb dostatečně široký (nemoc, postižené dítě, rozvod). Zuzování sítě je příznakem izolovanosti rodiny a je to v krizových situacích prognosticky negativní znak.

Rodina si vytváří své vazby na základě představ o sociální realitě. Ty tvoří tzv. paradigmata (Reiss), což jsou nevyslovené, ale nezpochybnované předpoklady, které vysvětlují mimorodinné společenské prostředí.

Reiss rozlišil 3 dimenze paradigmat:

1. **KONFIGURACE** vyjadřují nakolik rodina pojmá své prostředí jako předvídatelné, přehledné a strukturované, nakolik je rodina schopna v tomto prostředí objevovat pravidelnosti, které osvětlují podstatné události.
2. **KOORDINACE** vyjadřují parametr určující sebepojetí rodiny a její prestiž v sociálním okolí (jak nás vnímají ostatní).

3. UZAVŘENOST udává rovnováhu mezi otevřeností rodiny k přijímání nových tradic a zkušeností a uchováváním tradic rodiny.

Představa rodiny o prostředí, ve kterém žije je také dána tzv. mapou, což je komplex zásad, podle nichž se rodina zapojuje do místní komunity (kam lze jít a kam ne, s kým se hodí stýkat a kdo je nežádoucí, kde je nebezpečeno, kde je vhodné být viděn a kde to vhodné není apod.). Podle mapy se rodina orientuje a jedná.

Kapitola II.

Rodina, její vývoj a zvláštní rodinné konstelace.

1. Výběr partnera :

Při volbě partnera hraje roli celá řada očekávání, která mohou být vyjádřena v konkrétní podobě v jeho ideálu. Muži kladou vždy důraz na vzhled a mládí partnerky, ženy očekávají, že muž bude starší a bude schopen rodinu ekonomicky zajistit. Tyto představy vychází z prapůvodního přání po trvalé a prosperující rodině. Již odedávna dávala mladá žena záruku hojného potomstva a proto i naděje na zachování rodu. Starší muž pak zaučoval životní zkušenost a majetek umožňující pohodlný život bez zbytečného utrpení.

Je známo, že se berou obvykle lidé, kteří se podobají svými sociálními i psychickými charakteristikami. Sňatky splňující hledisko relativní homogenosti, např. sociálního původu, náboženství či rasy jsou statisticky úspěšnější. Z psychologických charakteristik sehrávají nejdůležitější roli duševní zdraví, síla osobnosti, pesimismus/optimismus, liberalismus/konzervativismus, extraverte/introverze, síla sexuálního pudu, přitažlivost pro jiné lidi apod. Role, které v rodinném systému partneri zaujmou by měly být naopak doplňující se, aby manželství nebyla významně konfliktní.

Kromě těchto vědomých očekávání, vstupují lidé do manželství i s očekáváními neuvědomovanými, ke kterým patří identifikace /odmítnutí rodičovského vzoru, připodobnění partnera jiné významné osobě apod. Pokud partner takové očekávání naplňuje, může být vzájemný vztah obou zúčastněných uspokojivý.

V naší kulturní oblasti je nezbytným předpokladem budoucího svazku *zamilovanost*, tedy zvláštní stav vědomí, v němž jsme partnerem fascinováni, idealizujeme si ho. Tento stav se podobá hypnóze, protože vzniká zvláštní typ vztahu - raport - vyladění na stejnou vlnu. Dochází k naprostému zúžení vědomí, v němž vnímáme jen to co si přejeme a nejsme schopni se odtrhnout od subjektu svého zájmu, nevidíme a neslyšíme nic jiného a nejsme schopni racionálně uvažovat o subjektu své zamilovanosti. Tento stav mizí u mužů rychleji než u žen a je nahrazen skutečnou láskou. Stav zamilovanost byl povýšen nad lásku v pokleslé literatuře a u žen histrionského typu osobnosti.

Některá očekávání budoucích i stávajících partnerů navzájem se mohou stát zdrojem rozčarování až konfliktů, pokud nedojde k jejich včasnému uvědomění a kompromisnímu naplňování. Jsou to:

Ženy:

- Posedět a popovídat - očekávají, že muž bude naslouchat jejich starostem, popř. se jí bude svěřovat se svými problémy.
- Duševní porozumění - očekávají, že budou s mužem sdílet své nejnítěrnější pocity a obavy bez zlehčování, svěřovat si navzájem své pěkné zážitky, popř., vést s mužem dialog o "filozofických" tématech.
- Vycítit, co žena potřebuje - žena očekává, že muž vycítí její potřeby sám a ocení vše, co dělá pro rodinu a pro něj, a to i v oblasti sexuální.
- Vyjadřovat lásku celým svým životem - očekává trvalé důkazy o tom, že je milována.

Muži:

- Uvařeno, uklizeno - očekávají vytvoření příjemného domova, který uspokojí jejich základní potřeby.
- Neobtěžovat problémy - očekává se minimální zatěžování problémy domácnosti a dětí, jejichž řešení je úkolem ženy.
- Sex kdykoliv se mi zachce - chce být pánem, nepočítá s odmítnutím a s nutností ženu vyladřovat.
- Obdiv stále - očekává, že žena bude celý život obdivovat jeho výkon v zaměstnání i vše co dělá pro rodinu.

2. Sňatek:

Je ritualizovaným zahájením společného života a trvalého soužití partnerů. Svatební obřad je dodnes odrazem magických praktik, které měly zajistit trvalost, plodnost a stabilitu soužití při zachování partnerských rolí. Celý obřad je, zejména v postmoderní společnosti, značně zjednodušen, mnohé zvyky jsou zapomenuty, jen některé přetrvávají např. na venkově (vykupování nevěsty, rozloučení se svobodou). Není také nutný souhlas rodičů, není pravidlem obřad zasnoubení, často se ani svatební obřad předem neoznamuje, je jen civilní a přítomni jsou pouze snoubenci a svědci. V poslední době jsme však svědky návratu k větším svatbám i církevním. Stále je však nutné, aby rodiče podporovali novomanžele i materiálně. Jednou z možností jsou svatební dary, které se však mohou stát předmětem soutěže mezi oběma rodinami. Doporučuje se také uzavření manželské smlouvy, která definuje majetkové poměry obou snoubenců a správu majetku během manželství, event. jeho dělení v případě rozvodu. Koncepce svatby vždy vyjadřuje hodnotovou orientaci rodin a jejich tradice. Pokud je koncepce obou stran výrazně liší (nákladná vs. civilní svatba), může to být zdrojem trvalých a vleklých konfliktů i pozdějším problémů v soužití novomanželů.

3. Období těsně po sňatku:

V tomto období nastanou všední dny a projeví se, do jaké míry jsou oba snoubenci identifikováni se svou původní rodinou. Zpravidla se muž identifikuje se svým otcem a žena s matkou. Identifikační proces je jednoduchý, pokud je vzor milující člověk a zároveň přirozená autorita. Identifikace není nikdy úplná, vždy jsou přítomny kritické prvky a nepřebírá se chování v úplnosti, jen hlavní a podstatné rysy. Problémy nastávají, když buď chybí vhodný vzor k napodobení, protože není přítomen (osamělá matka se synem), vzor je nevhodný (otec alkoholik, agresivní, matka lehkomyšlná, chladná). Přesto se může stát, že i nevhodný vzor je přijat a stane se vzorem k identifikaci chlapci nebo dívce. Kromě toho si každý odnáší z rodiny různé vzorce chování i způsoby řešení problémů, styl komunikace se členy rodiny a s cizími lidmi apod. Dalším zdrojem vlivů jsou sourozenci a také pořadí, ve kterém se novomanžel (ka) narodí. Nejstarší dítě má většinou sklony k dominanci a k zaujímání rodičovských postojů k mladším sourozencům, druhý v pořadí má sklon soutěžit se starším sourozencem, nejmladší je zpravidla ochraňován a rozmazlován. Nelze však říci, že by identifikace a pořadí mezi sourozenci bylo osudovým předznamenáním. K tomu přistupuje osobní životní zkušenost a zrání každého jedince.

Rodinné vztahy se formují i pod vlivem rodinných tradic legend. Nositelky tradic jsou zpravidla ženy, které pietně uchovávají různé rodinné památky. Jsou to např. fotografie, porcelán, obrazy, knihy, šperky, výšivky, nábytek apod. Ne vše se však prezentuje navenek. Věci, které slouží rodině ke cti a zvyšují její prestiž se hrdě ukazují, jiné se skrývají ("kostlivec ve skříni"). Rodinné legendy se týkají slavných i méně slavných předků a slouží jako kladný či záporný vzor hodný/nehodný následování. Legenda má vždy určitý etický

náboj a může být zdrojem hrdosti či studu rodiny. V legendách je obsažena zkušenost se zvládáním krizových situací rodiny (nemoc, smrt, ostuda, ztráta majetku).

4. Rodina s předškolním dítětem:

Narození dítěte znamená pro manželství významnou změnu. Vztah rodičů k dítěti vzniká již před narozením a také očekávané dítě je ovlivňováno celkovou atmosférou rodiny, pohodou či nepohodou matky během gravidity.

Rodiče si většinou přejí jako prvního chlapce. Ti jsou po porodu popisováni jako větší, silnější a pozornější. Děvčátka jsou popisována jako menší, hezčí a roztomilejší. Rodiče většinou věnují více pozornosti dítěti stejného pohlaví. Matky poskytují dětem více verbálních podnětů, otcové více dotykových.

Narozením dítěte pozbydou rodiče výjimečnosti a intimity svého vztahu. Matka se po porodu orientuje převážně na dítě, je zvýšeně citlivá k jeho potřebám a snížene citlivá na vše ostatní. Dítě se potřebuje na svět adaptovat a matka je zdrojem vši příjemnosti a ochranou před problémy. Pozorností věnovanou dítěti se může otec cítit ohrožen, zejména tehdy, když považuje péči o sebe se strany ženy za její první povinnost. Matka naopak očekává od otce podporu a pomoc, takže žádá mnoho a může za to málo věnovat. Otec by se měl a většinou se vyrovná se menší pozorností k sobě, protože cítí, že je dočasný a dítě ji skutečně potřebuje k zajištění bezproblémového vývoje. Sdílený zájem o zdárný vývoj dítěte a radost z každého pokroku, může manželství stmelit a přispět k jeho prohlubující se harmonii.

Narození druhého dítěte klade na matku ještě větší nároky, i když má již řadu zkušeností.

Péče o děti snáší obtížněji ženy s vyšším stupněm vzdělání, protože mají pocit degradace na úroveň "služky" a ztráty odbornosti. Muž stojí před problémem ekonomicky rodinu zajistit a zároveň vynahradit matce dlouhodobou izolovanost od společnosti. Pro dítě je příchod sourozence rovněž obtížným problémem, protože prvorozenec se musí naučit dělit se nejen o prostor, hračky a jídlo, ale zejména o rodičovskou pozornost.

Období narození dětí obvykle spadá i do údobí prvních manželských krizí (třetí a pátý rok).

Rodina prochází zátěžovou situací a zároveň se ztrácí romantika novomanželského života, začínají se projevovat reálný pohled na partnera. Ostřeji vystupují slabiny a zlozvyky, začínají více vadit. Sem spadá také první vrchol rozvodovosti.

Pomoc prarodičů je vítána, ale někdy může být problematická. Pokud jsou prarodiče rozumní a nesnaží se "mladé" znovu vychovávat a ovládnout je, pak je jejich pomoc málo konfliktní. Jde o to, aby nová rodina touto pomocí neztratila soudržnost a autonomii.

5. Rodina se školáky a dospívajícími dětmi:

Vstup dítěte mezi vrstevníky znamená významnou mimo rodinnou sociální zkušenost. Zde se ukáže, jak rodina dítě na tento významný krok v jeho životě připravila. Většina rodina prožívá vstup dítěte do školy velmi intenzívně. Na postoji rodiny ke škole významně závisí i vztah dítěte ke škole. Na něm se však podílí i jiné zdroje prožívání. Pokud je rodina zaměřena na prospěch a úspěch ve škole, může nutit dítě k nepřiměřeným výkonům, což následně vede k jeho přetěžování a může podnítit i neurózu (vedle školy ještě sport či cizí jazyk, popř. hudební nástroj). Pokud oba rodiče nejsou v této otázce jednotní, může školní problematiky vést i ke konfliktům mezi nimi.

Přílišné zaměření na školu může omezovat i společenské kontakty rodiny, zejména matky (příprava na vyučování), což bývá rovněž častým zdrojem manželských konfliktů.

Čím více dítě dospívá, tím větší tenze s tím může souviset. Pubertální výstřednosti, drzost a kritičnost dětí, které se tak staví na vlastní nohy je pro mnohé rodiče nepřijatelná, protože cítí, že na své děti již nemají tak velký vliv jako do té doby měli. Nárůst vlivu vrstevníků a častý kontakt s může být rodiči rovněž obtížně snášen. Přesto se zdá, že tyto běžné situace

nenarušují významně rodinný život a v řadě rodin proběhne tato vývojová fáze bez větších nápadností.

Zdrojem konfliktů a rozvodů v této fázi manželství jsou spíše mimomanželské vztahy, které plynou z pocitů omrzelosti a nudy soužití s jedním partnerem (zejména v sexu) nebo profesní kariéra, která jednoho z manželů vzdaluje od rodiny.

6. Rodina opuštěná dětmi, tzv. "prázdné hnízdo":

Jakmile děti dospějí, nevyžadují již zdaleka tolik pozornosti a péče se strany rodičů. To mají najednou mnohem více času na sebe a často začnou intenzivně budovat vlastní kariéru či rozvíjet koníčky, na které neměli do této doby čas. Manželé nyní opět žijí sami spolu (tedy mají-li děti vlastní byt) a učí se vlastně znovu spolu žít. V této fázi se může manželství rozpadnout proto, že se zvýrazní negativní stránky osobnosti jednoho či obou partnerů a nejsou již tolerovány. Dalším zdrojem problémů je tzv. syndrom zavírajících se dveří. Je to pocit, že život ubíhá, aniž jsme jej užili a je tedy nezbytné se vrhnout do jeho víru. Muži se seznamují s mnohem mladšími partnerkami a opouští své "staré a nepřitažlivé" manželky, aby si dokázali svou (uvadající) mužnost. Ženy mohou rovněž navázat nový vztah nebo odejít od muže, protože "nechápu, jak s ním mohly celý život vydržet".

Muži mají kratší průměrnou délku života (až o 5 let), a proto generaci starých lidí tvoří převážně osamělé ženy - vdovy. Neúcta ke stáří, která se v posledních letech ještě zvýraznila, znamená nebezpečí osamělosti a ztráty životního smyslu. Dokud staří lidé mohou mladším nějak pomáhat či být užiteční, není jejich opuštěnost tak nápadná. Jakmile však pomoc potřebují sami, je problém ji zajistit. I to je výrazem ageismu a hovoří se v této souvislosti o infantokracii (M.Kundera).

7. Bezdětná rodina:

Každý, kdo uzavře manželství očekává, že dříve či později přijdou děti. Pokud se tak nestane v prvních pěti letech je důvod k obavám. Tuto situaci nesou ženy mnohem hůře než muži, protože žena vlastně zklamala ve své archaické funkci matky. K nervozitě a napětí manželů přispívají pak členové širší rodiny i přátelé, kteří otázkami typu: "Tak co, kdy se rozhoupete?", "Kdy konečně něco budete mít?", "Na co ještě čekáte?". Důsledkem tohoto společenského tlaku je až křečovitá snaha otěhotnět. Ženy i muži se podrobují vyšetření, ženy pak četným i velmi nepříjemným zákrokům. Pokud se zjistí, že neplodný je muž, znamená to krizi muže, který má pocit, že není dostatečně potentní a může trpět pocitem méněcennosti. Při tom neplodnost na straně muže je až v 1/5 případů. I ženy mohou upadat do nejrůznějších neurotických problémů vlivem opakovaných neúspěchů otěhotnět. Cestou může být umělé oplodnění, "dítě ze zkumavky nebo některá z forem náhradní rodinné péče - adopce nebo pěstounská péče.

Adopce je přijetí dítěte do rodiny a noví rodiče dítěte jsou po soudním rozhodnutí zapsáni do rodného listu jako vlastní rodiče. Děti svěřované do adopce musí být právně volné (rodina se nezajímá nebo podepíše souhlas s adopcí) a zdravé tělesně i duševně.

Pěstounská péče je forma náhradní rodinné péče, kde rodiče přijímají dítě, které není zcela právně volné nebo má nějaký zdravotní problém a jsou zapsáni do rodného listu vedle vlastních rodičů. Tato forma péče je dotována sociálním příspěvkem.

8. Rozvádějící se manželství:

Stoupající rozvodovost je celosvětovým problémem. Je to jeden z výrazů krize současné rodiny. Rozvod má několik stránek: ekonomickou, právní, rodičovskou, psychickou a sociální. Rozvod je tak výrazným traumatem, že vyrovnávání se s ním trvá 3-5 let. Až 1/3 žen a 1/5 mužů se s rozvodem nevyrovná ani po 6 letech. Všichni účastníci rozvodu něco ztrácejí.. Přesto lze rozvody jen obtížně ovlivnit, protože většina lidí považuje výběr partnera a rozchod s ním za zcela soukromou záležitost a nevyhledává poradu odborníků v Manželských poradnách. Na zvyšujícím se počtu rozvodů se podílí i společenské změny (nezaměstnanost,

manžel - podnikatel, žena vydělává více než muž, workoholismus) a zrychlující se vývoj, protože každá generace v posledních 50 letech přinesla jiný model rolí v rodině. Setkáme-li se s lidmi, kteří právě rozvod prožívají, můžeme mít dojem, že nejsou zcela duševně normální. Rozhodnutí k rozvodu většinou předchází i několik let krizí, hádek a rozchodů, smířování a pokusů o soužití, které oba partnery zcela vyčerpá. Není proto divu že reagují jinak, než obvykle. Největším traumatem je rozvodové řízení samotné, kde dříve se milující lidé plánují jak, partneru co nejvíce ublížit, křičí na sebe hrubosti a napadají se i fyzicky. Jen vyjímečně se najdou manželé, kteří se rozejdou důstojně a bez trapností. Po rozvodu však může nastat několik situací, které svědčí o nevyrovnanosti jednoho s partnerů (zpravidla ženy) a rozvodem:

1. Systém s jedním kompasem: Matka využívá dítěte jako kompasu, který ji orientuje v porozvodových problémech. Dítě (zejména chlapec) je matce oporou a nahrazuje muže v rodině. Může sloužit i jako argument proti novým vztahům matky s muži. Pro dítě je to obtížná a často jeho věku nepřiměřená role.
2. Bezmocný rodič: Matka, která se nesmíří s rozvodem se snaží otce dítěte získat zpět předstíráním neschopnosti vyřešit některé, i banální, výchovné nesnáze. Opakovaně otci volá o pomoc a důsledkem je neúplný rozchod, žena žije v iluzi pokračujícího vztahu.
3. Nerovný závod: Rodič, který nemá dítě v péči předstírá vzorného otce/matku. Dítě je nejisté a neví, jak se zachovat. Některé děti tohoto chování zneužívají a rodiče vydírají, jiné se snaží přesvědčit rodiče, jemuž byly svěřeny, aby se k původnímu partneru vrátil, jiné jsou zmatené. Časté jsou pak neurotické či psychosomatické potíže dítěte.
4. Soutěž v bezmoci: Oba rodiče zanedbávají péči o děti tak, že to musí řešit státní orgány. Jeden z rodičů může předstírat, že je pečlivější, i když to není pravda. Takoví rodiče mohou podněcovat u dětí asociální či delinkventní chování (toxikomanie, krádeže, vydírání).

Pomoc lidem v rozvodové situaci je velmi obtížná, ale nezbytná. Existuje řada odborných poraden, které se jí zabývají, ale ne všichni odbornou pomoc vyhledávají.

Kapitola III.

Rodina v těžké životní situaci.

Každé i banální onemocnění či úraz vyvolá v rodině nutnost změny organizaci života. Narození postiženého dítěte, těžké či chronické onemocnění, těžký úraz dítěte i dospělého člena rodiny může způsobit úplný rozvrat v rodině. Je to dáno tím, že se s touto situací musí vyrovnat nejen rodina, ale i postižený člověk, který očekává od zraněné rodiny podporu. Reakce na sdělení jakékoliv nepříznivé skutečnosti prochází v čase určitým vývojem, během něhož se rodina i její postižený člen se situací vyrovnají a jsou schopni ji akceptovat. Tento vývoj lze charakterizovat etapami, jimiž adaptace prochází. Jednotlivé fáze ve skutečnosti probíhají napřeskáčku nebo naráz, lidé se vracejí do fází předchozích. Z didaktických důvodů jsou však uvedeny tak, jak jsou po sobě:

- **Šok** (rána, úder)- rodina nebo pacient se cítí skutečně, jako jej něco uhodilo, lidé jsou vykojení, pociťují zmatek, ochromení.
- **Popření** je fází, v níž postižení vyjadřují nedůvěru faktu nemoci či úrazu, “nevzpomenou si” na informaci, kterou dostali, popírají, že by jejich dítě, oni sami byli nemocní či postižení. Hledají se zázračné prostředky (léčitelé, kameny). Jde o ochranný proces proti zhroucení.
- **Zlost, úzkost, deprese** - v této fázi se hledá vina v okolí, nejčastěji ve zdravotnickém personálu, který se kriticky pozoruje, kontroluje a opakovaně je předmětem stížností.

Podrážděnost rodičů či pacienta vychází z pocitů úzkosti a deprese. Je nezbytné nechat tyto pocity odreagovat a pak odezní.

- **Stadium rovnováhy** nastupuje po snížení hladiny úzkosti a deprese a rodina či pacient se začínají smířovat s nevyhnutelným faktem. Vyrůstá aktivita a ochota podílet se na léčbě a péči o pacienta či o sebe. Zvyšuje se zájem o léčebný postup.
- **Stadium reorganizace** rodina či pacient jsou s faktem postižení či nemoci smířeni, přistupuje se k reorganizaci rodinného života ve smyslu vzájemné podpory a spolupráce při péči o nemocného či postiženého člena rodiny. Překonání krize zpravidla rodinu stmelí a posílí vzájemné vztahy. Mění se i celková hodnotová orientace rodiny.

Pokud rodina či pacient zůstane někde v půli cesty adaptace, může přetrvávat popírání (pacientu se nedostává adekvátní léčby či pomoci) nebo zlosti (opakovaně se vyhledávají různí lékaři a léčitelé a kritizují se). Optimální adaptace znamená dosažení stadia rovnováhy či reorganizace.

Podobné fáze pozorujeme i u umírajících a jejich rodin. Zde přistupují ještě *fáze smíření a oplakávání*. Poslední fáze může trvat od několika týdnů po několik let a vyjadřuje smutek po zemřelém.

Na přijetí faktu nemoci či postižení člena rodiny se podílí celá řada faktorů:

1) *Typ nemoci a postižení*: Špatně působí celkové těžké postižení, zejména spojené s mentální retardací, špatná prognóza onemocnění, nápadný vzhled nebo deformace v obličeji a na ruce, dlouhodobá nejistota, zda dítě po narození přežije. Není-li postižení nápadné (chronické nemoci), může komplikovat situaci neschopnost rodičů porozumět dítěti (smyslové vady, MR), jeho potřebám a projevům. Pokud má nemoc či porucha nepředvídatelný průběh (epilepsie), má rodina často sklon vyhýbat se rizikovým situacím a dítě omezuje v přirozeném vývoji.

2) *Etiologie nemoci či postižení*: Pokud je příčina onemocnění či postižení jasná, je to dobré i pro rodinu a pacienta samotného. Pokud tomu tak není, členové rodiny mají tendenci hledat příčiny ve svém okolí a může docházet ke konfliktům, které pramení z úzkosti a pocitů nejistoty. Největší problémy způsobuje nemoc či postižení, jeho příčinám se dalo zabránit (havárie, úraz, infekce).

3) *Individuální charakteristiky dítěte*: Jde o charakteristiky chování - dráždivé nebo klidné, dobře spí nebo má obrácený režim spánku a bdění, dobře jí nebo má problémy s příjmem potravy apod. Důležitý je i věk, ve kterém k postižení došlo - od narození, v dospívání, v dospělosti.

4) *Individuální charakteristiky rodičů*: Zejména jejich zkušenost s řešením obtížných situací, vlastní sociální a emocionální zralost osobnosti

5) *Organizace rodinného života*: Je důležité, zda se jedná o manželství nebo o osamělou matku s dítětem nebo o osamělého člověka, způsob a množství sociální opory v širší rodině či okruhu přátel.

6) *Občanské prostředí*: Přístupnost a vstřícnost státních orgánů a organizací pomáhajících pacientu či rodině s postiženým členem. Charakter této pomoci (byrokratický vs. pomáhající). Snažit se dostat takového člověka či rodinu z izolace, ke které mají tendenci.

7) *Důležitá životní období*:

- počátky lokomoce - dítě se nepostaví na nohy nebo začne chodit se značným zpožděním, popř. schopnost chůze ztrácí,
- vstup do školy - nemůže do školy nastoupit či vyžaduje zvláštní či pomocnou školu nebo specializované internátní zařízení,
- dospívání - problémy s kontaktem s vrstevníky bez postižení, navazování heterosexuálních vztahů vs. pocity izolace, méněcennosti,

- dosažení dospělosti - zvýšená závislost na rodině či pomocných, omezené možnosti získat profesionální uplatnění.

V situaci, kdy rodina situaci nezvládne nebo jen nedokonale se mohou objevit maladaptivní způsoby zacházení s postiženým nebo nemocným jedincem:

a) Hyperprotektivní styl se příliš zaměřuje na člověka, přehnaně o něj pečuje a nedovolí mu jakoukoliv samostatnost v sebeobsluze a rozhodování. Tento styl vychovává závislého a nesoběstačného jedince.

b) Odmítání se objevuje u pacientů s nápadným či těžkým postižením, kdy se např. matka po porodu zhroutlí a nevytvoří se přirozený citový vztah k dítěti. Odmítá zpravidla jeden z rodičů a druhého se snaží přimět k témuž postoji. Pacienti jsou často umisťováni v ústavních zařízeních s argumentem “že vyžadují specializovanou péči”.

c) Přetrvávající vztek je postoj, který vyplyne při hledání viny za postižení či nemoc. Vede často ke konfliktům a rozpadu manželství. Odmítnutý partner si pak vybíjí svůj vztek na postiženém jedinci - týráni.

U dítěte vyvolává onemocnění či postižení rovněž mnoho problémů, které se však liší podle věku dítěte:

KOJENCI - při onemocnění či nezbytném pobytu v nemocnici se může objevit separační úzkost (od 7-8 měsíců do 3 let), která ve spojení se samotou a strachem z cizích lidí vyústí v anaklitickou depresi. Projevuje se zpočátku pláčem a křikem, pak apatií a nakonec vyhledáním náhradní vazby např. na sestru. V současnosti velmi vzácné, protože v nemocnicích pobývají s dětmi matky.

BATOLE - tytéž problémy. Přistupuje ještě nutnost omezení pohybu, což je pro batole velmi nepříjemné. Nezbytné je nahradit hrou.

PŘEDŠKOLNÍ VĚK - Snadno vznikají různé strachy až fobie (patologický strach např. ze tmy). Dítě také může pojmout své onemocnění či postižení jako trest za imaginární vinu (zlobil jsme tak jsem nemocen).

MLADŠÍ ŠKOLNÍ VĚK - zde nejnáze vznikají pocity méněcennosti s neschopnosti fyzicky se vyrovnat vrstevníkům (důležitý aspekt pro přijetí do skupiny).

DOSPÍVÁNÍ - chybí kontakt s vrstevníky, omezení možnosti osamostatňování. Reagují buď hypochondrií nebo přehnaným “užíváním života” a nedbáním předpisů léčby. Problémy se objevují i v heterosexuálních vazbách a profesionální orientaci.

Problémy s nemocí, postižením a omezením života někdy rodiče nebo pacienti sami nedokážou zvládnout a vyžadují proto odbornou pomoc. U dětí je to herní terapeut, který jim vysvětluje různé procedury a zbavuje je tak úzkosti z neznámého. Psychické problémy a poruchy adaptace pak řeší psycholog.

Kapitola IV.

Problematika smrti a umírání.

Do brány smrti lze vstoupit tisícem dveří.

Problematika smrti a umírání vzbuzuje v každém z nás mrazení z něčeho tajemného a neznámého, co vzbuzuje strach. Je to zcela běžný pocit. Smrt a umírání totiž souvisí s pocity nejistoty o tom, co bude poté, až nebudeme moci ovlivnit svůj další osud. Strach ze smrti je starý jako lidstvo samo a nezbavilo se ho ani různými typy víry.

Umírání znamená postupné a nenávratné selhávání důležitých životních (vitálních) funkcí orgánů a tkání. Může proběhnout rychle (ictus, infarkt myocardu, úraz, autohavárie, sebevražda, vražda) nebo může probíhat pomalu se střídáním fází zlepšení a zhoršení stavu, které doprovází střídání deprese s nadějí. Začíná tam a tehdy, když vejde v odborné i laické povědomí, že smrt je v limitovaném čase pravděpodobná.

Sociální smrt člověk může umírat v okamžiku, kdy je vyvázán z důležitých sociálních vazeb (důchodci, staří lidé, osamělí lidé).

Modely umírání: Člověk může umírat doma nebo v nemocnici či jiném cizím prostředí. Umírání doma bylo obvyklé v minulosti a existovaly kolem smrti určité rituály spojené s loučením se s umírajícím - poslední pomazání, rodina se shromáždila u lože umírajícího, prosby o odpuštění vin a křivd se strany umírajícího nebo jeho blízkých spod. V nemocnici - často sám v izolované místnosti nebo za plentou bez přítomnosti blízkých (ještě nedávno). Dnes - trend ritualizace umírání v nemocnici což snižuje napětí, umožňuje přiměřené chování a účinnou pomoc. Napomáhají např. Hospice (MUDr. Svatošová, Červený Kostelec) jsou zařízení pro důstojné umírání.

Cíl: Nikdo by neměl umírat sám - přítomnost blízkých.

Pozornost upíráme k fázi post finem (péče o tělo zemřelého, pohřební rituály, péče o pozůstalé, rizikové skupiny - rodiče s jedním dítětem a pod.

Proces umírání můžeme rozdělit do tří fází:

1. **Pre finem** - znamená, že nemoc má špatnou prognózu. V této době pozorujeme touhu člověka po pravdě o jeho stavu, po vyrovnání se s dosavadním životem. Dvojitá reakce - boj vs. vzdá se.
2. **In finem** - jedná se o terminální stadium. Rituály spojené s umíráním usnadňují vyrovnání se s tímto faktem. Jedná se zejména o možnost soukromí, přítomnost blízkých a zajištění důstojnosti. Rozdíl mezi umíráním doma a v instituci.
3. **Post finem** - týká se pozůstalých. Organizace pohřebních obřadů. Faktor času. Specifická problematika transplantace.

Euthanázie - tzv. dobrá smrt - asistovaná sebevražda. Eticky nepřijatelná, i když v některých zemích trpěná (doktor smrt).

Terminálně nemocný pacient prochází následujícími fázemi, které se shodují do jisté míry s fázemi zvládání těžké životní situace:

1. **ŠOK** - dostavuje se po odhalení faktu, že nemoc nebo úraz je velmi závažného stupně.
2. **POPŘENÍ** - pacient odmítne věřit diagnóze a může se obracet na jiné lékaře a léčitele s cílem vyvrátit šokující skutečnost.
3. **HNĚV** - pacient útočí na okolí, kritizuje všechny a všechno. Nezbytné nechat odeznít.
4. **DEPRESE** - pacient ještě ne zcela uvěří nepříznivé diagnóze a je nešťasten.
5. **SMLOUVÁNÍ** - pacient přijme skutečnost vážnosti svého stavu, ale snaží se smrt oddálit vnitřním přesvědčováním, že se objeví určitá naděje.
6. **VYROVNÁNÍ** - pacient umírá smířen se životem.

I rodinní příslušníci se musí vyrovnat s faktem, že jejich blízký se blíží konci svého života a lze u nich rovněž vypořádat určité fáze, jimiž tento proces probíhá:

1. **STADIUM ŠOKU** - charakterizuje je intenzivní emoční reakce rodiny na sdělení, že jejich nejbližší/ dítě je ohrožen/o na životě. Pozorujeme úzkost, strach, deprese, které doprovází zejména poruchy spánku a příjmu potravy (nechutenství, zvracení, průjmy).
2. **STADIUM POPŘENÍ SMRTI** - rodiče nechtějí uvěřit, že by jejich dítě mohlo zemřít, argumentují často tím, že dítě bylo v horším stavu a přesto se vyléčilo.
3. **STADIUM POCITU VINY** - rodiče se obviňují, že nedostatečně chránili dítě a tím došlo ke zhoršení stavu, mají pocit, že něco zanedbali. Pocity sebeobviňování mohou sahát daleko do minulosti a jsou zpravidla iracionální povahy (byla jsem moc veselá).
4. **STADIUM POPŘENÍ POCITU VINY** - rodiče se ujišťují, že skutečně udělali vše, co bylo v jejich silách (např. matka se vzdala zaměstnání).
5. **STADIUM POCITU MARNOSTI** - rodiče propadají depresi, že veškerá péče byla marná a nakonec všechny snahy končí smrtí. Prožívá se pocit zmaru veškerého díla, prožitky

depersonalizace, myšlení se stává iracionální a zdravotní personál všech stupňů odbornosti je obviňován z marnosti všeho snažení.

6. STADIUM SMÍŘENÍ - dominuje přání, aby dítě netrpělo. Rodiče jsou již skutečně fyzicky i psychicky zcela vyčerpáni a proto si přejí, aby smrt přišla co nejrychleji.

7. STADIUM OPLAKÁVÁNÍ - delší období následující po skonu dítěte. Trvá různě dlouho, dítě se postupně idealizuje a jeho obraz setrvává v paměti rodiny.

Ze sociálního hlediska je situace umírání poznamenána ztrátou. Je nezbytné v ní respektovat zejména umírajícího, jeho přání a potřeby. Je nezbytné jej ujistit, že smrt nebolí a pak bude jen odpočívat a že udělal vše co mohl v životě a že zanechává po sobě nesmazatelnou stopu. Musíme jej ujistit, že bude dále žít v našich vzpomínkách a dáme mu prostor pro sdělování vlastních pocitů deprese a smutku. Umírající často také žádá ujištění, že zvládneme jeho odchod a nebudeme příliš smutní. Sám pacient rozlišuje koho u sebe chce mít a koho ne. Týká se to nejen personálu, ale i nejbližších. Důležité je zajistit důstojnost umírání - soukromí, klid, provázení.

Rodině můžeme pomoci tím, že ji dobře poznáme, a to zejména:

- její způsob života, hodnotovou orientaci
- filozofický názor (věřící, nevěřící)
- zkušenosti s obtížnými situacemi a vyrovnání se nimi
- rodinou sociální sítí.

Pomoc rodině můžeme nabídnout, ale ne vždy ji rodina žádá. Záleží také na to, kdo ji nabízí, zda mu rodina důvěřuje. Pak je mnohem důležitější "být s nimi" než využívání specifických metod. Stačí jen držet je za ruku, nechat vyplakat na rameni, opakovat několik neformálních slov. Často je nezbytné je ujistit, že skutečně udělali vše, co bylo v jejich silách.

Fakt, že se rodina může se zesnulým dítěte rozloučit má životní význam. Pokud to není možné, pak se později můžeme setkat s neurotickými pocity viny a iracionální úzkostí, které již vyžadují specifickou psychoterapii.

Vývoj pojmu smrti u dětí:

Zdravé dítě se zajímá o smrt cca od 4 let jako o každý jiný jev ze svého okolí. Jestliže se na ni zeptá, rodina zpravidla odpovídá vyhýbavě, aby nezaclonila jasný čas dětství. Ve skutečnosti chrání rodiče sami sebe před tímto tématem, protože jim chybí vlastní reflexe a vyrovnání se smrtí. Dětské otázky na smrt vzbuzují strach a pocit bezmoci. To je pro rodiče, kteří jsou zvyklí mít vždy převahu, velmi obtížné. Pokud někdo v rodině zemře, pak to dítě pozoruje, ale často zůstává na svůj smutek samo. Dospělí se totiž překotně snaží, aby se "nic" nedovědělo. Odmítají také účast dítěte na pohřbu. V dítěti to podněcuje vznik různých, často zdánlivě iracionálních, představ, které mohou vést k rozvoji pocitů viny za smrt blízké osoby, protože na i/něj nebylo hodné. Cítí se pak vinný i za smutek rodičů. Jedná se v podstatě o neznámou situaci a reakcí na neznámé. Výsledkem je, že smrt nepatří do života.

Probíhá v souladu s vývojovými zákonitostmi pro jednotlivá věková stadia.

0 - 2 projevuje se separační úzkostí.

3 - 6 chápe se smrt jako něco vzdáleného, co se může přihodit. Spojuje se spánkem, což souvisí s častým obratem "a teď už klidně spí". Není pojímána jako něco stálého, člověk, který umřel se může vrátit. Začíná zájem o mrtvá zvířata a hřbitovy. Vyjadřuje osamělost, bolest, strach z hospitalizace, z nemocnice.

od 6 smrt pojatá jako pohádková bytost (v pohádkách často jako stará žena či muž nebo kostra s kosou). Začíná uvědomění její nevratnosti a objevují se první záblesky možnosti vlastní smrti.

od 7 uvědomují si rozpad těla, ale nedokáží ještě zobecnit (mrtvé zvíře v lese).

od 8 smrt je spojena s napínavými příběhy, smrt nic není - souvisí s TV seriály. Začíná se objevovat víra v nesmrtelnost. Ještě nedokáže svůj strach zformulovat, často jakoby zlobí, mění chování.

od 10 chápou rozdíl mezi vzpomínkou a fantazií a již plně chápou, že se smrt může týkat i jich samých. Přesto mají tendenci připisovat ji hodně starým lidem a vidět její možnost v dalekém časovém horizontu z hlediska vnímání času v počátku puberty. Musíme si uvědomit, že pro desetileté je i 20 let pojímáno jako vysoký věk. Objevuje se strach ze smrti. Začne být schopno o smrti hovořit.

Pubescence a adolescence začíná se filozofovat o otázkách života a smrti, diskutují se problémy naplnění života, možnosti posmrtného života či reinkarnace.

Po 20 Dostávají se do roviny přijetí faktu smrti a zabývají se spíše otázkou “ co po mě zbude”, mohou nějak smrti zabránit.

Schopnost vyjádření obav:

Dítě do 5 let se zpravidla cítí osamělé, něco ho bolí, má strach z nemocnice a léčby. Neví, proč je mu smutno a tuší, že se něco děje, čemu nerozumí. Může být uzavřené nebo podrážděné až agresivní - podstata úzkost, deprese.

Dítě od 6 do 10 let ještě neumí své obavy zformulovat, upozorní nás opět změna v chování. Od 10-11 let se již objevuje schopnost vyjádřit i verbálně svůj strach a ptát se na smrt, hovořit o ní.

Jak hovořit s dítětem:

Ujistit je že nebude samo ve smrti, ani po smrti. Ujistíme, že smrt nebolí, je to naopak konec všemu utrpení a bolesti, je to odpočinek.

Není to úplné zmizení ze světa. Vždy zůstávají vzpomínky (fotografie, hračky). Tato ztráta je na obou stranách (dětské i rodinné).

Ujistíme umírajícího, že se svým životem udělal vše, co mohl a zanechal nesmazatelnou stopu.

Ujistiti, že pláč a smutek je naprosto v pořádku, může si to dovolit.

Může být také úplně tucho a to je rovněž v pořádku.

Je vhodné jen naslouchat, držet ta ruku (dítě někdy vypoví celý svůj život), nechat je, potřebuje sdělovat.

Důležité je rozloučení umírajícího a s umírajícím - vyslovení díky za jeho dosavadní bytí, vděčnosti a díky za vše. Někdy umírající očekává ujištění, že jeho odchod zvládneme.

“Umírající nás učí žít”.

Rodičům:

Zjistit, co si myslí o smrti, jakou mají zkušenost se smrtí, jakou mají víru či názory. Jak zvládli předcházející těžké životní situace.

Co jim pomáhá při zvládání - vyslechnout, nenabízet hned radu.

Utrpení zasahuje:

- nemocné tělo
- okolí - rodinu, přátele, vrstevníky,
- budoucnost - co bude dál, může se vyjádřit opakovanými otázkami na Dg. a léčbu.

Kapitola V.

Násilí v rodině a společnosti.

Násilí je takové jednání, které druhému působí bolest nebo jej poškodí. Přesto, že je násilí přirozenou součástí života lidstva (boj o přežití), je jeho nárůst a především nesmyslnost v poslední době překvapující. Násilí ve společnosti můžeme pozorovat v různých částech světa

(války, rasové násilí, terorismus, narkomafie). Násilí v rodině charakterizuje tělesné i psychické týrání, hrubé zanedbávání a sexuální zneužívání. Šikana, týrání a zneužívání nejsou nic nového. O jejich přítomnosti ve společnosti máme zprávy v kronikách a literatuře různých období. Svě vypovídají i soudní protokoly a protokoly z vojenských a výchovných kruhů. Nejznámějším literárním zpracováním tohoto tématu jsou knihy: R. Musil: Zmatky chovance Toerleho a R. Kipling: Stopka a spol. První vědecké studie vyšly ve Skandinávii, a to v roce 1969. Dan Olweus (Norsko) Aggression in the schools vydal tuto knihu v roce 1978.

V roce 1982 se poprvé objevily zprávy o třech suicidálních případech z důvodu šikany ve škole a ve skandinávských zemích začala kampaň proti tomuto společensky negativnímu jevu. Objevily se příručky pro učitele i rodiče, videokazety. Během 2 let se podařilo snížit šikanu na polovinu.

Od konce 80. let řeší problém šikany a týrání v USA, Velké Británii, Australii, Japonsku, Holandsku, Kanadě a dalších zemích.

S násilím se dnes setkávají všichni členové společnosti a problémem se stává zejména pocit nejistoty a ohrožení, napětí a pocity bezvýchodnosti. Šíření "kultu násilí" napomáhají i nevhodné TV pořady podřadné provenience se scénami, které by za normálních okolností vedly k vážným zdravotním následkům či smrti, ale zde vypadají jakoby se nic nestalo (hlavní svalovec se otřepe a pokračuje v akci). Také názory preferující odvahu, průraznost a energičnost v podstatě maskují filozofii bezohlednosti a lhostejnosti k utrpení ostatních jde-li o vlastní prospěch. Vliv těchto škodlivých vlivů se projevuje v přezírání slušnosti, morálky a vzájemné úcty.

DOMÁCÍ NÁSILÍ:

Existuje ubližování skryté, páchané za zdmi domů a bytů, a to asi bolí nejvíce. V domácím prostředí se nic takového neočekává, jsme zde zranitelnější a také bezmocnější. Proto také oběti dlouho mlčí a stopy po fyzickém násilí zakrývají. Máme strach z toho, co by následovalo po návštěvě Policie, lékaře. Toto téma se teprve začíná více diskutovat, dlouho bylo tabu. Odborníci jej teprve mapují, hledají jeho definici. Jaksi se tuší, že jsou děti týrající své staré rodiče, manželé manželky a naopak, rodiče děti. Tato problematika je provázána řadou mýtů:

1. Předpokládán se, že obětí násilí je žena. puťka, která si o agresii přímo říká. Průzkum však ukázal, že násilím trpí ženy středoškolsky a vysokoškolsky vzdělané, které jsou v zaměstnání úspěšné. Pouze doma je paralyzuje agresivita partnera, které nejsou schopny čelit.
2. Samotného útočníka si lidé představují jako hrubce a nevzdělance. Ve skutečnosti není typický tyran. Může to být úspěšný podnikatel, slušně vypadající úředník, učitel, lékař apod. Pachatel je spíše člověkem dvojitě tváře (Pan Jekyll a pan Hyde). Na veřejnosti laskavý, kultivovaný. Doma střídá občasnou laskavost s brutalitou.

Oběti vydrží násilné zacházení v průměru 6 let, ale pomoc vyhledávají až poté, co jim jde doslova o život.

O oběti domácího násilí se stará především nadace Bílý kruh bezpečí.

V obecné představě je rodina prostředím, ve kterém je dítě milováno a přijímáno. Otec a matka jsou osoby, které je chrání, poskytují mu vše co potřebuje. Přesto jsou rodiny, kde je dítě zanedbáváno a týráno.

Formy týrání a zneužívání dětí:

Mohou být aktivní (bití, pálení, štípání, nadávání, sexuální zneužívání) a pasivní (nevšímavost, zanedbávání).

Fyzické násilí: se projevuje zpravidla ublížením na těle, které je důsledkem nepřiměřené tvrdosti trestu. Vedle toho se často setkáváme i s hrubostí v zacházení s dítětem, které je zpravidla charakteristikou chování rodiče - hrubce i v jiných sociálních situacích. Projevuje se nadáváním, strkáním a smýkáním s dítětem. Také zanedbávání péče o dítě spadá do této kategorie. Dítě je špinavé, nedostatečně odíváno a krmené, často trpí různými parazity a obtížným hmyzem, nemá vytvořeny hygienické návyky (pomočuje se).

Psychické násilí: se projevuje především zesměšňováním, podceňováním, a neustálým zdůrazňováním nedostatků dítěte. Vedle toho se může projevit i jako forma citového vydírání dítěte rodičem, kdy pod maskou laskavosti se dítěti připisuje vina za "utrpení" dospělého a požaduje se po dítěti jednání, které jeho údajnou vinu smaže (zarmoutil jsme, protože jsi místo se mnou šel za kamarády). Týráním může být i vlastnický postoj rodičů k dítěti, kterému nedovolí se samostatně projevit.

Specifickou formou psychického zanedbávání je nedostatečná emoční a sociální stimulace, která je typičtější pro ústavní podmínky, ale vyskytuje se i v rodinách (podsvětí vs. velmi bohatí). Důsledkem je psychická deprivace, která postihuje osobnost dítěte, zejména jeho emocionální a sociální zrání. Existují tři typy deprivované osobnosti dítěte:

1. Sociálně hyperaktivní - dítě přebíhá od jednoho dospělého ke druhému, chvíli se pomazlí a zase odbíhá. Emoce jsou povrchní, krátkodobé a přelétavé. Starší děti a dospělí jsou typičtí špatným vztahem k vrstevníkům a neschopností uzavřít trvalý citový vztah.
2. Sociálně provokativní - dítě na sebe upozorňuje jakýmkoliv i nežádoucím chováním podle přesvědčení "lepší facka než nezám". Přetrvávají u nich až do dospělosti sklony k destruktivnímu a agresivnímu chování a zároveň zůstávají infantilní, nezralí.
3. Útlumový typ se nijak nápadně neprojevuje, většinou je pasivní, tzv. hodné dítě.

Nedostatek citových a sociálních vazeb si nahrazuje zvýšenou konzumací potravy, takže bývá často obézní. Může však konzumovat i hlínu, výkaly a odpadky.

Sexuální zneužívání může být bezdotykové (ukazování erotických fotografií, promítání filmů nebo videoher se sexuální tematikou) a dotykové (osahávání, líbání, koitus). Stejně jako týrání, i sexuální zneužívání má familiární původ a hrozí nebezpečí transgeneračního přenosu. Objektem zneužívání bývá zpravidla heterosexuální objekt - nejstarší dcera, atraktivního vzhledu se špatným a odcizeným vztahem k matce. Matka bývá slabá, nerozhodná a otcově dominantní a zastrašující. Může však být i homosexuálně zaměřeno. Důsledkem může být trvalá porucha v oblasti sexuálního chování, a to:

- sexuální promiskuita - střídání sexuálních partnerů bez citového vztahu,
- frigidita, vaginismus - neschopnost sexuálního vztahu,
- strach z mužů, celibát.

Následkem může být také posttraumatická porucha s projevy panické hrůzy, hluboké úzkosti a deprese nebo přehnané projevy erotiky v dětských hrách.

Důsledky fyzického a psychického týrání mohou být akutní a pozdní. Akutní - jde o prožívání dítěte v situacích týrání, jeho úzkost, strach, bolest, pocity křivdy, beznaděje a zavržení. Pocity viny vycházejí z přesvědčení že týrající chování rodičů vychází z jeho provinění, které se ovšem zcela imaginární. Dítě často ví, že se děje něco nesprávného, ale neodvažuje se s tím komukoliv svěřit, neboť se bojí následků popř. pro pocit vlastní viny nechce rodičům ublížit.

Pozdní následky se projeví v pokřiveném sebeobrazu a vedou k sebepodceňování, úzkostem a ustrašenosti, vzniká pokřivený obraz o společenských normách chování a vztazích. Pocity viny pevně zakotví v dětské povaze a stane se buď trvale submisivním nebo altruistickým (neztotožní se s chováním rodiče) nebo bude týrat i vlastní potomky (rodič se stane jeho vzorem), což je nejnebezpečnějším důsledkem týrání. Hovoříme tedy o transgeneračním přenosu týrání.

Příčiny týrání:

Příčiny týrajícího chování mohou vycházet z rodičů nebo z dítěte.

Rodiče: Zdrojem problémů může být jejich osobnost, vzájemný vztah manželů, okolnosti početí a narození dítěte, vlastní zkušenosti s týráním a prostředím. V osobnosti rodičů mohou být zakotveny patologické charakterové prvky nebo mohou mít některou z poruch osobnosti (citový chlad, extrémní staženost, hrubost či předvádění se). Občas může být zdrojem týrání dětí i duševní nemoc doprovázená halucinacemi či bludy. Sklony k hrubému a zanedbávacímu chování mají i alkoholici a narkomani, delinkventi a násilníci.

Nespokojenost v partnerství, zejména je-li dítě nevlastní se může projevit týrajícím chováním jako výrazem vzteku partnera na jeho rodiče.

Je-li dítě nechtěně či je partner donucen k sňatku s gravidní partnerkou, o kterou příliš nestojí, může to být též zdrojem zanedbávání dítěte.

Nejčastější příčinou je však vlastní zkušenost s týráním z dětství.

Dítě: Je bezmocným a slabším článkem týrání a zneužívání. Častými oběťmi bývají děti postižené tělesně, smyslově, duševně - MR nebo s kombinovanými vadami (nejsou sto naplnit představy rodičů, náročná péče), děti s poruchami chování (Hyperkinetická poruchy chování a pozornosti) nebo děti v náhradní rodinné péči, které nenaplnily představu osvojitelů či pěstounů.

SPOLEČNOST.

Násilí ve společnosti se objevuje nejdříve ve škole, pak v zaměstnání, při vojenské prezenční službě, v bydlišti, ve věznicích a jinde mez lidmi. Hovoříme nejčastěji o šikaně. Příčiny i formy se velmi podobají, jen s věkem nabývají na variabilitě.

Škola znamená pro dítě důležitou sociální zkušeností. Školní prostředí může sloužit jako kompenzační zkušenost pro děti, které jsou doma podceňovány nebo zanedbávány nebo naopak rozmazlovány a přeceňovány. Dětský kolektiv svou dravostí a až krutou upřímností může znamenat pozitivní i negativní šok pro dítě. To se zde se stává členem kolektivu, dostává se do konkurenčního prostředí a záleží na řadě okolností, jak v něm uspěje nebo zklame. Podle stupně úspěšnosti se pak formuje sebehodnocení žáka a utváří se postoj k pracovní činnosti. Zároveň se učí novým sociálním dovednostem, které může využívat po celý život. Školní prostředí je významným, ba uzlovým pro další život člověka. Proto pozitivní i negativní zkušenosti ze školy mohou poznamenat člověka na celý život. Násilí ve škole. stejně jako v rodině je rovněž výsledkem vztahu, na jehož jedné straně stojí týrající subjekt a na straně druhém jeho oběť. Násilí nemusí vždy vycházet jen od vrstevníků, ale jeho zdrojem může být i dospělý - učitel, vychovatel.

Učitel: Násilí se strany učitele je stejně sociálně podivné jako násilí se strany rodičů. Obecně se očekává, že učitel je člověk, který má rád děti. Zdrojem násilí může být jeho osobnost a hlavní zásady školního řádu.

Šikanující učitel může být buď autoritativní nebo nejistý, slabý, postrádající autoritu.

Autoritativní učitel nemusí být vždy negativním prvkem. Je-li přísný, ale spravedlivý, má-li přiměřené požadavky v rámci osnov a schopností žáků a při tom "všem měří stejným metrem", neznamená přímé nebezpečí. Potenciálně může být ohrožující u dětí s nějakou formou poruchy školních dovedností (dyslexie, dysgrafie), pokud je rigidní a neuznává existenci takových problémů. Pokud je však autoritativní přístup spojen s arogancí a zbytečnou a nespravedlivou tvrdostí jen k některým žákům, můžeme hovořit o šikaně.

Autoritativně se může projevovat i učitel, který se ve skutečnosti nejistý slaboch, postrádající přirozenou autoritu. Jde pak o nevhodnou kompenzaci pocitů nejistoty. Motivem arogance může být i pocit moci, jímž se někteří učitelé nechají oslnit. Přetížené a neurotické pedagožky

jsou často nespravedlivé a mají své oblíbence a neoblíbence, kterým připisují veškeré prohřešky proti školnímu řádu a kázni ve třídě. I to je způsob nespravedlnosti v přístupu k žákovi.

Formy násilí ve škole jsou následující:

1. *Ponižování* je chování, které pokořuje, očerňuje a snižuje žákovu sebedůvěru cestou slovního napadání ve formě ironie, posměchu, vyzvedávání žakových slabostí apod.
2. *Diskriminace* je charakterizována chováním, které je zaměřeno vůči určitému jedinci nebo skupině jedinců pro jejich vzhled, pohlaví, rasu, socioekonomickou úroveň aj.
3. *Dominance* je chování, které ostře určuje pravidla styku, kontroluje, omezuje nebo potlačuje schopnosti dítěte, jeho sebedůvěru a samostatné myšlení.
4. *Destabilizace* je chování, jímž učitel zastrašuje dítě, pěstuje v něm úzkost a napětí.
5. *Distance* je chladné chování, které se vyznačuje odmítáním a nedostatkem sociální podpory, izolujícím přístupem, pěstováním nejistoty, lhostejnosti a nepozornosti k emocionálním potřebám žáků.
6. *Diverzní chování* je takové, kterým učitel rozrušuje a negativně ovlivňuje atmosféru třídy, např. preferencí určitých žáků.

Učitelé často pronásledují žáky, kteří jsou zvláštní svým vzhledem, nedostatkem motivace ke školní práci, tzv. špti, donašeči, žalobníci, děti tzv. obtížných rodičů (často se zajímají o dítě a žádají vysvětlení nebo se vůbec nezajímají), děti s různými handicapem, zejména děti neklidné, s tiky, mimovolnými pohyby apod.

Žáci: Agresivita se strany spolužáků do značné míry závisí na celkové konstelaci sociální skupiny - třídy a na její atmosféře. Jedním z důležitých faktorů je postavení žáka ve skupině (přijímán vs. lhostejný až odmítáný). Protože dítě stráví ve škole s jednou třídou zpravidla 9 let a není snadné z ní odejít, význam této sociální skupiny několikanásobně vzrůstá. Pokud není dítě v příznivé pozici, zasahuje to jeho prožívání i formování osobnosti významným způsobem.

Atmosféra třídy může být násilí nakloněna, když vedoucí pozici zaujmou žáci s agresivními způsoby chování a ti pak mohou snadno "infikovat" násilím i ostatní. Formy násilí se čerpají zpravidla z nevhodných TV programů nebo agresivních videoher.

Obětním beránkem bývají děti spíše introvertní (uzavřené), nejisté, citlivé, slabé a ustrašené, nestabilní, neobratné a neurotickými problémy. Problémy mohou mít i děti, které spolužáky nějak iritují nebo je i provokují pošťuchováním, posměšky či hrubostí a pak protestují proti odezvě spolužáků a jdou se ukrýt za autoritu učitele tím, že žalují a zkresleně líčí situaci. Neoblíbení jsou též "šplhouni", kteří nepomohou a neporadí méně nadanému nebo poněkud lehkomyšlnějšímu spolužáku a lakomci.

Jak poznat šikanované dítě:

- zhorší se ve škole
- nechce chodit do školy
- vyžaduje, aby pro ně rodiče chodili po vyučování
- ze školy se vrací hladové, i když si nosí svačiny
- začíná zadržávat v řeči
- nechce chodit ven
- je roztěkané
- ztrácí peníze, hračky a osobní věci
- křičí ze spaní
- má na těle modřiny, škrábance, popáleniny, řezné rány a boule
- pokouší se o sebevraždu.

Následky šikany: Jsou stejně jako u týrání v rodině akutní a pozdní. Akutní problémy souvisí s fyzickým i psychickým utrpením ve třídě, které doprovází strach ze školy. Ten se může manifestovat ranní nevolností, bolestmi hlavy a podobnými psychosomatickými potížemi. Pozdní následky se projevů sníženým sebevědomím, nedůvěrou k lidem, opatrnickým přístupem a podezíravostí. přecitlivělostí na domnělé pronásledování, pomluvy a křivdy. Postižení se mohou stát i sami tyrany a odreagovávají si tak těžké doby školy na např. podřízených. Jejich charakter se může pokřivit i tak, že se agrese a arogance stane jejich hlavním způsobem vnějšího projevu. To pozorujeme v případech, kdy se šikanující učitel stane nevhodných příkladem a žák se s ním identifikuje. Pokud zaměníme slova žák a učitel a nahradíme je slovy voják - velitel/ mazák, nadřízený - podřízený, sportovec - trenér, můžeme výše uvedené příčiny i následky přenést do světa dospělých s týmiž následky.

Projekt proti šikaně ve školách - PhDr. Kolář:

- V dotazníku se děti mohou anonymně svěřit, zda je někdo nešikanuje.
- Testování jsou učitelé, zda umějí rozeznat a řešit šikanu.
- Vyhodnocení dotazníků ukáže do jaké míry je šikana ve škole rozšířená
- Učitelé absolvují školení pro prevenci šikany.
- Ve třídách se o šikaně mluví v zavedených třídních hodinách a formou hry se odhalují její formy.
- Šikana se probírá v celé skupině dětí i učitelů, agresori si začínají uvědomovat důsledky svého chování, ostatní se od šikany distancují.
- Šikana na škole klesá, což dokážou opět anonymně vyplněné dotazníky.

ZAMĚSTNÁNÍ:

Projevy šikany na pracovištích se dělí na několik forem:

- Mobbing - představuje naschvály, nadávky a pomluvy mezi kolegy s cílem přimět oběť odejít z pracoviště. O mobbing se jedná, jestliže se na postiženého útočí aspoň 1x týdně a po dobu nejméně 1/2 roku. Agresory jsou kolegové nebo spolupracovníci v koalici s nadřízenými.
- Bossing - znamená šikanu a hrubosti šéfů vůči podřízeným s cílem zbavit se jich.
- Sexual harassment je veškeré úmyslné sexuálně motivované jednání, které uráží důstojnost zaměstnanců na pracovišti. Jde tedy o sexuální počínání, vybízení k němu, sexuálně motivované tělesné dotyky, výroky jednoznačně sexuálního obsahu apod.

Oběti a příčiny Vychází z atmosféry na pracovišti. Čím je pracoviště desorganizovanější, čím horší styl vedení, méně práce, nuda a jednotvárnost, čím větší konkurence a nebezpečí nezaměstnanosti, tím je atmosféra šikaně příznivější. Obětí se stávají zpravidla lidé schopní, zkušenější a kompetentní, fyzicky zdatní i přitažliví, rozhodní a nekonfliktní.

Lidé, kteří šikanují si zpravidla posilují své sebevědomí a dostali se do popředí zájmu.

Tvrdí se, že vystupují s přesvědčením "já jsem správný, ale ty ne". Mají smysl pro postižení šance a spolehlivě vyberou oběť. Ovládají také celou škálu šikanujících taktik. Stejně, jako neexistuje typická oběť, neexistuje typický tyran. Lze je však rozdělit do několika typů"

1. Strůjci - lidé, kteří vymýšlejí stále nové hanebnosti a nenechávají oběť ani vydechnout. Slubují si výhody nebo se zbavují vlastní frustrace. Jednají mnohdy sami, ale často hledají i spojence.

2. Náhodní pachatelé - svou šanci uchopí během bezvýznamného konfliktu. Tento spor přiživují až do chvíle, kdy jedna strana zvítězí. V tom okamžiku má vítěz dvě možnosti: buď ustoupit nebo slabšího zničit.
3. Spoluúčastníci - jsou opovržení hodní. Přidávají se ke strůjci nebo si jen nevšímají toho, co se děje.

Typicky ženské způsoby šikany:

- posmívání se kolegyni, při čemž terčem posměchu může být účes, postava, hlas, gesta apod.,
- "přiložení si polínka" do ohně bez toho, že by si dříve ověřila pravdivost vyřčených informací,
- štvání za zády oběti,
- znepokojování kolegyně neustálými narážkami, které nejsou nikdy konkretizovány,
- vystavení oběti neustálé palbě kritiky, vytahování jedné domnělé či skutečné chyby za druhou,
- kolegyně nedokončí jedinou větu, protože je neustále přerušována. Ať řekne cokoli, vždy je to špatně.

Typicky mužské způsoby šikany:

- ignorování kolegy, jakoby byl vzduch,
- systematické shazování
- místo argumentů je oběti vyhrožováno, a to i fyzickým násilím,
- cynické poznámky o způsobu života kolegy a jeho osobních stanoviscích,
- oběti jsou podsouvány stále nové a nevděčné činnosti, o jejich smyslu je postižený vědomě ponechán v nejistotě.

Kapitola VI.

PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY.

Druhá polovina XX. století se nese ve znamení zlepšování stravy, její kvantity i kvality. Kvantum i kvalitu potravy však nedoprovází adekvátní pohybová aktivita. S tím souvisí i pokrok v somatických ukazatelích u dětí a dospívajících - zvyšování výšky a váhy. V 50. letech to byl trend chvályhodný, vyrovnával nedostatky výživy během 2. světové války. Vzrůst zemědělské výroby pak sebou nesl určitou fetišizaci jídla. To vedlo postupně k přejídání se a postupně vzniká problém obezity.

Zdravotníci začínají volat po změně životního způsobu i stravovacích návyků. Oprávněně poukazují na přemíru tuku, cukru a škrobu v jídelníčku a nedostatek zeleniny, ovoce, ryb a bílého masa. Také omezená pohybová aktivita se řadila k nežádoucím projevům zvyšujícího se blahobytu. Televizní kultura, nárůst počtu automobilů, pasivní sportování (nejraději vzpírám půllitr) vedla k nárůstu onemocnění kardiovaskulárních a na prvním místě příčiny úmrtí se objevil infarkt myokardu.

Ve Středoevropském regionu je navíc staletá tradice spojená s názorem, že bohatý člověk je tlustý člověk. Kdo je hubený, není majetný.

Po roce 1990 se tento trend začal měnit. S pronikáním různých názorů na životní styl ze západní Evropy a USA se i u nás začaly objevovat požadavky zdravé výživy, možnosti sportovat a vůbec vypadat fit. Zároveň však se objevily soutěže Královen krásy a ukázky módy z renomovaných módních salónů.

V důsledku toho se poruchy příjmu potravy staly v posledních 10 letech značným problémem. Jejich nárůst do téměř epidemické podoby zavinil do značné míry trend štíhlosti až vychrtlosti, který prezentovaly královny krásy a top-modelky. K tomu přispěl ještě trend podobat se úspěšným západním podnikatelům a těm nejbohatším. Trend štíhlý a mladý = úspěšný přivádí zejména ženy k užívání různých “záračných” diet (nejvíce preferované), krémů a tabletek. Mnohé z nich nepřinášejí žádoucí efekt, naopak se po jejich vysazení dostaví tzv. jo-jo efekt (přibereme více, než jsme ubrali). Objevují se řady pacientek s diagnózou **záchvatovité přejídání, mentální anorexie a mentální bulimie**. Nejohroženější skupinou jsou adolescentní dívky a mladé ženy.

Záchvatovité přejídání:

Pochopit záchvatovité přejídání není jednoduché. Lidé musí jíst, aby přežili, ale často jí i z jiných příčin - aby byli společenšší, aby udělali někomu radost, z nudy, z nervozity, ze strachu, ze vzteku, pro potěšení. Reklama nabízí řadu pochutin, které nabízí atraktivní lidé a tak není divu, že lidé nemají v otázce vztahu k jídlu jasno.

Ještě nevíce pochopitelné jsou stavy přejídání u lidí s hypoglykemií, kteří mají velmi rychlou pasáž trávicím traktem spojenou s nadprodukcí inzulínu a důsledku toho i abnormálně rychlým poklesem hladiny krevního cukru. V důsledku toho se objevuje intenzivní pocit hladu, bolesti hlavy, zmatenost, porucha koncentrace pozornosti, ztráta paměti, nervozita, úzkost, deprese, skleslost a pod. Pomůže časté jídlo v malých dávkách, ale nikoliv sladkostí.

1) Záchvatovité přejídání z jiných, než biologických příčin charakterizuje to, že postižená osoba celý den myslí na jídlo. Téměř všechny pocity jsou vázány na jídlo - potěšení, očekávání, pocity viny, strach. Postižená osoba pokračuje v jídle i poté, co utišila hlad. Jiné zase nevyčutávají jídlo během záchvatu přejídání a konzumují často stravu nechutnou, jako konzervy, směsi na těsta apod. Při tom zpravidla nemají z jídla potěšení, ale po jídle cítí zahanbení, protože se neovládly. Často se zde vyskytuje pocit méněcennosti nebo pocit, že nemám dost síly, abych zvládla život. Doprovází je často závist ostatním, kteří situaci jídla zvládají.

2) Přejídání spojené s nutkavým dodržováním diet. Diety jsou buď střídány přejídáním spojeným se stresem nebo záchvat přejídání bez stresových příčin je střídán ještě přísnější dietou.

U obou typů řídí ženy svůj emocionální život podle pocitů vůči jídlu a tělesné hmotnosti.

Příznaky:

- tajně nakupuje a konzumuje jídlo,
- je zahanbená, pokud je spatřena při jídle,
- proklamuje dodržování přísné diety, při čemž zůstává dosti obézní (známka utajovaného jídla),
- konzumuje neobvyklé množství jídla, např. celé dorty,
- neustále jí, denně více než 3 jídla a svačiny,
- často jí, i když je zcela plná,
- reaguje jídlem na špatné nebo dobré zprávy,
- jí, když se nudí, když je nervózní, frustrovaná, rozzlobená, samotná,
- celý den si plánuje zcela nebo zčásti podle jídla (popř. tak, aby se jídlu vyhnula),
- má přátele, se kterými jí spojují aktivity související s jídlem,
- má zvláštní rituály související s jídlem (jí bez vidličky),
- bojí se zůstat sám s jídlem,
- má silné pocity viny a/nebo zahanbení vzhledem k potravinám a jídlu,
- střídá období těžkého přejídání s obdobími přísné diety,

- neustále se bojí, že bude tlustá.

Záchvatovitým přejídáním trpí v 85% všech případů ženy všech věkových kategorií. Někdy je to návykové chování z rodiny. Nezávisí na kultuře, rase ani jiných odlišnostech. Zdravotní rizika - obezita, vysoký TK, cholesterol, sklony ke kardiovaskulárním problémům, kloubní potíže. Obezita znamená více než 25% vyšší váhu, než je průměr.

Mentální anorexie:

Je to porucha charakterizovaná úmyslným snižováním hmotnosti, které si pacientka způsobuje a udržuje sama. nemoc je doprovázena podvýživou různého stupně s následnými endokrinními, a metabolickými změnami i poruchami tělesných funkcí. Ve svém důsledku může být letální.

Diagnóza je vcelku jednoduchá. Základním kritériem je BMI (Queteletův body mass index), který klesá pod 15. Snížení hmotnosti si pacientka působí sama tím, že se vyhýbá “kalorickým” jídlům, tekutinám (i vodě), užívá laxancia nebo diuretika a provokuje si zvracení. Tato dietní opatření doplňuje intenzivní tělesnou aktivitou a ku podivu se cítí lépe, je aktivnější a méně unavená a zdravá. Velmi typické je schovávání a zahazování jídla, ale tak, aby se na to přišlo (chleba za polštáři na gauči).

Možné průvodní znaky anorexie:

- ztráta 15 a více procent tělesné hmotnosti
- pravidelný denní příjem nižší než 1000 kcal,
- ztráta menstruace (běžný průvodní stav při hladovění, protože tělo si nemůže dovolit ztrácet živiny krvácením),
- odmítání udržet si minimální tělesnou hmotnost(snaha zhubnout i přes nízkou tělesnou hmotnost),
- jídlo je vnímáno jako nepřítel,
- pocit, že dieta ovládá celý můj život,
- neustálé cvičení, někdy i v noci nebo jinou zvláštní dobu,
- přecházení při jídle
- osoba hned po jídle odchází od stolu (nebo pokud byla donucena jíst), aby mohla zvracet či použít laxantia,
- záchvaty přejídání a/nebo období přejídání a následného pročišťování střídaná období hladovění,
- neustálá strach z přibývání na váze,
- dotyčná osoba si o sobě myslí, že je tlustá, i když jiní tento názor nesdílejí, má zjevně “normální” tělesnou hmotnost, při tom trpí utkvělou představou, že je tlustá,
- intenzivní strach z nadváhy, i když dotyčná není silná nebo dokonce zhubla.

Hlavním projevem je nevyvratné přesvědčení o vlastní obezitě, i když je dívka již kachektická.

V psychice dívek objevíme znaky přizpůsobivé, zodpovědné, perfekcionistické, zdvořilé, ctižádostivé osobnosti. Jsou prostě vzorné, hodné téměř předváděcí a často slouží jako vzor. Vypadají, jakoby postrádaly individualitu. Často je v pozadí i neuvědomovaný strach z dospělosti (odmítají otce, vidí v něm odporného živočicha - skrytá sexuální problematika) nebo podvědomý odpor k ovládnání se strany ostatních (často v důsledku nepřiměřených nároků rodiny). Anorektička má často i pocit výlučnosti a nadřazenosti nad ostatními lidmi. Triumfální pocit kontroly nad vlastním tělem jí dovoluje oddálit ostatní problémy.

S rozvojem anorexie se dostávají do konfliktu s rodiči a na jejich prosby reagují vztekem a lítostí.. Anorektičky se těsně vážou k matce, až se na ni “lepi”. Zajímají se o vaření a starají se , aby rodina jedla.

Zdravotní rizika anorexie:

- závratě,
- poruchy koncentrace pozornosti,
- podrážděnost,
- těžká nespavost,
- snížená citlivost v rukou a nohou,
- deprese - pocit beznaděje a zoufalství, který anorektička připisuje tomu, že není schopna zhubnout , ale kterýmá psychologické kořeny a zároveň je důsledkem špatné výživy,
- infekce, které se nehojí,
- podlitiny způsobené tím, že tělo má sníženou odolnost vůči poranění a také proto, že kosti nejsou obaleny tukem,
- nízká odolnost vůči chladnému počasí při ztrátě přirozené vrstvy tuku,
- tělo se pokryje vrstvou jemných cloupků, které mají chránit před chladem,
- nízký tlak
- nepravidelný srdeční tep,
- selhávání srdce,
- dehydratace (diuretika)
- slehání ledvin v důsledku dehydratace,
- snížení tělesná teploty,
- zapadlé oči,
- zešedlá nebo zažloutlá pleť, která má někdy tendenci praskat,
- suché, lámavé vlasy a nehty.

K terapii přichází zpravidla se zoufalými rodiči, kteří si neví s dcerou rady. Ta je zpravidla kachektická, nemá menstruaci a začíná se snižovat kvalita vlasů a pokožky. Je však stále přesvědčena, že je tlustá.

Terapie je svízelná a často neúspěšná. Mnohé anorektičky na podvýživu zemřely. Anorektičky nespolupracují, lžou (na váhu si berou např. konzervy do kapes a pod.), testují terapeuta a terorizují rodinu citovým vydíráním (když to nedostanu začnu hubnout).

Mentální bulimie.

Postihuje mladé ženy po dvacátém roce věku. Někdy v ni přechází do chronické M.A. Bulimičky nejsou tak bezproblémové osobnosti jako anorektičky, v rodině se objevuje i sociální patologie (alkoholismus). Jsou často extravertní, přátelské a vstřícné, nemají přílišné ambice, ale jsou závislé na hodnocení okolím. Vyskytují se však rysy k sebeovládání sebekontroly - když poruší režim má pocity viny. Bulimie se projevuje zachováním “žravosti” s následným masívním zvracením a průjmy vyvolanými projímadly.

Příznaky bulimie:

- záchvaty přejídání následované přísnou dietou, zvracením, užíváním projímadel, diuretik, klystýry nebo intenzivním cvičením,
- neustálý strach z tloušťky, i když tělesná hmotnost dotyčné osoby se pohybuje kolem průměru s odchylkou 5 kg směrem nahoru nebo dolů,
- strach, že nedokáže přestat jíst,
- strach jíst bez následujícího pročištění nebo jiné kompenzace,
- strach, že ztratí sebeovládání, pokud jde o jídlo,
- deprese,
- odsuzování sebe sama po záchvatu přejídání,
- nepravidelná menstruace,
- zvýšená kazivost zubů (kyselost zvratků),
- neobvyklé výkyvy tělesné hmotnosti,
- oteklé slinné žlázy (tvář má “veveří” nebo “syslí” výraz), závratě, bolesti.

Bulimie je stejně nebezpečná jako anorexie. Opakované zvracení vede k poruše v iontové bilanci a může vést k záchvatové pohotovosti, tetanii a srdečním komplikacím.

Některé zdravotní následky bulimie:

- únava
- bolest v krku,
- zvrhodovatělý jícen, evtl. protržení jícnu,
- kazivost zubů - kyselost zvratků,
- poruchy srdeční činnosti - nutriční nevyváženost, poruchy hospodaření s ionty,
- záněty slinných žláz - opuchlá tvář,
- suchá pleť následkem ztráty tekutin,
- exantém n. jiná vyrážka
- dehydratace,
- zácpa - souvisí s dehydratací,
- edém - zadržování vody v těle jako reakce na diuretika a zvracení,
- nerovnováha elektrolytů - nesprávné množství Na , K v organismu - křeče, ledviny, srdce,
- bolesti v břiše.

I terapie bulimiček je velmi obtížná a trvá léta. Nehrozí však akutní nebezpečí smrti.

Kapitola VI

ZÁVISLOST.

Drogy můžeme nalézt v lidské společnosti od pradávna, protože se jim často připisovala kouzelná moc, považovaly se za boží dary. Extatické stavy, spojené s halucinacemi, výkřiky a křečemi končící ztrnulostí či bezvědomím, vzbuzovaly vždy bázeň, a tím i respekt. Považovaly se za výsledek obcování s nadpřirozenou mocí a vidiny a sny za prorockví seslaná božstvem. Indické konopí se považovalo za vlasy boha Višnu, opium Řekům seslala bohyně země Deméter pro klidný spánek a bůh spánku se nazývat Morpheus (morfin). Podle islámu věnoval archanděl Gabriel proroku Alláhovi kávová zrna pro “potěšení srdce”. Také v

předkolumbovské Americe se užívaly rostlinné halucinogeny (psilocybin, mezcalin) jednak k vyvolání prorockých snů, jednak k omámení lidských obětí božskému hadu Xezotlovi. Listy koky dodnes žvýkají Andští Indiáni pro překonání pocitů únavy z pochodů ve vysokohorských podmínkách. Opium se stalo v Číně velmi populárním a vyvažovalo se zlatem.

Drogy se spojují též s čarodějnictvím a bylo zjištěno, že masti, kterými se tyto ženy mazaly o sabatu, obsahovaly drogy, které vyvolávaly halucinace letu a erotické zážitky.

Drogy se užívaly i zneužívaly, sloužily k odstraňování nepohodlných lidí nebo jako "inspirace" pro umělce (Fantastická symfonie A. Berlioze).

Byla tedy nejstarší drogy rostlinného původu. První syntetické drogy vznikly v 19. století - v roce 1875 heroin, původně jako expektorans, v roce 1881 kodein rovněž původně k tlumení kašle. Zneužíval se i kafr. V současnosti pak farmaceutický průmysl chrlí stále nové formy léků - analgetik, antidepressiv, anxyolytik, které se zneužívají buď samy, nebo slouží jako surovina pro výrobu drog.

Na rozdíl o všeobecného povědomí o přítomnosti dealerů drog před školami, skutečnost je taková, že děti si nabízejí drogy samy mezi sebou. Důvodem je zprostředkování prožité zkušenosti svým spolužákům. O "drogové scéně" vypovídá nejlépe výzkum ESPAD z roku 1995 na vzorku 3000 dospívajících.

Z tohoto vzorku nejvíce (22%) ZO užívá marihuanu, chlapci významně více než dívky. Zarážející skutečností je, že při porovnání dospívajících z ČR a jí geograficky a historicky blízkých zemí se zjistilo, že v ČR je podíl různě závislých jedinců několikanásobně vyšší. P.Pothe(1999) uvádí tyto skutečnosti:

- Mezi českými chlapci a dívkami je výrazně vyšší podíl těch kteří udávají časté pití alkoholu, a to nejen piv, ale i destilátů. Jejich počet je až 3x vyšší než na Slovensku a v Maďarsku.
- Zkušenost s marihuanou má u nás 2x více chlapců než na Slovensku a 5x více než v Maďarsku.
- Zkušenost s LSD je to 3x častější u nás než ve jmenovaných zemích.

Co se také fetuje, zejména při tanci:

- Dominuje alkohol 97,8%
- Prozatím nejvíce marihuana 91,9%.
- Tabák - 90,5%
- Kofein nabývá na oblibě, ale je drahý - 79,8%
- Z tanečních drog se u nás nejvíce užívá PMMA a PMMA, které jsou výrazně toxičtější než jiné typy. První úmrtí bylo zaznamenáno v 70. letech v Chicagu, v 90. letech pak začala zabíjet u nás. Nejhorší je kombinace s extází. Podobně nebezpečná je droga 4-MTA - rovněž letální v kombinaci s jinou látkou. DOM je droga, která má tzv. "slabý" nástup a proto vede k opakovanému užití a tím se zvyšuje nebezpečí předávkování. Ve srovnání s DOB - je letální ve velmi malém množství. Nebezpečí DOB znamená rozrušení a halucinace, popř. bezvědomí po užití. Nutno volat RZP, jinak hrozí smrt. Mezi taneční drogy patří i GHB - tekutá extáze - velmi nebezpeční v kombinaci s alkoholem a jinými drogami. Extázi bere 66,9%.
- LSD - 45,2%
- Lysohlávky - 43,0%
- Pervitin - 40,6%
- Za zmínku stojí nitráty - "poppers", která se prodávají jako afrodisiaka v lahvičkách. Inhalují se a lze tím navodit záchvat euforie, nekontrolovaného smíchu a hučení v hlavě. V kombinaci s jinými látkami velmi nebezpečné a také letální nebezpečí u kardiovaskulárních chorob - 35,1%

- Kokain - 32,1%. - hodně bohatší mládež, gram stojí kolem 1500,- Kč.
- Pod 20% jsou to amfetamiony a benzodiazepiny.
- Pod 10% pak ketamin, heroin, rozpouštědla.

VZNIK DROGOVÉ ZÁVISLOSTI.

Návyk vzniká v okamžiku, kdy jsme se vzdali původních životních perspektiv.

Drogou rozumíme chemickou látku přirozenou nebo syntetickou, která ovlivňuje psychiku člověka, zejména jeho náladu, vnímání, chování a stav vědomí.

Drogová závislost je určena přáním, touhou, potřebou či nutkáním užívat drogu. Je doprovázena tendencí ke zvyšování dávek na základě psychické či somatické závislosti či obojí závislosti na droze.

Závislost dle MKN 10 se vyznačuje:

růstem tolerance k droze,
odvykacími příznaky při vysazení
potížemi s kontrolou dávkování
déletrvající neúspěšná snaha o odvykání,
hodně času věnuje shánění drogy
zanedbávání jiných potěšení
užívání substituce přes známá rizika.

Pokud nalezneme aspoň 3 znaky, jedná se o závislost.

Psychická závislost znamená duševní stav, který se projevuje se různým stupněm nepotlačitelné touhy užívat psychotropní substanci pro její euforizující, stimulující nebo také tlumivý či halucinogenní účinek. Psychická závislost vzniká určitým druhem “návykové paměti”, která umožní vytvoření v CNS “cesty” a posléze “dálnice”, po kterých probíhají informace o účincích substance. Přání zažívat znovu opojení je původcem vzniku psychické závislosti - bažení - craving.

Somatická závislost znamená, že se organismus droze přizpůsobil a zabudoval ji do svého metabolismu tak, že tento bez substance nemůže dobře fungovat, což je původem abstinčních příznaků.

Klinické znaky somatických abstinčních příznaků:

Znaky aktivace:

Stupeň 1: vyražení potu, zvýšená dráždivost, třes, rozšíření zornic, zvýšené reflexy, nevolnost, zvracení průjmy.

Stupeň 2: zmatenost, horečka, vysoký TK, bušení srdce.

Stupeň 3: psychotické znaky, poruchy vědomí, poruchy srdečního rytmu.

Stupeň 4: záchvaty křečí, šok, ztráta vědomí až kóma, ohrožení života.

Tlumivé znaky:

Stupeň 1: zákal vědomí - zmatenost, somnolence, spavost.

Stupeň 2: zákal vědomí - kóma, pokles TK

Stupeň 3: kóma s ochrnutím dýchání.

Stupeň 4: poškození mozku, postupně bez reflexů, schází obrana vůči bolesti, pokles dechové frekvence, pokles TK, pokles tepu, ohrožení života.

Uvedené příznaky vyvolávají velmi nepříjemné pocity a vedou k opakovanému požití substance, aby byly odstraněny. To buduje bludný kruh abusu substancí..

V případě pouhé somatické závislosti nejsou příznaky tak tristní a lze je pomocí léčby během 3-4 týdnů překonat. Psychickou závislost někdy překonat nelze, může přetrvávat celý život.

Vznik drogové závislosti ovlivňuje řada podmínek:

- **Typ, charakter a dostupnost drogy:**

Typy drog jsou:

1. Alkohol - snadno dostupný i nezletilým v samoobsluhách či supermarketech.
2. Opiáty - morfin, heroin, kodein, braun - dostupné zejména pro zdravotníky, na diskotékách a u překupníků.
3. Kanabinoidy - marihuana, hašiš - velmi snadno dostupná marihuana i samostatným pěstováním na tajných políčkách.
4. Sedativa a hypnotika - v různé lékové formě - přístupná buď volně prodejná, popř. na lékařský předpis. Byla v minulosti předmětem krádeží v lékárnách, protože některá jsou surovinou pro výrobu např. Pervitinu.
5. Stimulancia- kokain, kofein, amfetamin, psychoton, pervitin, metamfetamin, efedrin, a jejich lékové formy - hůře dostupné, spíše přes překupníky, poměrně finančně nákladné.
6. Halucinogeny - LSD, trip, MSDMA, extáze, mezkalin, psilocybin, lysohlávky - až na poslední uvedené hůře přístupné, poměrně nákladné.
7. Tabák - snadno dostupný i pro nezletilé.
8. Těkávé látky - aceton, nitrobenzen, toluen, trichloretylen, benzin - moc nejsou populární, snadno dostupné v každé drogerii.
9. Jiné formy závislosti - PC hry, INTERNET, hrací automaty - snadno přístupné.

Každá z těchto drogových skupin má jiné účinky a užívá se v různých formách. Obliba jednotlivých skupin drog se mění - tzv. drogová scéna. Při srovnání oblíbenosti drog 1990 a nyní je patrná posunem k tvrdším drogám. V roce 1990 byly na prvním místě těkávé látky, různá analgetika a jejich kombinace s alkoholem, nebarbiturátová hypnotika a sedativa. V současnosti je to marihuana, heroin, kokain, extáze. Snižuje se též věk drogově závislých až k 8 letům. První dávku většinou nabídne spolužák, kamarád nebo dealer v podobě bonbónu (marihuana) nebo olizovací nálepky (extáze). V minulosti se mezi drogově závislými pěstoval směnný obchod - substance za recept či určitý počet balení léků. V současnosti se požaduje platba v penězích a drogově závislý potřebuje měsíčně několik tisíc a ž desítek tisíc na drogu. Důsledkem je růst kriminality od prostituce až ke krádežím a násilným činům.

- **Struktura osobnosti drogově závislého jedince:** Neexistuje typ osobnosti, který by zaručoval odolnost proti droze. Jsou však mezi námi více disponovaní jedinci a jsou jim společné některé znaky osobnosti, které je za vhodných podmínek k závislosti přivedou. Ohroženy jsou jednak děti z disharmonických rodin, děti s poruchami vývoje, s neurotickými problémy, precitlivělé, vegetativně labilní, s nízkým sebehodnocením, psychicky nezralí, emocionálně labilní, nespokojení, neúspěšní, se slabou vůlí, trpící bolestmi, poruchou osobnosti.
- **Sociální prostředí:** Prostředí, ve kterém člověk žije má na jeho vývoj a formování důležitý vliv. Značný vliv má postoj bezprostředního okolí k drogám. Tyto vlivy můžeme rozdělit na vycházející z: rodiny, od vrstevníků, ze školy a zaměstnání, z partnerského vztahu. Také sociální minority jsou ohroženy - nejistá sociální pozice.

Rodina může být na jedné straně konfliktní, zanedbávající, stojící na okraji společnosti, jejíž členové jsou alkoholicí, toxikomani, delinkventi a vůbec obtížně přizpůsobiví jedinci. Na druhé straně to může být rodina velmi mohovitá s nedostatečnou pozorností a emocionální podporou, kterou věnuje svým dětem. Mohou to být i mentálně reatardované děti nebo dospělí. Rodina může být i spořádaná a funkční, ale dítě nebo její jiný člen se dostane pod vliv party. Rizikovým faktorem je také náhlé přerušování vztahů v dětství a mládí (nemoc, smrt v rodině, přestěhování, rozvod, nový rodič apod.)

Vrstevníci dokážou významně ovlivnit chování zejména dospívajících, Ti u nich hledají porozumění a pochopení a podporu svého sebevědomí. Vezme-li takový dospívající drogu, cítí se hrdinou a domnívá se, že dospěl. Často se může stát, že dostane dávku drogy, aniž o tom ví, protože mu ji nabídnou ve formě nápoje či cukrovinky (marihuana).

Škola a zaměstnání se může podílet na vzniku drogové závislosti zejména, kdy je člověk neúspěšný, šikanovaný, s nízkým sebevědomím, nestačí nárokům. Podnětem se může stát i ztráta zaměstnání. Některé profese jsou ohroženější než jiné, a to zdravotníci, umělci, vědci, zaměstnanci věznic, policisté, podnikatelé, barmani, číšníci, kuchaři, zaměstnanci čistíren, studenti a žáci.

Partnerský vztah se podílí nespokojeností, sexuálním nesouladem, špatným porozuměním, konflikty, rozvodovou situací, napodobením partnera.

- **Spouštěcí faktory:** Jsou faktory, které uvádějí do vztahu drogu, osobnost a prostředí a tím spouští závislost. U mladých lidí a dospívajících může být takovým mechanismem pocit prázdnoty, nuda, chuť něco zkusit, neschopnost se přizpůsobit společenským požadavkům a podmínkám a jejich změnám, strach z reálného života. Často se setkáváme i se snahou “vypadat dospěle” nebo nezadat si před partou vrstevníků. U 80% budoucích toxikomanů se na jejich návyku podílí úzkost, pocity nejistoty. Muži jsou zranitelní v oblasti úspěchu v zaměstnání, ztráty zaměstnání, konkurence, existenční starosti, problémy v sexuální aktivitě. Ženy přivádí k závislosti spíše nespokojenost v manželství, citové a sexuální problémy, problémy s dětmi a chronická únava. Někdo hledá v droze únik před problémy, jiný nová vzrušení, protože je přesycen běžnými požitky (majetek, zábavy, oblečení, šperky, cestování apod.).

- **Fáze vývoje návyku:**

Euforické počáteční stadium:

- + lehký přístup k droze
- + zmizí úzkost, uvolnění, omámení,
- + vzrůstající sebehodnocení,
- + “zvýšené sebevědomí”

Kritické stadium navykání:

- + zmírnění účinku i když dávka drogy stoupá,
- + konflikty v zaměstnání a ve škole,
- + zúžení zájmů,
- + finanční problémy,
- + poruchy sebehodnocení.

Stadium návyku, závislosti:

- + ztráta kontroly nad drogou a dávkou,
- + pokles pracovní schopnosti ve škole nebo v zaměstnání,
- + kriminalita, vyřazení ze společnosti,
- + změna osobnosti, abstinenční příznaky,
- + tělesné problémy.

Chronické stadium rozkladu:

- + úbytek snášenlivost drogy,
- + neschopnost zaopatření peněz,
- + zchudnutí,
- + bezdomovectví,
- + opuštěnost, zanedbanost,
- + těžká tělesná onemocnění
- + psychický rozklad.

Typy závislostí a jejich důsledky.

WHO dělí typy závislosti na:

STIMULANCIA:

konopný typ

amfetaminový typ

halucinogenní typ

kokainový typ

SEDATIVA:

opiátový typ

benzodiazepanový typ

barbiturátový/alkoholový typ

nikotinový typ.

1. ALKOHOL.

Alkoholismus patří k nejrozšířenější formě toxikománie a mluvíme o ní v okamžiku, kdy se požívání alkoholu staně nebezpečným osobě či společenství nebo oběma prvkům. Alkohol se svým účinkem blíží látkám s hypnotickým účinkem. Stupeň alkoholové intoxikace se řídí množstvím alkoholu v krvi, udávaném v promile. Alkohol má vlastnost návykové drogy, a proto se s nevinného užívání stává škodlivé užívání - abusus a vzniká závislost jak psychická, tak i somatická. Navíc má alkohol, tak jako i ostatní drogy teratogenní účinek - tzn. že poškozují plod, protože prochází placentou.

Opilost je především ovlivnění nervového systému nerozloženým alkoholem a jeho toxickými účinky:

Podle množství požitého alkoholu se pak rozlišují tyto typy opilosti:

0,5-1,5 promile - lehká opilost

1,5-2,5 promile - opilost středního stupně

nad 2,5 promile - těžká opilost resp. otrava alkoholem.

Tyto hodnoty jsou pouze orientační, každý člověk reaguje jinak a má jinou snášenlivost alkoholu.

Kvalitativně se opilost může dělit na následující typy:

1) Akutní opilost nebo prostá (ebrietas simplex): Její stupeň a projevy závisí na množství a koncentraci vypitého alkoholu, na jeho snášenlivosti konkrétním jedincem a na rychlosti, s jakou je určité množství alkoholu vypito. Dále zde působí i to, zda byl člověk před pitím alkoholu lačný či najedený, zda jen seděl či se pohyboval a v jaké tělesné a duševní kondici byl. Intoxikace pak probíhá čtyřmi stadii: excitačním, hypnotickým, narkotickým a asfyktickým. U různých lidí se opilost může projevat veselím, depresí, zlostí, agresí, jízlivostí. Záleží na povaze konkrétního člověka.

b) Komplikovaná opilost (ebrietas complicata): Jedná se o abnormní stupeň opilosti, která se vyznačuje dlouhodobým a silným psychickým vzrušením, výraznou proměnou projevů osobnosti, podrážděnou náladou a následně opileckými "okénky" - palimpsesty (člověk si nepamatuje, co dělal).

c) Patická opilost: Vyskytuje se poměrně zřídka. Je doprovázena mráкотným stavem, zmateností, halucinacemi a sklonem k patologickým reakcím a jednání. Pod vlivem patické opilosti se člověk může dopustit i násilného trestného činu. Paticky opilý člověk vypadá navenek jako střízlivý, protože se nekymácí a jeho projevy a činy pak vypadají jako nemotivované.

Typy alkoholismu:

typ alfa: dočasná psychická závislost

typ beta: nadměrné, avšak nepravidelné pití, víkendový, příležitostný, společenský piják.

typ gama: ztráta kontroly nad alkoholem, časté středně těžké až těžké omámení.

typ delta: zřídka opilý, zřídka střízlivý, trvalá impregnace.

typ epsilon: kvartální piják.

Následky alkoholismu:

Somatické: Nejčastěji je to jaterní cirhóza, záněty a zvětšení jater. V nervovém systému se objevují polyneuritidy (záněty nervů), atrofie mozku. U mužů se objevuje snížení až ztráta potence, která vede ke vzniku žárlivcových bludů. U těhotných dochází k poškození plodu.

Psychické: Velmi bohatý rejstřík problémů a poruch, zejména vnímání, paměti, zvyšuje se únavnost a emocionální labilita, dochází ke snížení a pak i ztrátě zájmů a znalostí, ubývá pohotovosti a duševní svěžesti. Chybí takt a schopnost chápat problémy druhých, dochází k celkovému zhrubnutí jednání s agresivními prvky. V posledních dvou stadiích se střetáváme s delirantními stavy - delirium tremens, Korsakovovou psychózou, alkoholickou demencí a halucinózou.

2. OPIÁTY: * morfin, heroin (hérák, háčko), kodein (káčko), braun (běčko, špína).*

Vyskytují se zpravidla v práškové formě (bílá až tmavě hnědá) jako tablety nebo roztok (braun, ampule morfinu). Psychická i somatická závislost vzniká velmi rychle a abstinenci příznaky jsou velmi těžké. Jejich zálužnost spočívá v tom, že se mohou objevit až několik hodin po abstinenci. Užívají se kouřením, šňupáním a injekcemi.

Opiáty navozují zklidnění, uvolnění a bezstarostnou náladu, odstraňují napětí a bolest a navozují celkový psychický i fyzický útlum. Jejich účinek je příjemný. Po užití drogy pozorujeme stav omámenosti, zpomalené reakce, poruchy koordinace, zpomalené reakce a zúžení zornic (špendlíková hlavička), dojem opilosti. Chronické užívání doprovází stálý výtok z nosu, vodnaté oči, bledá kůže, vyhublost. Po těle jsou četné vpichy, často zanícené. Nálezy opálených kousků alobalu, ohořelé lžičky, bílý nebo hnědý prášek v obálce, zabalené "psaničko", jehly, stříkačky.

Rizika: Následkem předávkování útlum dýchacího centra a smrt. Při zneužívání celkový úpadek osobnosti ztráta zájmů, trestná činnost. U mužů poruchy potence, u žen poruchy menstruačního cyklu a v těhotenství prostoupí drogy do placenty - rodí se děti závislé na droze. Vážně poškozuje mozek, žíly a játra, Při injekční aplikaci riziko žloutenky a AIDS.

3. KANABINOIDY: * marihuana (tráva, rostlinky, marjánka), hašiš (haš).*

Vyskytují se ve formě listů, semínek, kousků tmavohnědé pryskyřice (hašiš), jako temná olejovitá kapalina (hašišový olej), někdy ve formě cukrovinek, nápojů a pečiva.

Užívají se kouřením (joint, smotek, dýmka) nebo ústy (cukrovinka, odvary).

Po užití se může objevit celá škála projevů od mírné euforie až po halucinace. Nejčastější je nepřirozená veselost nebo rozjařenost. Doprovází zrychlený puls, zvýšený chuť k jídlu.

Objevují se tzv. "plovoucí oči s rozšířenými zornicemi (tmavé brýle), pot páchne po spálené trávě. Chronické užívání vede k poruchám nálady, poruchám paměti, prodloužení reakčního času, chronické záněty spojivek a sliznic, zhoršená koordinace pohybů a časoprostorová orientace. Za volantem může být příčinou dopravních nehod. Objevují se flashbacky - opakování příznaků i po dlouhodobé abstinenci. Substance se ukládá do tukových tkání a z nich se po dlouhou dobu vylučuje.

Rizika: Joint je mnohokrát více karcinogenní (3 - 4 krát více dehtu v jednom jointu než v 1 cigaretě). 3 - 4 jointy se rovnají 20 cigaretám. Dým z jointu se také hlouběji vdechuje a více zadržuje v plicích než u cigaret. Do plic se tak dostane o 40% více dehtu než z běžné cigarety. Hrozí zejména karcinom plic. K tomu se připojuje zhoršení postřehu a koncentrace pozornosti, riziko postižení plodu nebo narození dítěte závislého na droze, poruchy

krvetvorby. Dále i pokles mužských hormonů, impotence u mužů, neplodnost u žen. “ Z nadaných dělá průměrné, z průměrných hloupé a z bojovníků poražené”.

4. SEDATIVA A HYPNOTIKA: * sedativa, antidepressiva, anxyolytika, analgetika, hypnotika, barbituráty.*

Užívají se jako tablety nebo injekční formou, Jako tablety často v kombinaci s alkoholem. Po užití se dostaví pocit uvolnění, ve vyšších dávkách celkový psychický i somatický útlum. Je patrné celkové zpomalení psychických a fyzických projevů, typická je setřelá řeč, “knedlíkový jazyk”, otupělost, ospalost, lhostejnost, apatie, opilé vzezření.

Rizika: možnost předávkování s následnou těžkou otravou, bezvědomím a smrtí způsobenou útlumem či ochrnutím dechových center v mozku. Objevují se bolesti hlavy, deprese, úzkost a sklony k agresi. Při náhlém vysazení je zde riziko epileptických záchvatů(zejména u barbiturátů).

5. STIMULANCIA * kokain,(koks, prášek, crack), kofein (káva) , amfetamin, metamfetamin (led, krystalky), psychoton, pervitin (pěčko, piko, perník), efedrin. Taneční drogy éčko, pilule, ADAM, Ecstasy, XTC. DOM, DOB, PMA. PMMA, 4-MTA.

Jsou ve formě tablet, prášku (nejčastěji bílý) nebo krystalků. Užívají se šňupáním (kokain), injekcemi. Po užití se objeví zrychlené dýchání, rychlejší tepová frekvence, stoupne krevní tlak, pocení, třes, neklid, sucho v ústech, rozšířené zornice. Při dlouhodobém užívání se objevuje chronický výtok z nosu, poškození nosní přepážky (kokain), vácčky pod očima, hubnutí. Dále se prohlubuje neklid. Přidává se nespavost, úzkost, přecitlivělost na světlo, “stíha” - paranoidně- halucinatorní syndrom (vztahovačnost, pocit pronásledování), agresivní tendence, svědění, štípání a pocity lezoucího hmyzu pod kůží. Po vysazení se objevují deprese, spánek.

Rizika: Dávky se nezvyšují, ale užívají se tytéž dávky častěji. Pocity pronásledování až stihomam, poruchy paměti, agresivita, halucinace. Možnost selhání srdce a smrt po předávkování.

Extáze:Po zvýšeném výdeji energie následuje únava nebo deprese, pokud se nedodá dostatek tekutin i smrt. Může se dostavit toxická psychóza, při které člověk ohrožuje sebe i okolí.

6. HALUCINOGENY *LSD (kyselina, acid), trip (směs halucinogenů), MSDMA (extáze), mezcalin, psilocybin, lysohlávky (houbičky).*

V distribuci se objevují jako malé papírky (lízátka) napuštěná tekutinou či gelem s různými obrázky (vodka, videohry apod.).Dále se objevují jako tekutina (čaje a odvary z přírodních drog), prášek (drcené sušené houby) lysohlávky z nichž se vaří např. smaženice nebo se jí syrové, v tabletách a kapslích (extáze).

Užívají se ústy, zřídka jiným způsobem. Po užití způsobují poruchy vnímání všech smyslů nebo některých z nich, vznikají halucinace, hlavně zrakové. Vnímají se tzv. psychedelické barvy (viz. v umění 60. let), předměty surrealisticky zkreslené. Mohou být doprovázeny sluchovými halucinacemi v podobě zvuků, ale i hlasů. Mohou být příjemné, ale i trýznivé a mučivé. Působí změnu v prožívání reality, vlastní osoby a nálady. Pozorujeme rozšířené zornice, zrychlený puls, zrudnutí v obličejí, někdy překotná aktivita.

Rizika: špatně se odhaduje dávka. Poruchy sebeovládání, možnost “nemotivovaného” jednání pod vlivem halucinací, flashbacky(až po dvou letech od posledního užití). Po odeznění halucinací může přetrvávat deprese vedoucí k suicidálnímu jednání. Je nebezpečí zhoršení nebo vzniku vážné psychické poruchy ve smyslu schizofrenie.

7. TABAKISMUS * nikotin. *

Velmi snadno dostupná substance, poměrně cenově levná, k dispozici i v řadě domácností zcela volně. Vyskytuje se jako cigarety, doutníky, dýmkový, šňupací a žvýkácí tabák. V současnosti jsou módní doutníky, v minulosti se hodně šňupalo, kouřily se dýmky.

Při užívání je velmi důležitý společenský aspekt. Až na výjimky, každý kouření zkusí, ale ne každý u něj setrvá. Bývá prezentováno jako znamení dospělosti, zajímavosti, protřelosti a světáctví. Po nástupu psychické závislosti nastupuje vzápětí nebo zároveň i somatická závislost. Kouření může zpočátku vyvolávat nepříjemné gastrointestinální příznaky, ale ty u části populace brzy pominou nebo se vůbec neprojeví. Uvádí se i odlišný tvar chuťových pohárků u kuřáků a alkoholiků. Návyk se dělí na lehký - 5 - 7 cigaret denně, střední - do 20 cigaret denně a těžký - nad 20 cigaret denně.

Rizika: Jde o kombinované riziko jednak nikotinu - vazokonstrikce, záněty trávicího systému, žaludeční vředy, poruchy hlasivek, plicního epitelu, jednak dehtu a dalších karcinogenů, které spolu s nikotinem vnikají do organismu. Je prokázána přímá souvislost mezi karcinomem hrtanu, plic, hlasivek s kouřením. Je prokázána i závislost mezi kouřením a infarkty myokardu a ictem.

Jako přídatné účinky pozorujeme nezdravou barvu pleti, předčasné stárnutí pleti a vrásky.

8. TĚKAVÉ LÁTKY * toluen, trichloretylen, benzen, benzin (jít pod hadru).*

Jde o různá ředidla, zčásti zcela běžně dostupná v drogeriích. Distribuce v láhvích, plechovkách nebo sprejích. Vzniká psychická závislost. Typické pro méně majetné toxikomany.

Užívají se vdechováním přímo z nádoby či pod napuštěnou textilii (hadr). Aby se účinek zvětšil, přetahují si přes hlavu polyetylenové sáčky, nebo se zakrývají silnější textilii - dekou, zimníkem. Z toxikomana táhne zápach po chemikáliích, má vyrážku v obličeji, opilé, zasněné vzezření, zanedbaný vzhled.

Riziko: Nejsnadnější možnost předávkování s následnou těžkou otravou a útlumem dýchacích center, což může mít smrtelné následky. Možnost udusit se po silnou látkou či v polyetylenovém sáčku (zůstal pod dekou). Při chronickém zneužívání jsou postižena játra, mozek, plíce, krvetvorba, je zhoršení paměti a zvýšená únava.

9. JINÉ FORMY ZÁVISLOSTÍ * gamblerství, PC hry, Internet.*

Gambleři:

Závislost na hazardních hrách není záležitostí nové doby. Hazardní hry existovaly a zároveň s nimi se opakovaně objevují tytéž problémy - ztráta majetku, ztráta přátel, bankrot, suicidium nebo trestná činnost (Puškin: Piková dáma). Hrál se s kostkami, kartami, na různých deskách. V minulém století se přidala ruleta a podobné mechanické hry, jako koně, psi, vlaky. Na ně navazují v moderní době hrací automaty.

Automaty se dělí na *zábavné a výherní*. U zábavných strojů si člověk kupuje čas, takže se vlastně o hazard nejedná. Přesto i ony mají svá rizika a mohou navodit závislost, která se projeví prodloužením času, který člověk u automatu tráví na úkor zaměstnání, školy, zájmů, rodiny. U disponovaných jedinců může blikající stroj vyvolat epileptické záchvaty.

U výherních automatů si hráč kupuje výhru a proto o hazard jde. Výherní automaty se někdy dělí na "lehké" a "těžké" podle výše vkladu. Toto dělení je jen zdánlivé, protože pojem velikost vkladu je zcela individuální (pro někoho je 20 Kč moc, pro někoho nic). Důsledky hráčské vášně jsou stejné bez ohledu na "těžkost" automatu.

Hrát lze i v Kasinech, která jsou přístupná všem, ale vyžadují vyšší vklady a proto mohou člověka zruinovat mnohem rychleji. Počáteční vyšší výhra, kterou kasina dokážou “zařídít” navodí psychickou závislost a gambler je na světě (rulety, Back jack a pod. lze různě nastavit, aby vyhrávala herna a ne hráči). Hráčská vášeň se prohlubuje seznamováním se s různými “zaručenými” systémy výher a postupů, jak “rozbít bank”. Takové úspěchy se sporadicky objeví, ale kolují pak ve formě hráčských legend po kasinech na celém světě. Tak posilují v gablerech touhu po hře. Majitelé kasin a heren tvoří klan s vlastními pravidly jednání a rozdělení teritorií.

Sportovní sázky jsou jednak různé sázkové hry jako Sazka, Sportka, Mates, sázení na dostizích. I poměrně nevinné hry, jakými byly a jsou Sazka, nebo byl Mates, dokážou vytáhnout z kapes lidí stovky korun týdně v naději na některou z cen, nyní posílenou i Jackpotem. I V Sazce existovaly různé rozpisy, které měly zaručit vrácení vložených peněz. Sázení na dostizích je nákladnější záležitost a je napojena i na podsvětí struktury.

Karetní hry jsou známy od starověku, ale ne každá karetní hra je hazard. Karty v mírné podobě rozvíjí i pozornost a myšlení. Stanou-li se však jediným zájmem člověka a hraje-li se o peníze, je to hráčství. Jde o hry jakými byl Faraó, je Poker, Oko, Pod hromádky, 21, Mariáš. Hazardní karetní hra byla i zdrojem obživy hráčů, kteří různými triky dokázali obehřát “křeny” a zajistit si slušné, byť nejisté živobytí (viz různé příběhy z Divokého Západu).

Kostky: Jde rovněž o velmi starý typ hazardu, oblíbený mezi vojáky, protože kalíšek a kostky se vešel do kapsy a ke hře stačil buben. Byly různě upravovány, aby padala je nejvyšší čísla.

Skořápky a jim podobné hry: Skořápkáři jsou organizováni v podsvětích klanech a hbitostí rukou při přemísťování “skořápek” dokážou obehřát naivního člověka. U nás se rozmohly hodně mezi léty 1990 - 1993. Nyní již nejsou moc vidět.

Tři fáze návyku:

a) Fáze výher - občasná hra přináší zábavu a uvolnění až do chvíle, kdy přijde skutečně velká výhra. Pak se připojí touha ji zopakovat a začne se snít o “rozbití banku”. Počátek závislosti.

b) Fáze proher - jde již o chorobné hraní a hráč myslí jen na hru. Občas se pokouší přestat, ale bez úspěchu. Hru financuje z úspor a hru tají před rodinou i blízkými lidmi. Začíná si vypůjčovat, a půjčky nevrací. Rodinný život začíná být v krizi, hráč se stává podrážděným, bezohledným a uzavírá se.

c) Fáze zoufalství - pověst hráče je poškozena, přichází první žaloby, ale hráč není schopen nehrát. Opakovaně prohrává. Své potíže svádí na druhé a začíná být zoufalý. Je osamocen, rodina se rozpadla a hráče opouští. Časté jsou suicidální pokusy nebo vznik závislosti na drogách, což situaci ztěžuje.

Tři fáze nápravy:

a) Fáze kritičnosti - hráč poctivě hledá pomoc a získává naději. Přestává hrát a chladnokrevně provede inventuru finančních závazků. Na jejím základě vypracuje splátkový kalendář a vrací se do zaměstnání.

b) Fáze znovuvytvoření - Začíná splácet dluhy, plánuje jasně a věrohodně náhradu škod a nahlíží na sebe reálně. Vznikají nové zájmy a záliby, získává zpět důvěru přátel i vlastní rodiny. Stanovuje si kvalitní cíle.

c) Fáze růstu - přestává myslet na hru, rozumí sobě i druhým a je schopen vcítění. Nachází nový smysl života.

Ohrožení jsou všichni, ale nejvíce dospívající, muži (podnikatelé, a s vysokými výdělky), profesionálové (croupieři, číšníci, majitelé heren).

PC hry:

Rozvoj osobních počítačů přinesl mnoho pozitivního. Pestrá nabídka soft ware umožňuje snadné zvládnutí různých oborů, počínaje psaním textů, účetnictvím až po navrhování strojních součástí, domů apod. S profesionálním využíváním PC však vznikly i hry. Nadšení

rodičů byla nesmírné. Jejich nezvládatelní výrostci a i mladší děti seděly jako “pipinky” a nezlobily. Mnohá matka vydechla úlevou a začala mít dostatek času na sebe i domácnost. Žel důsledky již nebyly tak radostné. Nadšení se postupně začalo měnit na ostražitost a brzy se začalo hovořit o novém typu závislosti. Děti trávící hodiny před magickou obrazovkou se začaly hůře učit, ztratily zájem o osobní hygienu, jídlo, kamarády. Neústupně vyžadovaly stále jiné a složitější hry. Problémem se stávalo i násilí ve hrách obsažené. To přinášelo dětem s různými problémy pocity všemohoucnosti a nadvlády. Vědra a potoky krve, hory násilí, používání rafinovaných zbraní a úspěch daný počtem usmrcených lidí či zvířat podmanily některé děti natolik, že zatoužili chovat se tak i v reálném životě. Již před 15 lety se objevovaly v odborné literatuře varovné články o nárůstu násilí a dětské zločinnosti na straně jedné a ztrátě zájmů a vyšších cílů na straně druhé pod vlivem videoher.

Děti samy přiznávají, že k počítači utíkají ze dvou důvodů:

1) Cítí se odstrčeny a nepochopeny rodinou a ostatními dospělými a videohry jim dodávají sebevědomí, cítí se hrdiny.

2) Cítí se ohroženy reálným světem a ve videohrách nalézají únik např. před šikanou . Při odejmutí počítače a her se objevují abstinenční příznaky typu vzdoru, agrese, útěku z domova ke kamarádu, který počítač má, krádeže peněz nebo cenných věcí, aby si mohli pořídit nové hry nebo počítač.

INTERNET:

Znamená velké možnosti, ale zároveň velká nebezpečí. Kontaktem klávesnicí a myší se dostává člověk do světa virtuální reality, který může snadno nahradit svět reálný. Virtuální svět si můžeme ovládat sami, přizpůsobit si jej, když nás ohrožuje, tak ho prostě vypnout. Pomocí Internetu můžeme cestovat, listovat encyklopediemi, zadávat reklamu a prohlížet si nabídky zboží, ba i nakupovat. Může zažívat netušená dobrodružství, ba nabízí se mu i různé požitky v běžné společnosti nedostupné, ba tabuizované. Může si změnit vlastní totožnost, a to zcela beztrápně, může si změnit svůj vzhled i vlastnosti, majetkové poměry a může se brouzdat v síti vztahů k jedincům , kteří rovněž, osamělí se svou klávesnicí, putují světem w.w.w. Prostě INTERNET se jeví jako svět neomezených možností.

Nyní, krátce po jeho zavedení, se však ukazují i možná nebezpečí. Introvertní lidé komunikují s PC a zejména s webovými stránkami namísto s lidmi. Ztrácí se kontakt se skutečností a ta pak internetového surfera může nečekaně zaskočit. Počítač má podobné účinky jako alkohol. Umožňuje vstoupit do světa fantazie, uvolnit se a ztratit zábrany. člověk zamilovaný do obrazovky ztrácí normální lidské kontakty, rodinu, zaměstnání a oddává se světu nereálnému, virtuálnímu.

Podle nejnovějších výzkumů AAP je 6% Američanů používajících internetových stránek skutečně závislých vč. abstinenčních příznaků. Mezi těmito 6% přiznává 83%, že “svou dávku” dostanou v okamžiku zapnutí programu, 68,5% by rádo se svou závislostí něco dělalo. Omezit užívání Internetu se pokusilo 79% závislých, ale dostavily se klasické abstinenční příznaky. Většina závislých potřebuje volně surfovat dnem i nocí (78%), probírat se elektronickou poštou (75%), závislost na internetových hrách uvádí 62% a na povídání s ostatními 57% osob. Závislost na Internetu je častou příčinou rozvodů. Typickým ohroženým člověkem je muž ve věku od 25 do 35 let, vzdělaný, finančně nezávislý, s dostatkem volného času, který začne trávit u počítače. Vznikla i společnost Interneters Anonymous (Obdoba Alcoholics anonymous).

Podezření na jakoukoliv závislost:

Varovným signálem je vždy změna vztahu k lidem, finanční problémy a přesvědčení, že vzniklou závislost má daný jedinec pod kontrolou. Dále se objevuje náhlá nebo pozvolná změna chování nebo nálady, podrážděnost, ztráta iniciativy, pokles zájmů, ztráta přátel, zanedbávání osobní hygieny a péče o oděv, nápadnosti v odívání, vyhledávání samoty,

vzdalování se z domova, pozdní návraty, odmítání autority, odmítání pravidelné školní docházky, odkládání povinností zájem o farmakologii a nápadně hluboké znalosti z chemie, návštěva diskoték, party ve sklepích a opuštěných domech, undergroundové koncerty a zájem o podobné formy umění.

Nejisté příznaky: Vyčerpanost, zvýšená potřeba spánku nebo poruchy spánku (špatně usíná, budí se), nechutenství nebo “vlčí hlad”, nevolnosti, žaludeční potíže, zarudlé oči, sucho v ústech, okoralé rty, změny v průměru zornic, “plovoucí oči”.

Jisté příznaky: Nález drogy, akutní otrava drogou (opilost, stavy opojení), nezvyklá činorodost, mnohomluvnost, povznesená nálada vs. nápadný útlum, deprese, záchvaty nepřiléhavého smíchu nebo pláče, porucha motoriky, desorientace, omyly v rozpoznávání osob, poruchy vědomí, infikované vpichy po injekcích, zápach po těkavých látkách či spálené trávě, drmolivá řeč, grimasy v dolní části obličeje.

Formy pomoci:

Na pomoc lidem s různými formami závislosti existují v podstatě dva směry pomoci:

A) Profesionální - léčba v odborných zařízeních nemocničního či sanatorního typu pomocí farmakoterapie, psychoterapie s pomocí ergoterapie a rehabilitace. U nás je neznámějším Skálův model léčby alkoholiků, který známe z filmu “Dobří holubi se vracejí”. V odvykání kuřáctví existuje síť poraden, které nabízejí různé žvýkačky, nálepky a psychoterapii. Při drogových závislostech se využívá i režimové léčby a náhrady za drogu - Methadon.

B) Různé nadační formy pomoci - streetworkeri, dobrovolná sdružení (Alcoholics anonymous, Gamblers anonymous), Drop-in centra, laičtí terapeuti (zpravidla vyléčení toxikomani). Všechny a další sdružení využívají anonymitu a bezprostředního styku se závislými jedinci k tomu, aby jim nabídli nejen možnost čistých stříkaček a náhradní drogy, ale i mnohem významnější pomoc při odvykání.

Kapitola VIII.

ORGANICKÉ POSTIŽENÍ CNS.

Organické postižení CNS se v širším smyslu definuje jako strukturální poškození nebo funkční porucha. Může vzniknout jako **následek mechanického poškození mozkové tkáně**: úrazem, nádorem, otravou, infekcí. Metabolickými změnami. Degenerativním onemocněním nebo poruchou vývoje mozku.

Postižení mozkové tkáně mají společné rysy bez ohledu na typ a způsob vzniku. Tomuto souboru symptomů se říká **organický psychosyndrom**.

Psychické následky jakékoli poruchy CNS závisejí na:

- 1) **Na době vzniku**, tj. na věku, resp. Dosažené vývojové úrovni nemocného.
- 2) **Na dispozicích nemocného a jeho celkovém zdravotním stavu.** Pokud má člověk další zdravotní problémy je zranitelnější a následky poškození bývají těžší a hůře se kompenzují.
- 3) **Na typu postižení a jeho závažnosti**, tj. na tom, zda jde o lokalizované či difúzní postižení.
 - **Lokalizované poškození** určité oblasti se může projevit specifickou poruchou jedné nebo dvou, tří funkcí, ostatní schopnosti jsou intaktní.
 - **Generalizované poškození** je důsledkem komplexnější poruchy dané kumulací drobných lézí či narušením nervových vláken, roztroušených po celé n.s. Následky takových postižení zasahují např. celou oblast kognitivních procesů a většinu jejich složek.

8.1.1. Specifičnost organického postižení CNS v dětském věku.

V dětském věku rozhodují o následcích onemocnění či úrazu CNS vývojové faktory.

Proto se mohou lišit jejich projevy v ranném dětství od projevů v pozdějších fázích dětského vývoje a v dospělosti. Příčiny odlišného reagování lze shrnout do dvou bodů:

- Nervový systém se během vývoje dítěte postupně rozvíjí a dozrává. Zároveň se rozvíjejí a dozrávají i určité psychické funkce. Pokud je CNS zasažena během vývoje, jsou poškozeny nejen psychické funkce samotné, ale i **jejich další vývoj**. Čím je postižené dítě mladší, tím jsou jeho schopnosti a dovednosti méně zafixované a tím závažnější problémy v jejich dalším vývoji nastávají. Poškození CNS v prenatálním a perinatálním věku znamená velmi závažné narušení neuropsychického vývoje.
- Na druhé straně je nespornou výhodou dětského věku **větší plasticita mozku** a s ní související větší možnosti kompenzace různých poškození alespoň zčásti. Určitá míra adaptability přetrvává do dospělosti a ani v tomto věku není lokalizace neměnná a nenahraditelná.

Pokud dítě nedospělo do věku, ve kterém se dané kompetence rozvinou, nelze jejich postižení zjistit. Teprve až dítě dosáhne určitou vývojovou úroveň, lze nedostatky v kompetencích dítěte odhalit. To se týká dětí do 8. roku věku. Tyto problémy jsou nejasné zejména rodičům, kteří si daný jev nedovedou vysvětlit a obviňují odborníky z nedbalé péče.

Psychické následky jakéhokoliv postižení CNS v dětství závisí na tom, zda je postižení lokalizované či generalizované.

- Mozek dětí do 5-6 let je ještě poměrně málo diferencovaný. Proto u lokalizovaných poškození můžeme pozorovat **přesuny lokalizace určité funkce**, schopnost kompenzace ztraceného centra jiným. V dětském mozku sice určitá specifikace je, ale centra jsou difúznější. S tím souvisí i další zvláštnost, že poškození určité oblasti může vyvolat individuálně odlišné projevy .
- Generalizované poškození sebou nese mnohem závažnější důsledky. Je zpravidla zasažen další celý vývoj. Do 3. roku života dítěte je pravděpodobně zasažena kognitivní oblast schopností, po 3. roce se zpravidla jedná o dílčí problémy (poruchy pozornosti, psychomotorické tempo).

8.2. Klinické projevy organického postižení CNS.

Poškození CNS úrazem nebo onemocnění se může projevit velmi pestrým obrazem změn v jednotlivých psychických funkcích a jejich integraci. Zatímco některé mozkové funkce jsou předem naprogramovány, jsou jiné lokalizovány učení resp. podmiňováním do určitých oblastí mozku (Dörner a Plog, 1999).

Z hlediska školského a profesního zaměření je důležité stanovit rozsah změn v **kognitivních funkcích**, zejména vyšetřením jejich profilu. Nezbytná se analýza **typického způsobu emočního prožívání, motivace a pohotovosti k určitému způsobu reagování**. Ze sociálního hlediska považujeme za důležité narušení **adaptačních kompetencí**, které komplikuje nebo brání schopnosti plnit běžné povinnosti a požadavky, které vyplývají ze sociální role nemocného.

Organický psychosyndrom je souhrnem porucha a nápadností jednotlivých psychických funkcí, jejich regulace a integrace.

Odchytky v emočním prožívání.

Komplex změn v této oblasti lze chápat jako **narušení emocionální kontroly**. Pacienti s poškozením CNS bývají nápadně dráždivější, přecitlivělí, dysforicky ladění, trpí afektivními výbuchy nepřiléhavé situaci, jejich nálady nápadně kolísají. Pacienti mají sníženou frustrační toleranci, jsou málo odolní vůči jakékoliv zátěži, přikládají banálním problémům větší význam, než ve skutečnosti mají. Emoční problémy jsou podmíněny **postojem nemocného k hlavnímu problému a reakcí na celkové změny** v jeho životě, **premorbidní typ reaktivity**.

Změny kognitivních schopností.

Jde o změny v příjmu, zpracování a uchování informací. V případě generalizovaných poruch může dojít i k poškození inteligence, k úbytku této schopnosti – **demenci**. U dětí se to projeví stagnací ne retardací psychomotorického vývoje. U lokalizovaných poruch se častěji setkáváme s dílčími poruchami poznávacích procesů, tzv. **lokálními psychosyndromy**. Všechny tyto problémy chápeme jako důsledek narušené integrace a koordinace jednotlivých složek.

- **Percepční poruchy** se projevují neschopností nebo obtížemi diferencovat jednotlivé podněty, které jedinec vnímá a správně je interpretovat. Jde o dvojí proces.
 - Jde o neschopnost integrovat jednotlivé detaily vnímaného jevu, předmětu do jednoho celku. Ten pak pacient vnímá jako množinu vzájemně nesouvisejících detailů.
 - Vrozená či získaná neschopnost poznávat – člověk určitý objekt vidí, ale nepoznává ho. Obvykle se jedná od **dysgnozii**, vzácněji o **agnozii**.

- Poruchy percepční diferenciace mohou souviset i s poruchou **selekce a s tím související organizací zpracování informací**. Takový člověk není schopen vnímat předlohu, pokud je rušen např. šumem nebo pokud je předloha složitější. Tyto problémy musíme odlišit od předcházejících.
- **Poruchy pozornosti a paměti** jsou citlivým ukazatel funkčního stavu mozku. U **pozornosti** může jít o labilní pozornost, neschopnost koncentrace, neschopnost rozdělit pozornost a přenášet ji na více podnětů nebo činností. Na jedné straně pak pozorujeme neschopnost věnovat se jedné věci po určitý časový úsek, na druhé pak ulpívavost na jedné situaci. V každém případě je **narušeno poznávání reality**. Narušení **paměti** se může projevit obtížemi ve **vybavování** vzpomínek nebo poruchou **vstíplivosti** nových poznatků. V souvislosti s bezvědomím se setkáváme s **amnésií**. Ta může být **retrográdní** (na další dobu) a **anterográdní** (na dobu před úrazem).
- **Poruchy zpracování informací**. Postižení CNS se často projevuje poruchou plynulosti a tempa zpracování informací. Zpomalení tempa vede k ulpívavosti, omezení flexibilitnosti a rigidnosti v myšlení. Myšlení se může stát v důsledku poruchy pozornosti rozbíhavé nebo zabíhavé. Takto postižení lidé nejsou schopni využívat své kompetence v běžném životě, nejsou schopni plánovat a organizovat myšlenkové operace. Tyto problémy zasahují profesní a studijní kompetence, vedou k narušení sebehodnocení a porozumění realitě.
- **Poruchy řeči** (fatické poruchy) jsou častější u lokalizovaných postižení řečových center. Jedná se o poruchy **expresce nebo recepce**, tj. vyjadřování či porozumění řeči. V řečovém projevu může dojít k omezené schopnosti těchto dvou základních funkcí – **dysfázii**, vzácněji k jejich ztrátě – **afázii**.

Poruchy motoriky.

Organické poškození vede zpravidla k částečným ztrátám v oblasti pohybových dovedností – **dyspraxiím**. Jde o poruchu plánovat a provádět určité pohyby, a to buď jednou či několika končetinami. Může se projevit i neschopnost nebo částečná porucha koordinace pohybů v rámci smysluplné činnosti. V oblasti mluvidel hovoříme o **dysartrii**

Změny v oblasti chování.

Nejčastěji se jedná o poruchy autoregulace, poruchy aktivační úrovně a z toho plynoucí problémy v sociální adaptaci a styku.

- **Odchytky aktivační úrovně** se projevují nápadnou změnou psychomotorického tempa a reakčních časů. V dětském věku se tyto poruchy označují anglickým termínem **ADHD** (attention deficit hyperactivity disorder), v MKN ji nalezneme po dg F90.1 – Hyperaktivní porucha jednání a pozornosti. Děti postižené touto poruchou jsou nápadně neustálou aktivitou, neschopností zabývat se jednou činností, přebíháním od věci k věci, od tématu k tématu Jejich řeč bývá překotná až k nesrozumitelnosti. K obrazu poruchy patří i impulzivní emoční reaktivita, zbrkllost a neschopnost odhadnout důsledky svých činů. U dospělých se setkáváme spíše s **hypoaktivitou**, která není tak nápadná. Laická veřejnost ji často zaměňuje s leností a neochotou.
- **Změny v oblasti plánování, kontroly a regulace chování**. Je opět dvojího typu. Buď se jedná o **rigiditu a ulpívavost**, neschopnost akceptovat změny v okolí a

přizpůsobit se jim nebo o **neschopnost tlumit svou aktivitu**. Druhá možnost je častější u dětí, u nichž ještě nedošlo k dojrání schopností **diferencovaného útlumu** v čelních lalocích.

- **Adaptační potíže v sociální oblasti.** Jsou u lidí s postižením v CNS časté a působí problémy v soužití. Takoví lidé mají velmi omezenou schopnost adekvátně reagovat, vhodně se zachovat. Výsledkem je jejich izolace.

Průběh a prognóza postižení CNS záleží na tom, zda jde o **proces stacionární nebo progresivní**. Prognóza je zpravidla horší v případě progresivních procesů. U stacionárních problémů se může v některých případech, očekávat i mírné zlepšení stavu.

8.3. Typy postižení a onemocnění CNS.

8.3.1. Infekce CNS.

Výskyt a příčiny vzniku.

Infekční onemocnění je vždy vyvoláno infekčním agens - virem, bakterií. Reakce na infekční agens může vyvolat postižení různých orgánů člověka včetně mozku. Záněty CNS můžeme rozdělit na **meningitidy** (infekční záněty mozkových plen) a **encefalitidy** (infekční zánět mozku). Oba procesy ve svých důsledcích mohou poškodit mozek různými způsoby – nedostatek prokrvení, změna metabolismu mozku, edém mozku. V současnosti lze tyto nemoci úspěšně léčit antibiotiky. Většina nemocných se uzdraví, ale stoupá počet těch, kterým zůstanou následky.

Fáze infekčního onemocnění.

Infekční onemocnění probíhá ve třech fázích:

1. **Fáze akutního onemocnění.** Vysoké teploty, stavy bezvědomí nebo delirantní stavy, vyčerpanost, bolest hlavy.
2. **Fáze krátkodobých následků.** Infekční choroba přetrvává několik týdnů až měsíců po odeznění akutní fáze. Obvykle se můžeme setkat s poruchami pozornosti, vizuomotorické obtíže. Pacient chápe, že jde o důsledek nemoci a vyrovnává se s ním celkem bez problémů. Okolí ale může mít problém s rozsahem požadavků, které může na pacienta klást.
3. **Fáze dlouhodobých následků.** Mohou se objevit týdny i měsíce po vyléčení. Mezi tím se může pacient jevit jako zcela zdravý. Případné problémy nemusí vždy pacient spojovat s prodělaným onemocněním.

Klinické projevy.

Postencefalický syndrom, tj soubor následků infekčního onemocnění zahrnuje celou škálu problémů různých psychických funkcí. Vzhledem k tomu, že následky infekčních onemocnění CNS patří do kategorie generalizovaných poškození, jsou tyto problémy nespecifické a v souladu s věkem a premorbidní osobností pacienta individuálně variabilní.

- **Změny v oblasti emočního prožívání** se projevují zvýšenou dráždivostí a labilitou, přecitlivělostí a sklony k výbušným reakcím, někdy agresivního charakteru.
- **Poruchy poznávacích procesů.** V této oblasti jsou rizikové zejména děti do 3 let. Vlivem encefalitického onemocnění se může další rozumový vývoj dítěte zpomalit nebo zcela zastavit. Typické jsou poruchy paměti. Teprve od 7-8 let můžeme počítat s tím, že se poruchy kognitivních funkcí budou podobat následkům dospělé populace.
- **Nápadnosti v chování.** Nejčastější je změna aktivity ve smyslu hyperaktivní poruchy jednání a pozornosti nebo hypoaktivní spojená se zpomaleným a utlumeným chováním.

Pro adekvátní rehabilitace je nezbytné poznat hranice možností postiženého pacienta. K tomu slouží výsledky specializovaných vyšetření neurologických a psychologických.

8.3.2. Nádory mozku.

Nádorové onemocnění je typické lokalizovaným, neregulovaným patologickým bujením určité, v tomto případě, mozkové tkáně.

Výskyt a příčiny vzniku.

Mozkové nádory mohou postihnout kteroukoliv část mozku. Mohou být **benigní nebo maligní, operabilní či inoperabilní**. Podle toho, jakého jsou typu a v které části mozku se objevily se stanoví jejich prognóza, event. následky, které bude léčba mít. Dětské nádory jsou jiné než u dospělé populace a proto je jejich prognóza i následky odlišné. Nádory mozku postihují nepatrné zlomky procenta populace.

Mozkové nádory mohou poškodit mozek různě. Nejvíce škod působí zničení mozkových buněk přímo nádorem nebo chirurgickým zákrokem, útlak buněk, zvýšený nitrolební tlak. Míra poškození závisí na věku, rozsahu a vývojové úrovni pacienta.

- **Ložiskové postižení** se řídí lokalizací nádoru v mozku, V současnosti existují jemné neinvazivní metody, které dokážou velice přesně lokalizovat (funkční MR). Projevy ložiskového postižení mohou určitou dobu progredovat, než se podaří zjistit příčiny změn, kterou progrese nádoru sebou nese.
- **Generalizované potíže** souvisí se zvýšením nitrolebního tlaku, omezením zásobováním krví a kyslíkem, otokem mozku. Průběh těchto poruch může být náhlý i plíživý. Počátek potíží je nejčastěji: bolesti hlavy, vertigo, kolapsové stavy, zvracení, neklid, podrážděnost, změny v chování, horší pozornost, někdy i zhoršené vidění, nejistá chůze apod.

Průběh nádorového onemocnění mozku.

Můžeme rozdělit o 3 fázi:

1. **Fáze počínajících potíží** před stanovením diagnózy se podobají generalizovaným potížím při onemocnění. Jsou často velmi neurčité a obecně náležejícím únavě, přepracování, reakci na stres nebo počínajícím banálním infekcím. Významu nabývají při extrémní délce trvání obtíží nebo zvyšování jejich intenzity.
2. **Fáze stanovení diagnózy a léčby** představuje pro nemocného i jeho rodinu velké trauma, protože z hlediska laické veřejnosti patří k nejobávanějším diagnózám spojeným s očekáváním fatálních následků. Proto se u nemocných s nádorem mozku a jejich rodin setkáváme s řadou obranných mechanismů.

3. **Fáze vymezení dlouhodobých následků a postupné úpravy stavu.** Různé problémy přetrvávají až u 1/3 nemocných. Tyto následky jsou jak v oblasti **somatické** (zastavení růstu, ochrnutí, předčasná puberta), tak i **psychické**, které zasahují kognitivní, emoční i konativní projevy. Obecně je tolerance změn u těchto nemocných značná, ale péče o ně hodně vyčerpává.

Klinické projevy ponádorových stavů.

Ponádorové obtíže diferencujeme podle oblasti psychiky, kterou zasahují.

- **Změny v oblasti emočního prožívání.** U pacientů může nastoupit otupělost, emoční plochost až vyprahlost, která se podobá charakteristikám poruch osobnosti. Pacient může být apatický, nemotivovaný. Na druhé straně se může objevit zvýšená dráždivost, erupitivnost až agresivita.
- **Změny v kognitivních funkcích.** Patří k velmi častým a nejobvyklejším následkům mozkových tumorů. Nejčastěji jde o poruchy paměti a pozornosti. Podle lokalizace se objevují expresivní a receptivní poruchy řeči, problémy v grafomotorice a čtení. Objevují se různé dyspraxie a poruchy koordinace. Celková úroveň mentálních funkcí může degradovat nastupující demencí, u dětí různými stupni mentální retardace. Projevy úbytku schopností v kognitivní oblasti může být vcelku nenápadné, projevuje se jen jako snížení schopností, pomalost a neobratnost.
- **Změny v chování.** Je zde vysoké riziko neadekvátního reagování a jednání nepřiléhavého situaci

8.3.3. Úrazy hlavy.

Úrazy hlavy jsou charakteristické mechanickým poškozením mozkové tkáně a dalšími sekundárním důsledky, které vznikají zpravidla jako reakce na toto poškození.

Výskyt a příčiny vzniku.

V současné době jsou nejčastějšími zdroji úrazů hlavy dopravní nehody. Celkově tvoří úrazy hlavy necelé jedno procento populace, ale závažné je, že část z nich má dlouhodobé či trvalé následky. Ohrožené skupiny obyvatel jsou zejména děti a staří lidé. Mezi dětmi jsou úrazy hlavy častější u chlapců, protože mají sklon k rizikovějším typům chování. U starých lidí je ve hře jejich váhavost, pomalost a neobratnost v pohybech i kognitivních procesech.

Typy poškození mozku při úrazech hlavy.

Poškození mozku lze dělit podle toho, zda se jedná o:

- 1) **Primární poškození** vlivem úrazu jako jeho bezprostřední následek. Jde o mechanické poškození mozkové tkáně, poškození cévního systému (krvácení) nebo přerušení zásobování krví některé části mozku.
 - **Komoce** tj. otřes mozku patří k lehčím následkům úrazů mozku. Jedná se zpravidla o krátkodobé funkční postižení bez trvalejších následků. Může být doprovázen kratší změnou nebo ztrátou vědomí. **Postkomoční syndrom** je soubor subjektivních potíží, které u některých komocí mohou přetrvávat. Jedná

se zpravidla o bolesti hlavy, poruchy spánku a koncentrace pozornosti, vyšší únavnost, vegetativní obtíže. Ty mohou přetrvávat relativně dlouhou dobu.

- **Kontuze** tj. zhmoždění mozkové tkáně různého rozsahu, edém, krvácení. Vzniká vlivem nárazu nebo zpětného nárazu mozku o lebeční kost. Může vzniknout i po fraktuře lebečních kostí. Nejčastěji je náraz veden na čelní a spánkovou oblast. V některých místech může mít náraz i letální následky.

- 1) **Sekundární poškození** se rozvíjí až po úrazu. Jsou to poškození vzniklá krvácením do mozku, prosáknutím mozku, nedostatečným zásobováním krví a kyslíkem – ischemie, hematomy, edém, infekce. Poškození je výsledkem útlaku mozkových buněk, nebo celého mozku, Podle toho pak jsou následky typu lokalizovaného nebo generalizovaného poškození. Ischemie jsou zdrojem obzvlášť nebezpečných poškození, protože mozek je na přívod kyslíku citlivý (souvisí i např. s pre- a perinatální hypoxií a jejich následky u novorozenců).
- 2) **Rozsáhlá poškození** mají za následek stav, který se obvykle nazývá **apalický syndrom** nebo **perzistentní vegetativní stav**. Během tohoto stavu pacient nereaguje na korové úrovni, ale má zachovány vegetativní funkce a reaguje reflexně – žvýká, mrká, zívá, může otáčet hlavou. Později se může obnovit uchopovací reflex. Tento stav může trvat od několika týdnů po léta. Pokud se nedostaví zlepšení v intervalu 6-12 měsíců je prognóza mnohem horší. Je důležité, aby v období zlepšování stavu byla přítomna vztažně důležitá osoba, která adekvátně reaguje na podněty pacienta. Následky apalického stavu jsou vždy těžké, často vedou ke snížení inteligence, částečné obrně a nesoběstačnosti pacienta. U dětí je naděje na podstatnější zlepšení větší.

Průběh reakce na úraz hlavy.

Můžeme ji rozdělit do 3 fází:

- 1) **Fáze akutní** bývá spojena s bezvědomím.
- 2) **Fáze krátkodobých následků** – jsou to následky, které vymizí během 1-3 měsíců, jsou to přechodné problémy.
- 3) **Fáze dlouhodobých následků** je spojena s přetrváváním problémů po dobu jednoho až několika let. Pokud nedojde do 3-5 let k úpravě porušené funkce, nelze její obnovu očekávat v plném rozsahu. U dětí se často dlouhodobé následky objeví až v období, kdy se patřičná kompetence má objevit a objeví se v narušené podobě (specifické poruchy učení). U dětí je také významná délka bezvědomí. To které trvá více jak 24 hodin má zpravidla závažné a nereparabilní následky u většiny dětí a také snížení intelektových schopností.

Všechny problémy, které jsou s úrazem spojeny a další vývoj člověka po úrazu jsou založeny na typu jeho osobnosti, předchozích kompetencích a schopnostech – premorbidního stavu osobnosti..

Klinické projevy poúrazových stavů.

Mohou velmi pestrý obraz, který je výrazem hojení mozkové tkáně – jizvením a rozsahem poškození mozku úrazem i rozvojem poúrazových sekundárních problémů. Jednotlivé problémy zařadíme do skupiny psychických projevů:

Změny v emočním prožívání.

Jsou dány jak poškozením samotným, tak i průběhem procesu vyrovnávání se změněnou životní situací. Zvýšená dráždivost, popudlivost a dráždivost je spíše následkem zhmoždění určitých oblastí mozku (frontální a temporální). Souvisí s vyšší unavitelností a menší odolností proti zátěži. Deprese, úzkosti a dysforie souvisí spíše s procesem zvládnání nové životní situace.

Poruchy kognitivních funkcí.

Různorodost kognitivních funkcí vede k pestrému obrazu jejich poruch v důsledku úrazu hlavy.

- K typickým projevům patří **porucha koncentrace pozornosti**, která doprovází i poměrně lehké úrazy. Ta se často spojuje se snadnou unavitelností.
- **Poruchy paměťových funkcí** bývají spojeny s amnézií, která se vyskytuje prakticky u všech úrazů. Narušena bývá výbavnost starých a vstřípivost nových poznatků .
- **Poruchy v oblasti zpracování informací.** Jsou výsledkem narušení předchozích funkcí. Poškození v oblasti čelních laloků vede k neschopnosti plánovat a samostatně organizovat činnost – není zde schopnost zacházení s časem a rozdělování aktivit. Vstup informací a jejich zpracování je poznamenán také centrálními problémy vnímání. Tok informací je omezen, jeho zpracování zpomaleno. Typická je také neschopnost rozdělování pozornosti mezi více podnětů a neschopnost složitějších a komplexnějších reakcí.
- **Poruchy řeči** jsou zpravidla jen dílčí. Dochází ke zpomalení tempa řeči, obtížné výbavnosti slov a tím narušení plynulosti verbálního projevu. Řeč může být dysartrická. Vzácně se objevuje úplná afázie, tj. neschopnost pochopit řeč a vyjádřit se. Může vzniknout sekundární dyslexie, dygrafie a dysortografie.
- **Snížení intelektových schopností** pozorujeme u závažnějších úrazů s dlouhodobým bezvědomím nebo apalickým syndromem.

Změny v chování.

Se projevují zejména **neschopností kontrolovat a regulovat** své chování. Jsou často impulzivní a neovládají se, mohou být agresivní, bezohlední. Jejich chování je narušeno, i když pravidla slušnosti znají. Nápadná je i **změna a narušení psychomotorického tempa**. Pacienti bývají častí ulpívaví, rigidní.

Změny osobnosti.

Ve srovnání s premorbidním stavem můžeme pozorovat menší svědomitost a odpovědnost, nedostatek taktu a ohleduplnosti, egocentrismus, vyžadování okamžitého splnění svých přání a požadavků.

Motorické poruchy.

Jsou charakteristické **ochrnutími**, nejčastěji typu hemiparéz nebo hemiplegií – jde o postižení hybnosti jedné poloviny těla. **Dyspraxie** znamená narušení schopnosti plánovat a provádět známé pohyby, používat správně známé předměty nebo takovou činnost napodobovat.

Faktory ovlivňující závažnost a přetrvávání poúrazových potíží.

- **Rozsah, závažnost a lokalizace poranění. Hloubka a délka ztráty vědomí a s ní spojená amnézie.** Hloubka vědomí se hodnotí podle různých stupnic, např. Glasgowské. Amnézie má vliv na obnovu paměťových a poznávacích funkcí. Nepříznivým faktorem je poúrazová epilepsie.
- **Premorbidní zdravotní stav i úroveň psychických funkcí.** Záleží na tom, zda byl před úrazem zdravotní stav člověka výborný nebo narušený. V druhém případě lze očekávat těžší následky a komplikace.
- **U dětí záleží následky úrazu na stupni zralosti CNS.** Při úrazech je nečastěji zraněna oblast frontální a temporální. Tato oblast se vyvíjí po celé dětství, proto jsou důsledky zranění v dětském věku závažnější. U dětí se nejčastěji setkáváme s poruchou koncentrace pozornosti (ADHD) nebo s neschopností rozdělovat pozornost (školní věk). Následky úrazů u dětí se mohou projevit až ve věku, kdy se od nich očekává např. schopnost samostatného rozhodování nebo organizace činností. Časté jsou též specifické poruchy školních dovedností – dyslexie, dyortografie, dysgrafie, dyskalkulie. Tyto neschopnosti však nejsou rodiči spojovány s úrazem a děti mohou být přetěžovány nebo obviňovány s lenosti.
- **U dětí předškolního věku jde častěji o generalizovaná poškození** a s větší pravděpodobností může dojít ke zpomalení až zastavení dalšího psychického vývoje zejména v oblasti rozumových schopností. Jde o tzv. **Kennardův princip – při zastavení intelektového vývoje** může jejich úroveň s věkem postupně a nenápadně klesat, pozorujeme, že se dítě v mentálních funkcích zhoršuje.
- **Na dosažené vývojové úrovni závisí i přetrvávání poúrazových potíží,** a také míra úpravy stavu. U dětí předškolního a mladšího školního věku je zlepšení rychlejší a s lepší prognózou než u dětí starších.

8.3.4. Epilepsie.

Epilepsie je chronické postižení mozkové tkáně, které se projevuje opakovanými záchvaty různého charakteru, které vedou ke změnám v oblasti prožívání, uvažování a chování, s motorickými projevy a poruchami vědomí.

Výskyt a příčiny vzniku.

Epilepsií trpí asi 2% dětské populace a asi 5% má alespoň jeden záchvat za život. Mezi dospělými tvoří epileptici jen zlomek procenta. Četnost výskytu u dětí je dána nezralostí dětské CNS a větší pohotovostí reagovat epi záchvatem.

Příčiny vzniku jsou multifaktoriální a často se zde setkáváme s genetickou dispozicí.

Můžeme diferencovat:

- **Idiopatické, často geneticky podmíněné záchvaty,** které nemají přesně stanovenou příčinu. Často ji nelze odhalit, protože ložisko může být extrémně malé. Její projev je individuálně specifický. Začínají zpravidla mezi 2. – 14. rokem.
- **Symptomatické záchvaty** mají známou příčinu i přesnou lokalizaci. Nejčastější příčina vzniku je trauma, infekce, nádorové onemocnění. Je mnohem závažnější, její prognóza je méně příznivá. Spouštěčem záchvatu mohou být různé vnější podněty, únava nebo stresová situace.

Epileptický záchvat vzniká jako následek abnormálních a nadměrných výbojů mozkových buněk, které jsou změněny. Tyto výboje se rozšíří na ostatní části CNS a mohou způsobit až generalizovanou poruchu s křečemi (grand mal). Délka záchvat je od několika sekund do několika minut.

Typy epileptických záchvatů.

Epilepsie je souhrn onemocnění, které se vyznačují záchvaty. Záchvaty lze diferencovat na parciální a generalizované a v jejich rámci další podskupiny. Typické je, že každý pacient má jen jeden typ záchvatů

Parciální záchvaty vznikají v ohraničené oblasti mozku – ložisku.

Parciální záchvaty.

Vznikají v ohraničeném úseku mozkové kůry – ložisku. Podle lokalizace může být záchvat doprovázen počítky světelných záblesků, zápachu, nepříjemných zvuků apod. Podle míry narušení vědomí (kvalitativní poruchy) a paměti můžeme diferencovat:

- **Jednoduché parciální záchvaty bez narušení vědomí a paměti.** Projevují se izolovaným a specifickým projevem, např. motorickými (Jacksonovské záchvaty začínají např. křečí na prstu a ta se šíří na celé tělo).
- **Komplexní záchvaty s částečnou poruchou vědomí paměti** se někdy označují jako **psychomotorické záchvaty**. Pacient při záchvatu zpravidla provádí automatické a opakující se bezúčelné pohyby – rozepínání a zapínání knoflíku. Patří sem také projevy somnambulismu a noční děsy. Dochází k pocitům nereálnosti, narušení orientace. Jsou typické pro dětský věk. Na záchvaty je částečná amnézie, vzpomínky jsou zkreslené

Generalizované záchvaty.

Jejich podstatou je oboustranné narušení korových funkcí a postihují vědomí i motoriku.

Mohou se lišit mírou motorických projevů. Lze je diferencovat následovně:

- **Absence.** Dříve se označovaly jako petite-mal. Jde o krátký výpadek vědomí trvajících několik vteřin. Okolí je vnímá jako výpadek pozornosti. Motorický doprovod je nenápadný a nemusí se objevit. Jsou typické pro dětský věk a může jich být za den značné množství.
- **Tonicko-klonické záchvaty.** Dříve označované jako grand-mal. Jsou spojené s bezvědomím, pádem na zem z důvodu ztráty svalového napětí – tonická křeč a kontrakcemi svalů končetin – klonická křeč. Typická je poloha prohnutí v oblouk celého těla. Mohou být doprovázeny inkontinencí moči nebo stolice a pokousáním jazyka. Před vypuknutím záchvatu se zpravidla objeví **aura** – senzitivně-senzorické nebo složitější subjektivní pocity (vidiny barev). Po záchvatu bývá pacient desorientován a na záchvat má amnézii.
- V dětství pozorujeme tzv. **akinetické záchvaty**. Jsou typické náhlým pádem na zem v důsledku poklesu svalového tonu při záchvatu. Jde o krátký záchvat.

Průběh onemocnění a jeho prognóza.

Epilepsii doprovází různé typy psychických poruch, které se diferencují podle typu záchvatů a jejich trvání.

Krátkodobé a dočasné změny psychiky.

- **Psychické změny v období před záchvatem.** Jeden až dva dny před záchvatem může být pacient dráždivější, labilnější, hůře se koncentruje, reaguje méně adekvátně. Těsně před záchvatem se může objevit aura.
- **Epileptický záchvat.** Jde o náhlé a prudké zatížení nervové soustavy. Po záchvatu se dostaví únava, vyčerpanost, ospalost nebo amnézie. Při psychomotorických záchvatech se může měnit kvalita vnímání až k iluzím a halucinacím. Může se objevit pocit již viděného nebo již vnímaného (dè ja vu nebo dè ja vécu). Mohou se objevit pocity derealizace, depersonalizace.
- **Psychické nápadnosti v období po záchvatu.** Zejména po velkém záchvatu se ztrátou vědomí může přetrvávat zmatenost, desorientovanost, obtíže v oblasti pozornosti, zpomalenost a nepřiléhavé reakce. V této fázi není nemocný schopen běžných aktivit a měl by odpočívat.

Trvalejší změny psychiky.

Jde o různé nápadnosti a někdy i poruch. Z hlediska příčiny vzniku j dělíme na:

- **Primární změny.** Nejčastěji spojené s úrovní aktivace a inteligence. Jsou to změny vyvolané onemocněním samotným – dobou vzniku, četností a tíží záchvatů, typem onemocnění. Obecně platí, že čím dříve onemocnění začne a čím častější jsou záchvaty, tím je riziko změn v mozku a následně i funkčních problémů, větší. Největší riziko souvisí se symptomatickou epilepsií, která vzniká jako následek úrazu či infekce CNS. Trvalejší změny jsou důsledkem kumulace velkých a psychomotorických záchvatů. Lokalizace případného ložiska je rovněž důležitá. Největší množství psychických poruch je spojeno s ložiskem ve frontálních a temporálních lalocích mozku.
- **Sekundární důsledky.** Jsou zpravidla spojeny s antiepileptickou léčbou. Vedlejší účinky farmakoterapie se mohou promítnout do psychické i somatické oblasti. Častými známkami je únavnost, ospalost, snížení celkové aktivity, apatie, bradypsychismus, omezení pozornosti a paměti, nebo naopak zvýšená dráždivost a výkyvy emočního ladění. Léčba však může **působit i pozitivně** – může se zlepšit pozornost. V současné době jsou vedlejší účinky léčby co nejmenší a jejich pozitivní vliv na kvalitu života epileptika převažuje drobné vedlejší problémy. Vynechání léčby nese nebezpečí návratu záchvatů.

Psychické změny podmíněné epilepsií.

Z psychologického hlediska je epilepsie symptomový komplex. Epilepsie může vzhledem ke svému typu, délce trvání, věku pacienta a dalším okolnostem ovlivnit řadu psychických funkcí. Nelze však objevit zcela typické rysy nemocného s epilepsií.

- **Výkyvy v emočním prožívání.** Epilepsie je doprovázena změnou emočních projevů, zejména dlouhodobého ladění osobnosti. Jsou možné oba krajní projevy – zpomalenost i impulzivnost.
 - **Tendence k inhibici emočních projevů a negativnímu ladění.** Mrzutá nálada, rozlady, deprese jsou typické pro postižení čelního laloku epilepsií, poraněním i metabolickou poruchou. Doprovází ji pesimismus, moralizování, ztráta smyslu pro

humor, silné prožitky viny. Deprese není pro epilepsii typická, doprovází i jiné těžké somatické nemoci.

- **Větší dráždivost, impulzivita, emoční labilita.** Celkové ladění může mít agresivní ráz a působit jako nepřiměřená reakce na situaci. Může se objevit podezřívavost, nedůtklivost
- **Změny poznávacích procesů.** Epilepsie poznamenává způsob přijímání a zpracovávání informací. To může být poznamenáno dvojitým způsobem. Častější je **menší pružnost myšlení, zabíhavost, ulpívavost, pedantičnost.** Celkové zpomalení narušuje plynulost myšlenkových procesů. Prostá unavitelnost může rovněž negativně působit. Vzácnější je zrychlené myšlení, které je zároveň inkohrentní a roztříštěné. U části pacientů pozorujeme nutkavé myšlenky. Poruchy myšlení nemusí být vždy primárně působeny onemocněním, někdy jde o problémy související s pozorností a krátkodobou pamětí. Nemocní epilepsií mají zpravidla **normální inteligenci.** Určité snížení inteligence lze očekávat asi u 30% dětí s kombinovaným postižením. Velmi vzácná je **epileptická demence.** Snížení mentální úrovně je dáno formou choroby a četností záchvatů. Krejčířová uvádí jako hranici **100 velkých záchvatů.** Obecně platí, že čím časněji vznikla, čím déle trvá a čím je její průběh těžší, tím vyšší pravděpodobnost úbytku rozumových schopností. Úbytek rozumových schopností může být zaměněn s **problémy s jejich využitím.** Negativně zde působí snadnější unavitelnost a nižší tolerance vůči zátěži. Uvádí se, že pouze 30% dětí pracuje ve škole v souladu se svými schopnostmi.
- **Funkce pozornosti a paměti.** V oblasti pozornosti jde především o schopnost **rozdělovat a přenášet** pozornost. Poruchy paměti jsou nejčastější u psychomotorické epilepsie. Mohou být však i u ostatních forem. Jedná se o problémy se vstřípivostí a s vybavováním zapamatovaného materiálu, se kterými má problém až 50% dětí s epilepsií..
- **Sebehodnocení a postoj k ostatnímu světu.** Nepředvídatelnost průběhu onemocnění a zejména záchvatů je zdrojem úzkostí a obav pacientů. Ti, kteří trpí velkými záchvaty se pak obávají napadení či ubližování se strany ostatních během záchvatu, kdy se nemohou kontrolovat- To vše přispívá ke snižování sebeúcty a sebehodnocení. Snižuje zároveň i odolnost nemocných vůči stresu.
- **Poruchy řeči.** Mohou být jak v oblasti **receptivní, tak i expresivní,** a to jako **dysfázie.** Pacienti jsou charakterističtí zejména zpomaleným tempem řeči, nevybavností. Tyto poruchy jsou časté u lokalizace v levém spánkovém laloku. Generalizovaná forma epilepsie vede k mnohem závažnějším poruchám. Můžeme pozorovat i méně nápadné projevy – opakování jednoho slova několikrát
- **Poruchy učení.** Jednotlivé specifické poruchy učení jsou spojeny s typickou lokalizací. Dyslexie je spojena s temporálním lalokem, dysgrafie a dysortografie s frontálně-centrální oblastí, dyskalkulie s parieto-okcipitální oblastí. Obecnější nebo kombinovaná porucha je spojena s generalizovanými formami epilepsie.
- **Změny v chování.** Pacienti s epilepsií mohou být, jak jsme již uvedli buď dráždiví a impulzivní nebo bradypsychičtí a ulpívaví. V jejich chování se objevuje sklon k neadekvátním reagování na běžné, ale i zátěžové situace, jejichž zvládnutí jim může připadat nemožné nebo alespoň značně obtížné. Pozorováno bylo i ulpívání na určitých stereotypch v chování, i když jsou situaci nepřiměřené.
- **Změny v osobnosti.** Nejčastěji je výrazný egocentrismus, celkové zpomalení, sklon k pedanterii, rigiditě, ulpívavosti a nevybavnosti. Na druhé straně se vyskytuje zvýšená dráždivost a výbušnost se sklonem k agresi. V současnosti jsou změny v osobnosti pečlivě léčených pacientů vzácností.

Epilepsie byla během dějin člověka považována za „božskou posedlost“. Lidé, trpící epilepsií byli považováni za vyjímečné. Trpěl jí např. G.J. Caesar, sv. Pavel z Tarsu, Král Karel VI., F.M.Dostojevskij a další.

8.3.5. Dětská mozková obrna.

Neurovývojové poruchy lze definovat jako onemocnění a syndromy vznikající na základě **postižení mozku v ranných stadii vývoje, tj. prenatálně a perinatálně**. Jejich důsledkem je narušení dalšího vývoje mozku dítěte a s tím souvisejícího neuropsychického vývoje. K nim patří **dětská mozková obrna**.

V r.1859 popsal anglický ortoped Wiliam John Little nemoc, někdy ještě po něm nazývanou morbus Little, projevující se především poruchou hybnosti.

DMO bývá často zaměňována s Dětskou obrnou -polyomyelitis anterior acuta čili Heine-Medinova choroba. Dětská obrna je prudké nakažlivé onemocnění. Jde o obávané onemocnění, protože často zanechává trvalou invaliditu. Toto onemocnění se díky preventivnímu očkování (na lžičku) přestalo u nás vyskytovat. Tato Heine-Medinova choroba postihovala pouze hybnost DK.

Poruchy související s neurovývojovými problémy lze podle etiologie diferencovat do 3 skupin:

1. **Poruchy vytváření a uzavírání nervové trubice.** Častým postižením je meningomyelokéla – rozštěp pateře s vyřeznutím míchy. Pod postiženou oblastí dochází k chabým obrnám, spojeným s inkontinencí. Občas se vyskytne hydrocefalus. Extrémně těžkou poruchou je anencefalie, která je neslučitelná se životem. Vznikají během druhého fetálního měsíce.
2. **Poruchy vytváření přední části mozku.** Nevytvoří se některé části mozku, např. corpus calosum.
3. **Poruchy vytváření nervové tkáně a její diferenciace.** Jsou to různé poruchy utváření neuronů, jejich soustav, diferenciace a migrace, poruchy myelinizace a tvorby synapsí. Příkladem je mikrocefalie.

DMO je neprogresivní postižení motorického vývoje vzniklé na podkladě poškození nebo dysfunkce mozku v rané fázi jeho vývoje.

Výskyt a příčiny vzniku.

DMO postihuje asi 0,5% dětské populace a u 0,1% jde o závažné postižení. Jde o to, že mozek není z nějakého důvodu zásobován dostatečným množstvím kyslíku a dojde k poškození, protože nervová tkáň je velmi citlivá na nedostatek kyslíku. Tento stav může nastat při krvácení v průběhu těhotenství (v prenatálním období), při tzv.fetální erythroblastóze (matka Rh-, dítě po otci Rh+). Při opakovaném inkompatibilním těhotenství dochází po porodu k těžké novorozenecké žloutence tzv. jádrové,kdy žluté barvivo, vzniklé z rozpadlých červených krvinek se dostává do mozku a zabraňuje využití kyslíku - nervové buňky hynou. Při operacích v průběhu těhotenství může dojít k poškození mozku toxickým vlivem narkotik. Uvádí se i negativní vliv rentgenových paprsků, úrazů břicha v těhotenství, duševních otřesů. Za jednu z nejvýznamnějších příčin pokládáme **nedonošenost**.

Po kratším trvání těhotenství nedosáhne váha plodu průměrné hodnoty a nedonošený novorozenec se narodí **s nízkou porodní hmotností**.

Novorozenci s nízkou porodní hmotností tj. méně než 2 500 g.

1. děti nedonošené, narozené předčasně
2. děti hypotrofické narozené po běžné délce těhotenství

3. děti z vícečetného těhotenství (např. dvojčata)

2/3 dětí s nízkou porodní váhou jsou děti předčasně narozené.

Mezi činitele perinatální patří: dlouhotrvající (protrahovaný) porod současně s asfyxií novorozence, překotný porod, porod koncem pánevním, klešťový porod, včestné lůžko aj.

Činitele poporodní (postnatální): především jsou to zánětlivá onemocnění CNS a mozkových plen, novorozenecké a kojenecké záněty plic, hnisavé záněty středoušní apod. Charakteristické je **sdružování a kombinování dvou i více možných činitelů.**

První porody - obzvláště první porody relativně starších matek - probíhají zpravidla obtížněji, protože porodní cesty jsou nepoddajné a tím se zvyšuje pravděpodobnost poškození plodu.

Základní formy DMO.

U DMO je dítě zpočátku spavé, málo pije, pohybově je chudé. Vždy se opoždí vývoj hybnosti, rovněž psychický vývoj bývá opožděn.

DMO dělíme na:

1. **Spastickou formu.** Je nejčastější a tvoří 60-70% pacientů. Základním příznakem je trvalé zvýšení svalového napětí. Postižení vychází z motorických pyramidových drah. Předpokládá se, že může vzniknout v posledních 3 měsících těhotenství. Může být různě těžká.
 - Diparéza je symetrické postižení obou DK. Někdy dysproporcionální vzrůst (DK se jeví krátké). Je to forma spastická-svaly se zkracují, předklon pánve a trupu, Achillovy šlachy bývají zkrácené. Mozková kůra zpravidla není zasažena, inteligence bývá zachována. Při volbě povolání volíme spíše fyzicky méně namáhavé práce v sedě.
 - Hemiparéza. může být pravostranná nebo levostranná. Je to spastická obrna postihující jednu HK a jednu DK. Postižení je charakteristické paží přitaženou k trupu, končetina je pokrčena. Hybnost končetiny je tedy porušena. Postižené končetiny jsou slabší a zpravidla kratší. Dítě napadá na postiženou končetinu. Pracuje pouze jednou rukou
 - Kvadruparéza spastickou obrnou jsou postiženy všechny čtyři končetiny, jejich hybnost je omezena, na končetinách jsou kontraktury. Vývoj intelektu je výrazně nerovnoměrný (disproporcionální) vyšší v oblasti verbální, v oblasti názorové bývá snížen v důsledku organického poškození CNS. Dysartrie - porucha artikulace hlásek. Jako přechodná forma mezi diparézou a kvadruparézou se vyskytuje triparéza.
2. **Dyskineticko-dystonická forma** neboli tzv. extrapyramidová forma se vyskytuje asi u 20% dětí. Vyznačuje přítomností bezděčných, mimovolných, tedy na vůli nezávislých a nechtěných pohybů. Bývají označovány jako nepotlačitelné pohyby a mohou se projevat zejména jako atetózy (pomalé, vlnivé, červovité pohyby) a dyskinézy (prudké, nečekané s velkým rozsahem pohybu). Nepotlačitelné pohyby silně narušují pohybové dovednosti dítěte, jeho schopnosti grafomotorické ať už jde o kresbu či písmo. Pracovní zařazení bývá tímto značně ovlivněno až znemožněno. Záškuby v obličeji vytvářejí grimasy. Žvýkání i polykání je znesnadněno (salivace). Řeč je dysartrická, těžko srozumitelná. Je porušen spád řeči. Při afektu, rozčilení se pohyby rozehrávají. U této formy DMO bývá oboustranná nedoslýchavost centrálního původu.
3. **Ataktická mozečková forma** je poměrně vzácná a objevuje se u asi 5-10 dětí. Postihuje koordinaci pohybů a pacienti mají typicky problémy s udržení rovnováhy

při rychlejším pohybu. Prvním příznakem je hypotonie, která se objeví během vývoje dítěte. Tato forma je příkladem vývojově podmíněného rozvoje poruchy. Bývá často kombinována s mentální retardací.

4. **Hypotonická forma** se projevuje povšechným snížením svalového tonu. Při chůzi jsou kroky nestejně s úchylkami do stran. Bývá ve více než polovině případů spojena se snížením intelektu.

Můžeme tedy shrnout, že DMO se vyznačuje kromě porušeného vývoje hybnosti postižením jemné motoriky (různého stupně), nerovnoměrností psychického vývoje u většiny forem, poruchami pozornosti, dysartrií a různě těžkými poruchami výslovnosti (dyslálií). Některé formy se projevují zvýšeným sliněním neboli salivací. DMO je často provázena EPI záchvaty

Průběh onemocnění a jeho prognóza.

Onemocnění DMO lze diagnostikovat již v časném dětství, spastické formy prakticky po narození. Časná diagnostika umožňuje časnou rehabilitaci a tím i umenšení následků pro další psychomotorický vývoj dítěte.

Psychické potřeby všech dětí jsou stejné. Problém spočívá v uspokojování těchto potřeb právě u dětí s DMO.

U postižených dětí se v psychickém vývoji objevuje často řada problémů. Jedním z nich je **nedostatečná stimulace psychického vývoje, nedostatek podnětů**. Dítě s DMO je odkázáno na podněty, které mu my přiblížíme. Jejich **nedostatečnost nebo neadekvátnost** u těchto dětí způsobuje to, že řadu činností rodiče s dítětem nedělají, protože mají pocit, že je dítě nemůže být schopno udělat (stavění kostek, navlékání korálků) nebo že by si dokonce mohlo ublížit (odmítají mu dát do ruky tužku, nůžky apod).

Rodiče také málo seznamují děti s **praktickými činnostmi**, např. v domácnosti s vařením, pečením cukroví apod. Jen zřídka berou své děti s sebou na nákup do obchodu apod.

Tímto nedostatkem podnětů dochází k subdeprivaci a postižené dítě je pak z tohoto důvodu opožděné či retardované.

U rodičů s **vyšším vzděláním dochází k jednostranné stimulaci verbální** oblasti a oblast neverbální je pak ve srovnání s verbální značně opožděna.

Mnohé děti jsou **pasivnější, mají sníženou spontaneitu** a je třeba je více stimulovat a motivovat. Některým matkám toto naopak vyhovuje, libují si jak je dítě klidné a spokojené ... DMO, ale i jiná postižení mají za následek **nerovnoměrný rozvoj jednotlivých složek intelektu, postižení jemné motoriky, poruchy pozornosti, značnou unavitelnost emoční labilitu aj.**

V době nástupu do školy bývá motorické postižení stabilizované a rodiče mají všechny informace o jeho stavu a prognóze. Nástup do některého typu školy je zdrojem sociálních zkušeností. **Styk s vrstevníky** může být oboustranně prospěšný, ale i zdrojem utrpení. Při kvalitním pedagogickém vedení se může integrované dítě stát zdrojem morální výchovy spolužáků a **utváření postojů k handicapovaným spoluobčanům** (pozitivních zkušenosti z podobných zařízení předškolního i školního věku je celá řada). **Necitlivý přístup**, chybné zařazení dítěte a přílišné nároky, které jsou na ně kladeny mohou být zdrojem sníženého sebehodnocení, úzkostí a vzniku obranných typů chování (útok vs. útek).

Klinické projevy DMO.

DMO je především porucha hybnosti a vývoje hybnosti. K jejím zvláštnostem patří, že je **kombinovaná s poruchami smyslů a intelektu, bývá přítomna epilepsie nebo alespoň**

záchvatová pohotovost. Míra postižení jednotlivých psychických funkcí souvisí s formou DMO.

Nápadnosti v emočních projevech.

Emoční projevy dětí s DMO se v určitém smyslu liší od všech pacientů s postižením CNS. Odlišnost spočívá v tom, že emoční projevy vyjadřuje nejen způsob chování, ale změna ve svalovém tonu – zvýšení nebo v intenzivnějším projevu nepotlačitelných pohybů. Tyto projevy jsou vůlí neovladatelné. Děti bývají zpravidla i sociálně a emočně nezralější a jejich reakce jsou často nepřiměřené podnětům, které je vyvolaly.

Nápadnosti v poznávacích schopnostech.

U 30-50% postižených se setkáváme s **narušením vývoje rozumových schopností**. Snížení rozumových schopností je pravidlem u spastických poruch a hypotonických forem. U diparézy a hemiparézy a mozečkových forem je to u 25% dětí, u kvadruparézy a hypotonické formy u 100% dětí. U dyskinéz je zpravidla intelekt nejnižší průměrný. Rozumový vývoj může být negativně ovlivněn nesprávným přístupem rodiny ke stimulaci dítěte. To je pak nezřídka ohrožování smyslovou i sociální deprivací.

Poruchy v percepci.

Poruchy vnímání jsou u dětí s DMO dány centrálně. Typické jsou různé dyspraxie ve smyslu dysgnozií, tj. obtíže v rozlišování zrakových a sluchových podnětů, jejich analýze a syntéze. Problémy jsou i v rozlišování podobně znějících hlásek, tj. fonématický sluch. Časté jsou poruchy vizuomotorické koordinace a prostorové orientace, které negativně ovlivňují možnosti v grafických projevech dítěte (psaní, kreslení).

Pozornost, paměť a poruchy učení.

Děti s DMO mají problémy pozornosti stejné, jako ostatní pacienti s poškozením CNS, jejich pozornost je fragilní, ulpívavá, nejsou schopni rozdělit ji a přesouvat. Paměť trpí křehkou a labilní pozorností a snadnější unavitelností jak v oblasti všípivosti tak výbavnosti. V důsledku toho a další problémů DMO jsou u dětí mnohem častější specifické poruchy školních dovedností.

Poruchy řeči.

Až ¾ dětí s DMO má problémy s řečí. V důsledku postižení artikulačních svalů a mimických svalů určitou formou DMO jsou nejčastější problémy dětí ve schopnosti artikulovat, koordinovat pohyby mluvidel. Jejich řeč je pak neobratná a nepřesná. Problémy mají i s nepravidelným dýcháním.

Nápadnosti v chování.

Poškození mozku vede ke zvýšené citlivosti ke stresu a zátěži. Děti s DMO ji špatně snášejí, jsou přecitlivělé. Vlivem nesprávné výchovy bývají i **sociálně nezralé**, protože nemají možnost naučit se vhodným způsobům sociální interakce – nemají možnost pochopit jemnosti odlišností sociálních situací a reakcí na ně, pochopit projevy zdravých lidí. Tyto problémy souvisí jak s rodinnou, tak i ústavní výchovou.

Změny v osobnosti.

Určitá omezení, které porucha svou podstatou přináší, vedou ke zvýšené citlivosti a obtížné regulaci vlastního chování. Děti s DMO bývají infantilní, pasivnější, závislejší, méně průbojné a uzavřenější. Mohou mít méně empatie a sociální citlivosti. V souvislosti s nereálnými očekáváním se mohou chtít prosazovat za každou cenu a působí pak egocentricky, necitelně. Na druhé straně se u nich vlivem odezev ostatních lidí může rozvíjet pocit méněcennosti, snižovat sebehodnocení. Mnoho odlišností pacientů pak není vlastností onemocnění, ale je **důsledkem jejich životní situace.**

Kapitola IX.

TĚLESNÉ POSTIŽENÍ JAKO FUNKČNÍ HANDICAP.

Tělesné postižení omezuje postiženého člověka v mnoha ohledech. Důsledky postižení můžeme soustředit do dvou oblastí.

1. **pohybový defekt – funkční handicap**
2. **tělesná deformace – estetický handicap.**

9.1. Pohybové postižení.

Pohybově postižený člověk je vždy více či méně omezen ve své **samostatnosti**. Ta mu brání **získávat mnohé zkušenosti** a činí ho **závislým na jeho okolí**. Míra soběstačnosti a nezávislosti je tím limitem, který určuje, co si může pohybově postižený dovolit a co mu bude upřeno.

- **Hybnost dolních končetin** je významná pro lokomoci z místa pobytu. Umožňuje odpoutání a samostatný přístup k informacím o okolním světě, orientaci v něm a vztahům s lidmi .
- **Hybnost horních končetin** je rozhodující v oblasti sebeobsluhy. Má význam v jakékoliv manuální činnosti a zručnosti v ní Míra zručnosti předurčuje další profesní zaměření a možnost uplatnění.
- **Hybnost mluvidel a mimická pohyblivost** umožňují verbální i neverbální komunikaci, projevy emocí. Schopnost domluvit se významně ovlivňuje uplatnění člověka v sociálním prostředí a jeho sebehodnocení.

Pohybové postižení však není typické pouze pro lidi nemocné, s postižením CNS. Pohybová omezení **souvisí i s věkem**. Ve věku nad 60 let trpí nemocemi pohybového aparátu přes 40% osob, u dětí je to 1%.

Pohybové postižení může být důsledkem řady poruch a na jejich charakteru pak záleží, zda se budou kombinovat s dalšími problémy.

- **Pohybové postižení je důsledkem poruch v oblasti mozku a míchy** (motorické kůry, mozečku, bazálních ganglií a dalších kmenových struktur). Jde tu jak už zmiňované následky poškození CNS, vývojovým postižením vlivem perinatálních problémů – DMO, ale patří sem Parkinsonova nemoc, degenerativní onemocnění míchy, nádorová onemocnění, roztroušená skleróza a další. Pokud je choroba podmíněna postižením CNS je značně pravděpodobné postižení dalších psychických funkcí včetně intelektu.

- **Pohybové postižení je důsledkem poruchy kostí a kloubů.** Jedná se zpravidla o vrozené poruchy vývoje kostí a kloubů (oseogenesis imperfecta, hypolázie), vzniklá onemocnění (oseoporóza), zánětů (arthritis) a úrazů (amputace). Poškození zpravidla brání standartní funkci opěrného aparátu a tím i pohybu. Vrozené vymknutí (luxace) kyčlí je takový stav, kdy hlavička kloubní je trvale mimo jamku. Vrozené změny na kyčlích se poznají nejspolehlivěji na rentgenu, proto se provádí preventivní vyšetření všech dětí. Morbus Perthes - jedná se o rozpad kyčelního kloubu. Lomivost kostí - mnohočetné zlomeniny, deformace skeletu. Skoliózy páteře - různého stupně. Achondrodysplazie je způsobena poruchou chrupavky, což vede k malému vzrůstu - tzv. chondrodystrofický trpaslík. Dlouhé kosti končetin jsou postiženy více, je zde disproporce končetin a ostatních částí těla. Je to kombinace krátkých silných končetin horních i dolních s celkem přiměřeným trupem a hlavou. Prsty jsou krátké a tlusté. Hlava je poměrně velká s nápadně vyklenutým čelem a vpáčeným kořenem nosu. Intelekt bývá zachován. Chůze je kolébavá. Někteří chondrodystrofici dosáhnou až výšky 140 cm.
- **Pohybové postižení v důsledku poruchy svalstva.** Progresivní atrofie svalová (progresivní dystrofie svalová, myopatie). Bývá většinou zjištěna už v raném dětství, ale také později. Častěji jsou postiženi chlapci než děvčata. Svaly postupně chudnou, ubývá svalových vláken, svaly atrofují u některých typů se začne hromadit ve svalech tuk. Charakteristický je prohnutý stoj, chůze po špičkách, myopatické šplhání, neschopnost zvednout se ze sedu, pády. Snižuje se jejich hybnost až se pohybují pouze na invalidním vozíku. Slábnou i HK. Atrofuje i zádové svalstvo - vzniká sekundární skolióza. Nejznámější formy jsou Duchenne-Griesinger a Werdding- Hoffman. Příčina není známa.

9.2. Psychologická charakteristika pohybově postižených.

Omezení v množství a kvalitě získávaných informací a omezení zkušeností ovlivňuje významnou měrou psychické procesy tělesně postižených. Omezené možnosti se týkají hlavně oblasti sociálních vztahů, zejména kvality i kvantity kontaktů s ostatními lidmi. Pokud se stane, že postižený člověk zažije v této oblasti neúspěch, může se začít sociální stykům vyhýbat a upadat do izolace. Tělesné postižení jak vrozené, tak i získané může potencovat některé osobní vlastnosti člověka. Může vést k větší sobeckosti, podrážděnosti a neadekvátnosti reakcí na straně jedné, na druhé může přinést větší míru citlivosti, vnímavosti, nadhledu a moudrosti.

9.3. Psychologická charakteristika tělesné deformace.

Tělesná deformita může mít pro člověka různou váhu. Nejhuře se snáší viditelná znetvoření, zejména **obličje a rukou**. Jde o to, že tyto části těla nelze zakrýt oděvem nebo maskovat. Viditelné deformace mají tedy hlavně **negativní sociální význam**. Nápadné deformity nebo znetvoření snižují sociální statut a nepříznivě ovlivňují jeho sociální hodnocení. To se zpětně odráží v chování postiženého. **Handicap v oblasti tělesného vzhledu ovlivňuje sebehodnocení člověka někdy více, než kdyby šlo o pohybové postižení.** Kompenzace traumat není jednoduchá. Může to být oblast intelektuální, oblast neziskových organizací, duchovní práce, umělecká tvorba jako příklady adaptivního zvládnání. Může se objevit únik do alkoholu, drog a zášti – maladaptivní styl.

Důležitým momentem je také jak člověk své tělo vnímá a prožívá. Podoba tělesného schématu vzniká na základě vlastních sensorických a prožitkových zkušeností. Pokud máte

tělo nějak postiženo, tělesné schéma se vytvoří chybně nebo se nedá vytvořit vůbec. Např. chybí cit pro dolní polovinu těla. Do tohoto okruhu problémů patří i tzv. **fantomové bolesti** v končetině, která už není, ale pro pacienta je součástí jeho tělesného schématu.

9.4. Vývoj pohybově postiženého dítěte.

Jakékoliv postižení vývoj dítěte znesnadňuje až ohrožuje. Ohrožení je zde převážně **deprivací podnětovou i sociální**. V jejím důsledku se pozměňuje emoční a sociální reaktivita dítěte a může se změnit i profil osobnosti.

Kojenecký věk: Získávání nových zkušeností a podnětů pro vývoj je nerozlučně spojeno s pohybem – období **senzomotorické inteligence**. Pokud dítě nemůže vykonávat aktivní pohyb končetinami a manipulovat s předměty, jeho **kontakt s prostředím a stimulace je velmi omezena**. Tato omezení mohou být zčásti nebo téměř zcela kompenzována poté, co dítě získá pohybovou dovednost. Problém může nastat i ve **vztahu matka – dítě**. Spastické dítě nelze dobře přivinout do náruče, hypomimie je mylně vykládána jako nezájem, matka nerozumí zvláštním reakcím svého dítěte a reaguje na ně neadekvátně. Tak se může tento vztah hluboce narušit.

Batolecí a předškolní věk: Tento věk je za normálních okolností charakterizován čilou pohybovou aktivitou a zvědavostí. To je u pohybově postižených dětí značně ztíženo až znemožněno. Jsou stále **závislé na tom, jaké podněty jim poskytne jejich nejbližší okolí**. U kombinovaných vad můžeme přiměřenou stimulací podnítit rozvoj řeči a symbolického myšlení. To je omezeno nedostatkem zkušeností.

Během 3. roku života se objevují tendence k **separaci od vazby k matce**. To je pro tyto děti nejen obtížné, ale většinou prakticky nedostupné pro omezenou schopnost sebeobsluhy. Ta je dospělými často podceňována. Separace pak proběhne jindy a jinak. Se separačním procesem souvisí **projevy negativismu**, signalizující, že si dítě uvědomilo sebe sama jako osobnost a chce uplatnit svou vůli. U postižených dětí pozorujeme opoždění této reakce a jiné formy vzdoru – afektivní reakce spíše bezmocného vzteku.

Sociální nezkušenost je sekundárním důsledkem tělesného postižení. Tento nedostatek lze sice vhodným výchovným vedením zčásti nahradit. Je tu však problém v dětech samotných. Jsou často bázlivé, úzkostné a příliš vázané na rodinu. Tam se cítí bezpečně. Kontakt s vrstevníky může být neuspokojivý a tak jej mohou i odmítat. Můžeme se setkat s malou kritičností, egocentrismem, infantilností.

Školní věk a dospívání: V tomto období je typické **postupné odpoutávání se od rodiny směrem k vrstevníkům**. K tomu se však nutná samostatná lokomoce i s pomocí kompenzačních pomůcek a schopnost sebeobsluhy pomocí rukou. Emoční a sociální nezralost tělesně postižených **ztěžuje identifikaci s vrstevníky**, rodina je pro něj stále důležitější. Specificky se vyrovnávají s postižením **dívky**. Vědomí vlastní neatraktivnosti povzbuzuje pocity nedostatečné citové podpory, lásky a bezpečí. Mají více komplexů méněcennosti a více sníženou sebeúctu než chlapci.

9.5. Sociální význam tělesného postižení.

Společnost považuje tělesně postižené za méně schopné, proto od nich také méně očekává, podceňuje je a toleruje jejich zvláštnosti. Pokud je jeho postižení skutečně těžké, považuje se za kompletně nekompetentního, i když tomu tak zdaleka není. Tělesně postižení vzbuzuje **extrémní postoje okolí**. Může být vysmíván, odmítán, kritizován, šikanován, na druhé straně nadměrně ochraňován a tolerován. Ani jedna z uvedených variant chování není přijatelná pro

handicapované, protože snižuje potvrzení jejich sociální prestiže. Postižený člověk akceptuje své postižení, ale není ochoten přijímat sociální postižení.

Tělesné postižení s estetickým handicapem vede často k tendenci připojovat k nim špatné vlastnosti (křivé tělo=křivá duše). Jde o jev tendence laické psychologie – implicitní teorie osobnosti, vyjadřující očekávané vlastnosti u určitých typů lidí.. (Richard III., Toulouse-Lautrec).

Příčinou odmítání bývá i pouhá tělesná odlišnost. Typická je malý vzrůst u achondroplastiků, u nápadných kyfóz a skolióz. Pro první z nich byla přístupná v minulosti je role šašků. Osudy lidí hrbatých zobrazil např. V.Hugo v románu Chrám Matky Boží v Paříži.

Kapitola X.

PSYCHOLOGICKÁ PROBLEMATIKA ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÝCH.

Zdravotní postižení lze charakterizovat jako ztrátu nebo poškození určitého orgánového systému. Může to být smyslové, pohybové nebo komunikační postižení. Z psychologického hlediska to znamená, že postižením jedné části organismu je zasažen celý člověk, rozvoj jeho osobnosti.. Podílí se rovněž na specifické sociální pozici postiženého a tím spoluurčuje jeho společenské postavení. **Handicap představuje znevýhodnění** (hand-in-cap – původně pojem z dostihového sportu, kuň nese větší zátěž) dané nejen určitým omezením nebo postižením, ale i mírou jeho subjektivního vnímání a zvládnutí, na které závisí i společenská pozice postiženého.

Postižení se promítá do psychosociální oblasti různým způsobem. Proto se rozlišuje primární a sekundární postižení, neboť mají odlišnou etiologii a vyžadují využívání odlišných prostředků zlepšení či nápravy .

- **Primární postižení** zahrnuje chorobné změny, které představují omezení v oblasti rozvoje normální funkce, např. zraku, sluchu, pohybu. Riziko maladaptivní psychické odezvy závisí na intenzitě postižení a jeho prognóze.
- **Sekundární postižení** souvisí s osobností člověka, úrovní jeho mentálních schopností, výchovou a typem prostředí, ve kterém se pohybuje. Jsou to faktory, které na primární postižení přímo navazují a vycházejí z něho.

Psychosociální změny jsou vyvolány zejména tím, že trvalé postižení znamená **změnu životní situace** a ta ovlivní postoje, hodnoty a způsoby reagování postiženého člověka. Jednotlivým typům postižení jsou některé projevy v psychosociální oblasti společné , ale vždy mají neopakovatelný individuální projev.

10.1. Výskyt a příčiny vzniku zdravotního postižení.

Četnost zdravotních postižení se udává v rozmezí 3% - 5% u dětské populace. Toto číslo se s věkem populace mění. V dospělosti přibývá postižení hlavně vlivem úrazů a chronických onemocnění, u seniorů pak v souladu s procesy stárnutí.

Příčiny vzniku.

Jejich příčiny můžeme rozdělit do dvou kategorií.

- **Vrozená postižení (resp. získaná v ranném věku)** se odrážejí na PSM vývoji dítěte, které nemůže získat některé kompetence jako zdravé dítě. Na druhé straně se dítě na

postížení snáze adaptuje. Je-li od narození nějak omezeno, často si ani neuvědomuje, že by mohlo dělat i jiné věci, než může a jaké konkrétní výhody by tím získalo.

- **Později získané postížení** znamená mnohem závažnější trauma, protože člověk se uvědomuje, co ztratil a svůj aktuální stav považuje za horší nebo zcela nepřijatelný. Takovému člověka však zbývá řada kompetencí, které člověk s vrozeným postížením nemá. Jde o komunikační schopnosti, zrakové představy a řadu sociálních zkušeností.

10.2. Psychické změny vyplývající z vrozeného postížení.

Děti s vrozeným postížením se vyvíjí jinak, než jejich zdraví vrstevníci. Je to dáno **odlišným působením vnějšího prostředí**. Postižený jedinec má omezený přístup k řadě informací, což souvisí s typem postížení. Tak nemá možnost získat určité dovednosti a zkušenosti běžně přístupné zdravé populaci. To se pochopitelně odráží v modifikovaném vývoji a funkci jednotlivých psychických procesů.

- **Rozvoj poznávacích procesů** trpí zejména nedostatkem adekvátních podnětů z oblasti smyslového vnímání. U postižených dětí je nezbytné cíleně rozvíjet kompenzační mechanismy, které mohou chybějící smysly či omezenost pohybu, alespoň zčásti, nahradit (nevidomí – hmat, neslyšící – zrak a hmat, obtížně pohybliví všechny ostatní smysly).
- **Osobnost postiženého dítěte** se rozvíjí zejména pod vlivem podnětů ze sociálního prostředí. Je podmíněna charakterem přijetí rodinou, způsobem výchovy a míře kontaktů s ostatními lidmi. Problém je zde v tom, že přístup k postiženým bývá často spíše extrémní a i omezující.
- **Socializační vývoj** a jeho problémy patří do skupiny sekundárních příčin postížení. Nejčastějšími problémy jsou přetrvávající závislost na rodině, přecitlivělost, vztahovačnost, nesamostatnost, pocity méněcennosti a nejistoty. Vychází z příliš ochranné nebo zanedbávající výchovy, se kterými se u postižených dětí setkáváme velmi často.

10.2.1. Rodina postiženého dítěte.

Narozením postiženého dítěte se podstatně mění sociální postavení rodiny i její vnitřní struktura. Postižené dítě výrazným způsobem změní fungování rodiny, rozdělení rolí a chování členů rodiny navzájem. Rodina se navenek může také chovat nesrozumitelně pro vnější okolí – vliv obranných mechanismů. Také komunikace v rodině se mění, některá témata nejsou vůbec komunikována (např. plány, rekreace, emoce) To může vést k manželství konflikt a rozpad rodiny.

Rodiče postiženého dítěte.

Každá matka očekává narození zdravého dítěte .Narození postiženého dítěte jeho rodiče zpravidla zaskočí. Rodiče se ocitnou v situaci, kdy mají dojem, **že v rodičovské roli selhali**. Zároveň se změní i **postoje a chování k dítěti**, které budou jiné než je tomu obvyklé u zdravých dětí. Rodiče mají sklony k extrémům.

Období, kdy jsou rodiče konfrontováni s faktem narození postiženého dítěte můžeme nazvat **fází krize rodičovské identity**. Lze ji chápat jako reakci na odlišnost vzhledu dítěte a jeho perspektiv.

Na přijetí faktu nemoci či postížení člena rodiny se podílí celá řada faktorů:

1) **Typ nemoci a postižení:** Špatně působí celkové těžké postižení, zejména spojené s mentální retardací, špatná prognóza onemocnění, nápadný vzhled nebo deformace v obličeji a na rukou, dlouhodobá nejistota, zda dítě po narození přežije. Není-li postižení nápadné (chronické nemoci), může komplikovat situaci neschopnost rodičů porozumět dítěti (smyslové vady, MR), jeho potřebám a projevům. Pokud má nemoc či porucha nepředvídatelný průběh (epilepsie), má rodina často sklon vyhýbat se rizikovým situacím a dítě omezuje v přirozeném vývoji.

2) **Etiologie nemoci či postižení:** Pokud je příčina onemocnění či postižení jasná, je to dobré i pro rodinu a pacienta samotného. Pokud tomu tak není, členové rodiny mají tendenci hledat příčiny ve svém okolí a může docházet ke konfliktům, které pramení z úzkosti a pocitů nejistoty. Největší problémy způsobuje nemoc či postižení, jeho příčinám se dalo zabránit (havárie, úraz, infekce).

3) **Individuální charakteristiky dítěte:** Jde o charakteristiky chování - dráždivé nebo klidné, dobře spí nebo má obrácený režim spánku a bdění, dobře jí nebo má problémy s příjmem potravy apod. Důležitý je i věk, ve kterém k postižení došlo - od narození, v dospívání, v dospělosti.

4) **Individuální charakteristiky rodičů:** Zejména jejich zkušenost s řešením obtížných situací, vlastní sociální a emocionální zralost osobnosti

5) **Organizace rodinného života:** Je důležité, zda se jedná o manželství nebo o osamělou matku s dítětem nebo o osamělého člověka, způsob a množství sociální opory v širší rodině či okruhu přátel.

6) **Občanské prostředí:** Přístupnost a vstřícnost státních orgánů a organizací pomáhajících pacientu či rodině s postiženým členem. Charakter této pomoci (byrokratický vs. pomáhající). Snažit se dostat takového člověka či rodinu z izolace, ke které mají tendenci.

7) **Důležitá životní období:**

- počátky lokomoce - dítě se nepostaví na nohy nebo začne chodit se značným zpožděním, popř. schopnost chůze ztrácí,

- vstup do školy - nemůže do školy nastoupit či vyžaduje zvláštní či pomocnou školu nebo specializované internátní zařízení,

- dospívání - problémy s kontaktem s vrstevníky bez postižení, navazování heterosexuálních vztahů vs. pocity izolace, méněcennosti,

- dosažení dospělosti - zvýšená závislost na rodině či pomocných, omezené možnosti získat profesionální uplatnění.

Podstatné je, jak se budou rodiče ke svému postiženému dítěti chovat.

Proces akceptace postiženého dítěte rodiči.

Prožívání a chování rodičů postiženého dítěte se během času mění a prochází typickými fázemi:

1. **Fáze šoku a popření:** V této fázi zpravidla pozorujeme ztrnutí, neschopnost chápat situaci. Je známo, že šokovaní lidé přijímají max. 12% informace, kterou jim sdělíme. Rodiče nejsou schopni přijmout nabídku další péče, protože jsou zahlceni faktem postižení jejich dítěte a nesmířili se s ním. Postupně však rodiče fakt postižení začínají vnímat a vyrovnávají se s ním. Je velmi důležité jak a v jakém prostředí je taková informace podána. Se strany lékařů a zdravotníků by měla být maximální míra vstřícnosti a chápavosti. Informace by se měla podávat v klidném prostředí, s dostatkem času a za přítomnosti více členů rodiny.
2. **Fáze bezmocnosti.** Rodiče se cítí zaskočení a neví, co by měli dělat. Pociťují ambivalenci - pocity viny za stav dítěte a obavy před odsudkem lidí z jejich sociálního okolí. Bojí se zavržení a odmítnutí a zároveň očekávají pomoc, je neví od koho a jakou by měli chtít.

3. Fáze postupné adaptace a vyrovnávání se s problémem: Jde o fázi, ve které nejde o zpracování problému, ale o jeho řešení. Rodiče začínají přijímat rady odborníků, sami se aktivně zajímají o možnost pomoci dítěti. Tyto racionální tendence mohou ještě narušovat **negativní emoční reakce**, které přetrvávají z předchozího období:

- Prožitky smutku, deprese související s truchlením nad narozením postiženého dítěte namísto zdravého.
- Prožitky úzkosti a strachu, které se týkají budoucnosti.
- Pocity hněvu na osud nebo předpokládaného viníka.

Způsobu, kterým se rodiče vyrovnávají se základním problémem, se říká **coping**. U rodičů se především setkáváme s **obrannými způsoby zvládnání**. Ty jsou zaměřeny především na **etiologii postižení**. Z nich pak často pramení zcela neočekávané a rozumu se přičící reakce rodičů. Jsou však srozumitelné na úrovni subjektivní – jde o odčinění viny za postižení. Nejčastěji se vina hledá v rodičích nebo v jednom z nich a pak jsou tu „oni“ vnější faktory a lidé (zdravotníci).

Strategie zvládnání mohou být aktivní a pasivní:

- **Aktivní způsob se projevuje tendencí bojovat s nepříjemnou až nepříjatelnou situací.** Často jde o hledání pomoci na více místech (odborník, léčitel, jiní rodiče), odreagování během rehabilitačního cvičení, které má pomoci zlepšit stav dítěte. Může však jít o agresivní reakci vůči předpokládanému viníkovi.
- **Útěk ze situace, kterou nemůžeme uspokojivě zvládnout** je nejčastějším projevem **pasivity**. Patří se přetrvávající popírání poruchy nebo její zlehčování, odchod z rodiny (často otcové), předání dítěte do ústavní péče.

Rodiče se také mohou místo na dítě zaměřit např. na profesi a kariéru nebo rozvíjejí své mimopracovní aktivity. V pozadí je často rezignace na zlepšení stavu dítěte. V extrémních případech se objevuje únik k alkoholu, drogám nebo náboženským sektám.

4. Fáze smlouvání: Je období, kdy rodiče již problém svého dítěte akceptovali, ale stále doufají v alespoň malé zlepšení, když už nelze dítě zcela uzdravit. Často je tato naděje i reálná. Rodiče jsou v této fázi spíše **unavení až vyčerpáni** náročnou péčí o dítě a mohou proto ztrácet naději.

5. Fáze realistických postojů: Rodiče jsou již prakticky vyrovnáni s faktem postižení dítěte, začínají reagovat přiměřeněji a chovat se k dítěti adekvátněji. Také jejich představy o budoucnosti jsou mnohem realističtější

Postižení, které **vznikne později nebo se postupně rozvíjí** je hodnoceno jak rodiči, tak i okolím zcela jinak než vrozené. Nejde zde o znehodnocení rodičovské prestiže, protože dítě se narodilo zdravé. Okolí pak vnímá takové postižení jako neštěstí. Jeho etiologie je pro všechny strany zcela srozumitelná a proto snadněji akceptovatelná. Vyrovnávání se s tímto faktem není jednoduché, ale probíhá poněkud jinak, než u vrozených vad.

Sourozenci postiženého dítěte.

Pozice sourozence postiženého dítěte je značně obtížná. Rodiče mohou preferovat postižené dítě, musí mu věnovat zvýšenou pozornost, a to může zdravý sourozenec pociťovat jako nedostatek lásky ze strany rodičů, což může vést k pocitům osamění, vzdoru a negativním postojům k postiženému sourozcovi. Může však situaci chápat jako nutnost pomoci sourozcovi. Pak se u něj rozvíjejí tendence k altruismu, ohleduplnosti a taktu. Pro malé děti však mohou být podvojná měřítko v hodnocení sourozence matoucí.

Zvláště obtížné je, když sociální okolí obě děti srovnává a nějak zdůrazňuje odlišnost rodiny. Vědomí, že jeho rodina je jiná, ovlivňuje postoje a hodnoty zdravého sourozence, což se může projevit jak pozitivně, tak i negativně na jeho dalším vývoji. Postižený sourozenec se stává trvalou součástí života rodiny. Sourozenec si postupně utváří strategie zvládnání jeho různých projevů. Většinou zaujímá dominantně-ochranitelský postoj – je ho třeba ochraňovat, pomáhat mu. To je sice dobrá strategie, ale může vést k tomu že postižený sourozenec není považován za zcela rovnocennou bytost. Dosažení rovnovážného vztahu mezi sourozenci je značně obtížné a někdy i nemožné

Extrémní varianty přístupu rodičů k dětem:

V situaci, kdy rodina situaci nezvládne nebo jen nedokonale zvládne se mohou objevit

maladaptivní způsoby zacházení s postiženým nebo nemocným jedincem:

a) **Hyperprotektivní** styl se příliš zaměřuje na člověka, přehnaně o něj pečuje a nedovolí mu jakoukoliv samostatnost v sebeobsluze a rozhodování. Tento styl vychovává závislého a nesoběstačného jedince. Jde často o projev pocitů viny rodiče, který tak chce dítěti „něco vynahradiť“. Je typický pro osamělé matky s postiženým dítětem.

b) **Odmítání** se objevuje u pacientů s nápadným či těžkým postižením, kdy se např. matka po porodu zhroutlí a nevytvoří se přirozený citový vztah k dítěti. Odmítá zpravidla jeden z rodičů a druhého se snaží přimět k témuž postoji. Pacienti jsou často umístováni v ústavních zařízeních s argumentem “že vyžadují specializovanou péči”.

c) **Přetrvávající vztek** je postoj, který vyplyne při hledání viny za postižení či nemoc. Můžeme se s ním setkat v rodinách, které připisují vinu jednomu z manželů nebo jeho rodině. Vede často ke konfliktům a rozpadu manželství. Odmítnutý partner si pak vybíjí svůj vztek na postiženém jedinci - týráni.

d) **Preference zdravého sourozence** může vyplývat ze snahy rodičů kompenzovat stres z postiženého potomka. Úspěšnost zdravého potomka je zdrojem rodičovské hrdosti a podporuje jejich sebevědomí. To pomáhá zvládnout problém postiženého dítěte. Na zdravé dítě však mohou rodiče klást **nepřiměřené nároky**, zejména v oblasti asistence při péči o postiženého sourozence. To však není ve vývojových možnostech dítěte a může to negativně ovlivnit jeho socializaci a individuaci.

10.2.2. Vývoj dítěte s vrozeným postižením.

U dítěte vyvolává onemocnění či postižení rovněž mnoho problémů, které se však liší podle věku dítěte: Jejich vývoj probíhá sice **podle stejných zákonů a fází** jako u zdravých dětí a dospívajících. Jejich **postižení jim však klade určité meze** a tak se jejich vývoj v určitých psychických projevech přece jen liší. Záleží také na **psychosociálních faktorech** působících během vývoje dítěte.

Kojenecký věk.

Pro postižené děti je typické, **že mají zvýšenou potřebu pocitu bezpečí a jistoty**. Je to dáno tím, že mají omezenou možnost orientovat se v okolním prostředí, a to buď proto že jsou smyslově nebo pohybově omezeny nebo nedokážou získané podněty adekvátně zpracovat – mentální postižení. Postižené děti jsou ohroženy **nedostatečnou stimulací podnětovou i citovou** – hrozí jim **deprivace**.

- **Postižené dítě nemusí být přiměřeně stimulováno.** Nejde jen o to, že by rodiče dítě stimulovat nechťeli, ale častěji si neví rady s tím jak. Postižené děti vyžadují

specifické druhy stimulací, které musí být adekvátní jejich stavu i úrovni PSM vývoje – speciální programy.

- **Postižené dítě nemusí být citově akceptováno.** Jak jsme již uvedli výše, může být vztah matka a dítěte ovlivněn řadou okolností a nemusí se vyvíjet zcela standardně. Je zde větší riziko odmítání a hyperprotektivity.
- Zdravě i postižené děti mohou reagovat při pobytech v nemocnici nebo ve speciálních zařízeních separační úzkostí (od 7-8 měsíců do 3 let), která ve spojení se samotou a strachem z cizích lidí vyústí v anaklitickou depresi. Projevuje se zpočátku pláčem a křikem, pak apatií a nakonec vyhledáním náhradní vazby např. na sestru. V současnosti velmi vzácné, protože v nemocnicích pobývají s dětmi matky.

První rok života přináší dítěti do života vznik bazální životní strategie. U postižených dětí to může být apatie a pasivita, které se zafixuje a brání pak dalšímu psychosociálnímu vývoji až do dospělosti.

Batolecí věk.

Toto období se označuje jako **fáze první emancipace**. Během prvního až třetího roku se dítě postupně odpoutává od vazeb, které ztratily vývojový význam. U postižených dětí se odpoutávání může stát obtížným ne-li nemožným.

- **Odpoutání vázanosti na určité místo.** Zdravé batole je velmi pohyblivé a motivované k poznávání stále širšího okolí domova. Postižené dítě je svým handicapem vázáno na určitý nevelký prostor – postýlka, vozík a je tak odkázáno na zprostředkování orientace od druhých. Nevidomé děti mohou mít dokonce z větších vzdáleností i strach nebo je nemotivují, protože je nevidí.
- **Odpoutání z vazby poznávání na aktuální kontakt.** Myšlení batolat se stává symbolickým, dítě chápe slova jako symboly reálných věcí a jevů. To je postiženému dítěti značně ztíženo. Zejména sluchově postižené děti mají v této oblasti problém.
- **Odpoutávání se z úzké vazby na matku.** Zdravé dítě vyžaduje širší sociální zkušenosti a vyžaduje společnost vrstevníků. Postižené dítě je úzce vázáno na pomoc matky, cítí se u ní bezpečné a jisté. Postižená batolata ještě nejsou na takovou změnu dostatečně zralá a disponovaná.

Batolecí věk je charakteristický **uvědoměním si sebe sama, rozvíjením vlastní identity**. Tento proces mají postižení značně ztíženo a nikdy nedocílí plného rozvoje sebeuvědomění a emancipace. Je to dáno i způsobem zacházení s dítětem – jako s méně kompetentním, mladším.

Postižené batole je také **sociálně nápadné**. Okolí si začne všimnout jeho odlišnosti a jako postižené je i označí.

Školní věk:

Nástup do první třídy patří k uzlovým bodům života dítěte, ať zdravého, ať postiženého. Pro rodiče znamená začlenění dítěte do školy naději, že je jejich dítě v podstatě normální. Pro dítě to může být **první krize identity**, kdy si uvědomí svou odlišnost a omezené možnosti. Záleží také na typu školy, do které je dítě zařazeno:

- **Integrace do běžné ZŠ:** Je to možnost socializační zkušenosti, která se v dětském věku získává lépe díky snadnějšímu přizpůsobení. Určité riziko spočívá v nezvládnutí situace na straně školy učitelem nebo spolužáky, na straně dítěte jeho přílišnou náročností a mnoha požadavky. Učitel může zaujmout k postiženému žákovi tolerantnější postoj a hodnotit jej mírněji. To mohou spolužáci vnímat jako

nespravedlnost a jsou pak ke spolužáku odmítaví. Integrace je reálnou zátěží, kterou nemusí znevýhodněné dítě zvládnout. Riziko spočívá hlavně v konfrontaci skutečných schopností dítěte a požadavků školy.

- **Zařazení do speciální školy:** Dítě není vystaveno takové konfrontaci se zdravými dětmi, není zde riziko odmítání a přehlížení a výuka je přizpůsobena potřebám postižených žáků. Konfrontace se zdravou částí společnosti se tak odkládá na období adolescence a dospělosti.

Socializace dítěte s postižením je vždy problematická. Je to dáno jeho omezenými možnostmi, jiným přístupem ze strany rodiny a větší izolovaností dítěte. **Zkušenosti s vrstevníky** jsou častěji negativní. V konfrontaci s nimi si dítě uvědomuje svou nedostatečnost a nedostupnost určitých dovedností. Zdravé děti často kopírují předsudky svých rodičů a handicapovaného spolužáka přehlížejí až izolují. Postižení děti **nemají zpravidla kompetence a dovednosti**, kterými by své spolužáky zaujaly. Je jim vnucena **nesymetrická role postiženého spolužáka**. Toho je třeba chránit a pomáhat mu, ale zároveň není rovnocenným členem dětské skupiny, který stojí na jejím okraji a je hodnocen jako méně cenný. Postižení děti zaujímají ve skupině pozici **přehlížených dětí**. Chlapci jsou k postiženým spolužákům méně tolerantní než dívky. Výsledkem bývá snížené sebehodnocení a komplexy méněcennosti u postižených dětí. Z dalších rizik se může objevit **nadměrný důraz na výkon a zvýšená potřeba úspěchu**, která je reakcí na opakovaný nezdár a sníženou sebehodnotu.

Dospívání:

Období dospívání je dobou **druhé emancipace**. Úroveň myšlení formálně logických operací dovoluje uvažovat hypoteticky a filozoficky. Hlavními náměty jsou hodnoty, postoje, životní cíle a důležité pojmy jako přátelství, láska, svoboda, pravda. O nich se pak diskutuje hlavně s vrstevníky, což vede k utváření světového názoru.

Postižený jedinec si začne uvědomovat **svá omezení** v různých oblastech, **zejména v začlenění do společnosti**. Mezi reakcemi na chybějící kontakt s vrstevníky, omezení možnosti osamostatňování se můžeme setkat s extrémní formou hypochondrie nebo přehnaným "užíváním života" a nedbáním předpisů léčby. Můžeme se považovat za typ obranných reakcí na nedokonalý sebeobraz. Postiženému člověku se identita, zejména ta skupinová hledá velmi těžce.

Problémy se objevují i v heterosexuálních vztazích a profesionální orientaci.

- **Ve skupině zdravých vrstevníků.** Pokračují problémy z období školního věku. Postižený dospívající je jiný, nezvládá řadu rolí, které by potvrzovaly členství ve skupině. Zůstává nadále na okraji, izolován a pojmán jako méně hodnotný člověk.
- **Ve skupině podobně postižených vrstevníků.** Zde je situace odlišná, Všichni jsou si rovni, mají stejné problémy. Vznikají tak vazby minorit (neslyšící), které se uzavírají mezi sebe, navazují přátelské i partnerské vztahy. Pokud se dostanou mezi zdravou populaci, pak jako dospělí a jejich vyrovnávání s postoji zdravých může být značně obtížné a zraňující více než v dětství.

Socializace má vést k vytvoření představy o vlastní identitě. Ta se v případě postižených vytváří velmi složitě, protože nemají vzor člověka ve stejné situaci. Postižení trpí zvýšenou mírou úzkosti, vzdávají se osamostatnění a volí pozici závislého, která jim poskytuje pocit bezpečí a jistoty.

Také oblast **profesního zařazení** je zdrojem četných problémů. Postižení mají zpravidla značně zúžený výběr profesí. SŠ i speciální mají vyšší nároky na zvládnání učiva, což se vnímá jako značně náročné, a to proto, že požadavky často neodpovídají představě o vlastních

schopnostech. Postižený člověk se snaží **nějak vyniknout**, aby „byl vidět“ mezi zdravou populací. Adaptivním způsob je věnovat se vhodným studijním oborům nebo dovednostem, ke kterým má předpoklady, např. sportu nebo umělecké tvorbě. Maladaptivní je pak tendence získávat všechny dostupné zkušenosti, včetně drog, promiskuity apod.

10.3. Získané postižení.

Období adolescence a ranné dospělosti jsou riziková pro vznik postižená různého typu.

Lidé v tomto věkové rozmezí mají tendenci zkoušet rizikové způsoby chování počínaje adrenalinovým sporty, drogami, riskantní jízdou motorovými dopravními prostředky (zejména motocykly). V **dětství** vznikají úrazy spíše jako důsledek dětské zvědavosti a s ní související šplhání, vylézání a prolézání.

Reakce dětí je spíše vztažena na aktuální stavy, který dítě nějak omezuje v jeho toužených aktivitách. Adolescence a ranná dospělost už umožňují uvažovat o budoucnosti a zasahují emancipační proces. Můžeme se setkat s projevy posttraumatické stresové poruchy – deprese, úzkosti. Na druhé straně získané postižení nebere člověku již získané kompetence a vztahy.

Vyrovnávání se s postižením probíhá ve 4 fázích:

1. **Fáze latence:** Zraněný jedinec si ví, že je zraněn, ale nepřipouští si možnost, že by se neuzdravil. Jeho informace o stavu nebývají vždy úplné. Má sice bolesti, ví, že bude muset podstoupit opakované chirurgické zákroky nebo bude mít určitá omezení. To vše vnímá jako dočasnost.
2. **Fáze pochopení traumatizující reality:** Během léčby se nakonec pacient doví, že jeho stav je trvalý. Reakcí je šok a projevem šoku pak popírání této reality.
3. **Fáze protestu a smlouvání:** Je to období, kdy pacient reaguje odmítavě na vše, co není úplně uzdravení. Je odmítavý, agresivní, obviňující, sebelítostivý. Na druhé straně se pomalu začíná se svým stavem smiřovat a začíná hledat strategie vyrovnání se s tím.
4. **Fáze postupné adaptace:** Pacient se pilně učí užívat různé kompenzační pomůcky, novému způsobu sebeobsluhy, orientace v prostředí apod. Postoj ke stavu usnadňuje nebo komplikuje získání patřičných kompetencí. Pomůže často i vědomí, že není sám takto postižen (lázeňská léčba, kurzy, kluby). Sociální adaptace je spojena s přechodnými rituály – člověk se vrací zpět, ale v jiné pozici.

Hledání nového smyslu života.

Najít nový smysl života a směřování je dlouhodobým procesem. Znamená změnit hodnotové zaměření, postoj ke světu a k sobě a získat zpět vlastní identitu, když úraz tu původní zcela rozbije. **Obnova přijatelného sebepojetí** je stejně namáhavá jako rehabilitace somatických funkcí. Je to proces, který je někdy dlouhodobější a mnohem komplikovanější. Postižený člověk musí nalézt novou sebedůvěru a uvědomit si, kým je nyní. Dobře zvládnutá zátěž se projevuje **pojetím situace jako výzvy**, pobídka k hledání nových řešení a osobnostnímu rozvoji.

Pro zvládnutí takové zátěže je nezbytná **sociální a emoční podpora** nejbližšího lidského okolí. Vztahy postiženého se totiž mohou, vlivem úrazu nebo postižení, měnit:

- **Vztahy s rodiči:** Rodiče mají tendenci pečovat a ochraňovat. Postižený člověk je tak manipulován do závislé role bez schopnosti vlastních aktivit.
- **Vztahy s vrstevníky:** Mohou být v ohrožení díky změnám v potřebách, postojích a hodnotách postiženého. Dosavadní přátelské vztahy začínají trpět nesrozumitelností světa zdravých a světa postiženého. Řada těchto vztahů vyhasne pro **nemožnost**

sdílení zážitků, názorů a zkušeností. Nezájem může vzniknout i na straně postiženého, který má jiné problémy než jeho přátelé. Důležité je zachovat kompetentní postoj, který umožní sdílení společných aktivit i uchová přátelské vztahy.

Změny v chování postižených vzhledem ke zdravým mohou být zasaženy stesky, výčitkami a sebelitováním postiženého. Ten se stává pro zdravé lidi obtížným, nepříjemným a nesrozumitelným. Postižený proto **potřebuje poznat své reálné možnosti** a vyrovnat se s nimi. Pokud se naučí přijímat pomoc druhých, pak je se svým postižením vyrovnán. U lidí se získaným postižením přetrvává **tendence srovnávat se zdravými vrstevníky** a potřeba nějak se jim vyrovnat.

10.4. Dospělost postiženého člověka.

Dospělost je charakterizována schopností převzít odpovědnost za své činy, pro které se člověk svobodně rozhodl. V tomto směru jsou postižení omezeni, protože se vždy svobodně rozhodovat nemohou. Postižený jedinec **není schopen vždy zvládnout všechny požadavky dospělosti**. Tyto požadavky lze rozdělit do tří oblastí: **profese, partnerství, rodičovství** :

- **Profese:** S ohledem na postižení se značně zužuje okruh profesního výběru a uplatnění. Jakmile si to postižený uvědomí, může se začít projevovat způsobem, který nazýváme **druhou krizí identity**. Postižený by se měl integrovat do prostředí, se kterým nemá zkušenosti a opětně se potvrzuje jeho odlišnost. Profesní aktivita může uspokojit řadu potřeb postiženého, aktivizovat jeho schopnosti a podpořit sebevědomí..
- **Partnerství:** Postižený člověk má omezené možnost, jak získat partnera. Většinou vyhledává partnera mezi stejně postiženými. Může mít však neúměrné požadavky a představy, které neodpovídají možnostem. Objektem zájmu se pak většinou stávají zdraví asistenti. Handicapovaný člověk se může vzdát role partnerství a zůstat závislým na rodičích, hověť si v jejich péči.
- **Rodičovství:** Je většinou handicapovaným lidem obtížně dostupné. Záleží vždy na hloubce postižení. V rámci generalizované obrany prosazují tito lidé **právo stát se rodiči**. V tomto smyslu se postižení chovají jako příslušníci etnických menšin..

10.5. Sociální význam zdravotního postižení.

Zdravotní postižení je trvalou vlastností jedince, proto se může stát jeho zařazení do společnosti obtížným. Má také určitý subjektivní význam.

Postoj společnosti k postiženým bývá odmítavý nebo ambivaletní. To je důsledkem nepochopení a nepochopení jejich problémům. Ambivalentnost se projevuje na jedné straně soucitem pro neštěstí, které je postihlo, na druhé straně vzbuzují hrůzu a odpor jako symboly něčeho negativního. V těchto postojích se projevují určité stereotypy, které můžeme charakterizovat jako **předsudky**. Předsudky jsou vždy rigidní, iracionální a obtížně ovlivnitelné novými fakty. Jsou vždy nepřesné, emočně zkreslené a nesprávné způsoby hodnocení situace, ale pro laika vlastně výhodné: nemusí se namáhat uvažováním o věcech, které nezná, jsou to schémata zafixovaná staletími. Slouží jako laické diagnostické kritérium, podle něhož bývají postižení posuzováni. Jejich charakteristikou je **tendence ke generalizaci**. Postižený člověk má určitá práva v rámci svého **statutu a sociální role**. Má právo na ohledy a toleranci, ale **není** rovnocenným členem society. Za určitých okolností může být handicap považován za **sociální stigma**. Jedná se zejména o nápadnosti zevnějšku, chování, komunikaci. Ty vyvolávají nechuť až odpor a přesvědčení, že si za tento stav může rodina

postiženého nějak sama, je to trest. **Jde o způsob jakým jsou tito jedinci vnímání a na základe toho akceptování.**

Se strany postižených se ke světu zdravých rovněž setkáváme s řadou podivností a odchylek, které souvisí s rodinným prostředím a osobností postiženého. Můžeme pozorovat tendence k izolaci od zdravé populace, sklon vytvářet **specifické skupiny** podle charakteru postižení. Setkáváme se s **postojovými stereotypy** zahrnující pocity ukřivdění a podezíravost.

Integrace: Je to **začlenění postiženého jedince do společnosti zdravých takového typu, aby zde mohl bez problémů žít, cítit se přijat a sám se s ní identifikovat.** Je to dvoustranný proces, který je výsledkem procesu učení, V úvahu musíme brát postoje zdravých i postižených a z nich vyplývajících způsobů chování.

Integrace má **různé stupně**, které na sebe navazují. **Základní** je přijetí postiženého rodinou, adekvátní citová podpora, celkový přístup. Na základě něj pak může postižený zvládat další stupně na úrovni **školy, profese** a dalších .

Problémy s nemocí, postižením a omezením života někdy rodiče nebo pacienti sami nedokážou zvládnout a vyžadují proto odbornou pomoc. U dětí je to herní terapeut, který jim vysvětluje různé procedury a zbavuje je tak úzkosti z neznámého. Psychické problémy a poruchy adaptace pak řeší psycholog.

Kapitola XI.

ZRAKOVÉ POSTIŽENÍ.

Je značný rozdíl v osudu člověka, jehož postižení je vrozené nebo je získal během života. Existují také různé stupně zrakového postižení od úplné slepoty (spíše vzácná) přes různé stupně slabozrakosti, refrakterní poruchy až k lehkým formám krátko- a dalekozrakosti. Náš zájem budeme věnovat nejtěžším formám zrakového postižení.

V oblasti zrakové percepce **rozlišujeme několik funkcí**, které mají z psychologického hlediska různý význam:

- **Zraková ostrost**, tj. přesnost zrakové diferenciace na blízko a dálku. Mohou být postiženy v různém, stupni.
- **Preference různého stupně osvětlení** souvisí s charakterem postižení. Některé poruchy vyžadují silnější světlo (degenerativní procesy sítnice), některé šero (světloplachost).
- **Zorné pole** určuje rozsah vidění. Podle postižení můžeme hovořit o skotomech v zorném poli – centrálně nebo periferně. Postižení mají problémy při vnímání v určité oblasti a také při komunikaci, protože v určitém místě nevidí.
- **Barvocit** nepředstavuje větší problém, je-li narušen. Má vliv pouze při profesích řidičů (daltonismus) nebo těch, které vyžadují rozlišování barevných rozdílů (textil).

11.1. Postižení jednotlivých zrakových funkcí:

Jedná se o **postižení samotného orgánu vidění - očí někdy kombinovaného i poruchou inervace.**

1. **Postižení optického aparátu oka**, což znamená neschopnost akomodace oční čočky – důsledkem je těžká krátkozrakost. Lze korigovat brýlemi.
2. **Postižení dalších částí oka** nebývá kombinováno postižením CNS, ale jeho prognóza není dobrá a nelze je korigovat (glaukom).

3. **Postižení sítnice a zrakového nervu** nelze korigovat. Mohou progredovat nebo být stacionární. Problém je, že souvisí s dalšími handicapy v oblasti pohybové a mentální. Vznikají zpravidla mechanicky útlakem zrakového nervu úrazem, nádorem, zánětem. Souvisí s některými chronickými nemocemi jako diabetes, RS.
4. **Kortikální postižení zrakových funkcí** je dáno postižení okcipitální části kůry nebo drah, které se na zrakovém vnímání podílí. Poruchy vznikají okolnostmi kolem porodu, většinou v důsledku krvácení do mozku. Orgán zraku je neporušen nebo jen minimálně, dítě vidí, ale nerozpoznává viděné objekty. Proto se tyto lidé s nechovají jako nevidomí. V některých situacích reagují jako normálně vidící, jindy jako nevidomí. Např., dobře rozlišují barvy, ale nechápu je - pojmenují barvu, ale až poté, co předmět ohmatali. Často odvrací pohled od předmětů a ohmatávají je bez kontroly zraku. Takové chování je pro ně typické. Označujeme je jako **dysгноzie resp. agноzie**. Jsou časté u dětí s DMO. Diagnostika centrálních poruch vidění je velmi obtížná a lze ji provést až po prvním roce života.

Zrakové postižení může mít **tři stupně závažnosti**:

1. **Slabozrakost**, tj. omezení zrakových funkcí o 5-15%. Tito lidé jsou schopni běžné orientace a jejich psychický vývoj je v zásadě normální.
2. **Praktická nevidomost**, resp. zbytky zraku znamená méně než 4% běžné kapacity zraku. Pokud jsou takto postiženi vrozeně, vyžadují speciální výchovnou péči.
3. **Nevidomost** znamená chybění tvarového vidění, ale rozlišuje světlo a tmou, někdy i směr světla. Úplná nevidomost je vzácná a je spíše následkem chybění oka (enukleace).

11.2. Psychologická charakteristika zrakově postižených.

Poznávací schopnosti:

Zrakové vnímání je hlavním zdrojem poznatků o okolním světě. Když je poškozen je nezbytné jej nahradit zbylými smysly

- **Sluch** je jedním z nejdůležitějších náhradních způsobů vnímání. Nevidomí si jej proto **musí vycvičit ke značné citlivosti**. Sluchově získávané informace nevidomí preferují, protože nejsou tak náročné na procesy analýzy a syntézy, jako vlastní smyslová zkušenost.
- **Hmat** se stává spolu se hlavním zdrojem přísunu podnětů. Je kvalitativně odlišný, proto přísun podnětů není tak bezprostřední a snadný. Hmat si dokáží nevidomí a slabozrací vycvičit do té míry, že cítí stlačování vzduchového sloupce před sebou i okolo sebe, a tak se vyhýbají překážkám. Hmatem se orientují nejen ve světě věcí, ale i v sociálních situacích (ohmatávají obličej). Hmat však omezuje člověka na tzv. **haptický prostor** tj. oblast, kam dosáhne. Zajímavá je hmatová přecitlivělost, zejména na chlupaté tkaniny - plyš, samet - projevující se odporem až "husí kůží" při doteku. Sluchem rozlišují slabozrací a nevidomí odstíny hlasů různých lidí a hlas je jim charakteristikou pro sympatie a nesympatie, slouží k orientaci ve známém i méně známém terénu a sluchová signalizace je uplatněna i ve speciálních pomůckách (hole, PC).
- **Čich** přispívá k jemnější diferenciaci lidí, krajiny, ročních období.
- **Rozvoj myšlení je spojen s rozvojem řeči ve větší míře, než u zdravých.** Kromě komunikační funkce je to jeden z kompenzačních mechanismů omezeného zrakového vnímání. Komunikace umožňuje poznávat a díky ní netrpí úroveň verbální inteligence.

Ta není na smyslové vnímání vázána. **Verbalismus** je tendence učit se všemu na verbální úrovni, i když nechápeme obsah pojmů, se kterými operujeme.

- **Důležitá je sluchová paměť.** Ta se rozvíjí mnohem lépe než u zdravých, protože přístup k informacím je ztížen, Stejně tak funguje i hmatová paměť, již zdraví lidé prakticky nevyužívají.

Socializace je závažnějším zrakovým postižením značně ztížena, protože omezuje možnost **získat potřebné sociální zkušenosti a naučit se přiměřeně reagovat v odlišných nebo blízkých situacích.**

- Nevidomí mají problémy s **neverbální komunikací.** Oni sami mají zpravidla méně výrazné mimické projevy nebo různé automatismy. Ty mají význam pro partnera, nikoliv pro postiženého a tak může docházet k nedorozumění.
- Na druhé straně nejsou zrakově postiženému **přístupny neverbální projevy vidícího partnera** a tak mu unikají některé významy verbálního projevu.
- Vlivem nedostatečných zkušeností nemají dostatečnou schopnost diferenciací situací a tím i **sociálního porozumění**.
- Jsou ochuzeni o **učení nápodobou**, které je hlavní zdrojem sociální zkušenosti vidících.
- Mají obtíže s **orientací v neznámém prostředí**, což vede k posílení závislosti na okolí.

11.3. Vývoj zrakově postižených dětí a dospívajících.

Kojenecký věk:

U dětí slepých nebo slabozrakých je nezbytná **časná diagnostika** poruchy spojená s **časnou vývojovou stimulací**, která si klade za cíl využít a rozvinout využívání i zbytků zraku co nejefektivněji a zároveň využívat k poznání světa náhradních smyslů. Proto se jim pomáhá nápadně barevnými a lesklými plochami, světýlky, odrazovými sklíčky na hranách nábytku a místností. Dále se využívá ozvučených i neozvučených hraček s různou kvalitou povrchu (tvrdý, měkký, drsný, hladký apod.).

Vývoj zrakově postiženého dítěte probíhá v závislosti na obtížnosti zrakového postižení. Při vhodné stimulaci může probíhat téměř normálně, ale s určitým opožděním.

- Jejich **aktivační úroveň je nižší**, protože je odkázáno na podněty z jiných modalit než zrakových. Může se jevit jako apatické. Zároveň se **opožďuje senzomotorická inteligence** jako důsledek nedostatku možností k poznávání svého okolí.
- Skoro slepé a slepé děti **opožděně uchopují hračky, prakticky nelezou a neobracejí se, ale používají náhradní styl** např. lezení - posunují se po zedečku (jsou jistější a ruce zůstávají volné k prozkoumávání okolí). Chodit začínou až mezi 2. a 3. rokem. Větší problémy nastanou, když se ke smyslovému postižení připojí postižení mentální nebo tělesné.
- U nevidomých dětí často pozorujeme **určité zvláštnosti v chování.** Časté jsou **automatické, stereotypní pohyby** - kývání se na kolenou, vrtění hlavou - které jsou typické též pro mentálně opožděné děti. Ty vyvolávají nežádoucí pozornost veřejnosti, která je interpretuje jako projev mentální retardace. U nevidomých a slabozrakých dětí však nejsou projevem mentální retardace, ale snahou o stimulaci CNS. Zrak je totiž jediným smyslovým orgánem, který nás stimuluje kontinuálně, pokud bdíme. Chybí-li tato kontinuální stimulace, má člověk tendenci si ji zprostředkovat jinak. Je-li však stereotypií příliš mnoho, mohou působit rušivě a nepříznivě ovlivnit další psychický vývoj dítěte. Stereotypním pohybům lze dodat smysl cíleným využitím např. houpačky, vytleskávání rytmických celků, podupávání.

Jiným zdrojem dodávání podnětů je **mačkání očí** - vyvolává vjem světýlek, hvězdiček před očima. Proto je nezbytné co nejdříve dodávat dítěti podněty prostřednictvím ostatních smyslů - hmatu, sluchu, čichu a chuti.

- Narušen je i **sociální kontakt**, protože chybí pohled z očí do očí, mimika je chudá a výzva ke kontaktu je doprovázena ztišením dítěte ne radostnými projevy (úsměv, poskakování, hlasový doprovod) jako u vidoucích dětí. Dospělí tak, protože neví že dítě nevidí nebo nemají informace o zvláštnostech nevidomých, mají pocit, že je dítě “nevnímá” a “odmítá”. Rodiče potřebuje skutečně kvalitní informace a pomoc, aby dokázali dítěti porozumět a tím mu i účelně pomoci např. potřebuje delší dobu na naučení se novým dovednostem, emoce se lépe odečítají z ruček, déle přetrvává separační úzkost.
- **Vývoj řeči** je poznamenán problémy s artikulací, protože řeč si člověk osvojuje nejen odposloucháváním, ale také pozorováním. Porozumění obsahům slov je nedokonalé, proto je také mnoho nepřesností při užívání jazyka. Na nevidomé je nezbytné hovořit pomalu a srozumitelně. Zvláštností nevidomých je hra s mluvidly (vydávání různých zvuků), která u běžných dětí mizí s vyslovením srozumitelných slov.

Batolata a předškolní věk:

- **Narůstá význam kompenzačního významu hlavně sluchu.** Dítě preferuje takové, které mají smysl, což splňuje řečová stimulace, která musí odpovídat věku dítěte. Experimentace s mluvidly pokračuje na vyšší úrovni – experimentuje se slovy. Jde o vhodný typ autostimulace.
- **Rozvoj řeči souvisí s rozvojem poznávání.** U nevidomých mnohem zdlouhavější a obtížný proces, protože je závislý na verbální složce podnětů. Rodiče musí dítěti vše popisovat, což je u komplexních jevů dost složité.
- **Senzomotorické poznávací aktivity** jsou rovněž vázány na verbální doprovod. Haptické poznávání je obtížné, pomalé a složité, protože je nutno s kousků skládat celek..
- **Hmat** se musí cílevědomě cvičit, ale děti to dělají nerady. Je to mnohem složitější a obtížnější. Setkáváme se rovněž s odporem k určitým typům povrchů.
- **Automatické pohyby** vzniklé v předchozím období se stávají nápadnější a jsou zdrojem negativního hodnocení v oblasti sociální – podceňování dítěte, považuje se za mentálně retardované.
- **Samostatná lokomoce** –dítě dohání opoždění z kojeneckého věku a při vhodném vedení se úspěšně rozvine samostatná chůze s jistým opožděním. U některých dětí pozorujeme nechuť k samostatné lokomoci – vedení je bezpečnější.
- **Proces separace** je o něco delší a složitější, Projevy vzdoru se pozorují spíše v předškolním věku nebo se neobjeví vůbec. Závislost na matce a známém prostředí souvisí s problémy s orientací v neznámém prostředí a opožděnou lokomocí.
- **Sociální chování** se vyvíjí v závislosti na rodinném prostředí. Pokud je dítě vhodně stimulováno, nejpozději v předškolním věku dokáže navazovat a udržovat sociální kontakt.

Školní věk a dospívání:

Vývoj dítěte ve škole a během dospívání má stejný charakter jako u kteréhokoliv handicapu. Jde o omezené možnost osamostatnění se, protože musí nacvičit nové trasy cest. Je odkázán na pomoc druhých při popisu prostředí.

U dětí s menší vadou zraku, která jim umožňuje návštěvu běžné ZŠ se vyskytují okruhy problémů související s jistou odlišností vzhledu (šilhání, silné brýle). Tyto děti jsou často vystaveny posměchu i šikaně se strany spolužáků a vyskytují se u nich spíše psychosomatické

problémy (bolesti břicha, hlavy) a neurotické potíže.

Kapitola XII.

POSTIŽENÍ SLUCHU A ŘEČI.

Sluchové postižení se vyskytuje v různém stupni od úplné hluchoty až k nedoslýchavosti různého stupně. Stejně jako u poruch zraku, i u sluchového postižení je úplná hluchota spíše výjimkou. Ve smyslu společenském je lehká nedoslýchavost větším handicapem, než úplná hluchota.

12.1. Typy a výskyt sluchových poruch:

Jednotlivé typy se liší **místem vzniku v uchu** a změněným vnímáním zvuků a řeči.

- a) **Převodní vada** je důsledek postižení vnějšího nebo středního ucha (lehká porucha - zalehlé ucho). Postihuje především vnímání hlubokých tónů a vnímání lidského hlasu, zejména jeho dynamiky a melodie. Může docházet k záměnám samohlásek, ale není pravidlem. Kompenzace do jisté míry zesílením zvuku. Bývá následkem otitid. Navštěvují běžnou školu, ale jejich potíže mohou být přehlédnuty a považovány za nepozornost. Lze kompenzovat sluchadly.
- b) **Percepční vada sluchu** postihuje vlastní orgán sluchového vnímání - Cortiho orgán v hlemýždi nebo sluchová nerv. Postiženo je vnímání vysokých tónů, řeči a diferenciací hlásek (např. sykavky). Slyšení je charakterizováno nepravidelnými výpadky skupin hlásek. Zesílení zvuku vyvolává nepříjemný pocit. Jde o středně těžké až těžko postižení.
- a) **Kortikální postižení sluchových funkcí** vznikají v důsledku vývojového nebo traumatického postižení CNS v oblastech sluchového vnímání. Postižení je zpracování slyšeného zvuku nebo řeči - nerozumí.

Stupeň sluchového postižení

Stanovení stupně sluchového postižení je důležité pro další výchovu a vývoj nedoslýchavého nebo neslyšícího.

- 1) **Hluchota** je ztráta sluchu větší než 110 dB. Lidé s tímto postižením nejsou schopni vnímat řeč.
- 2) **Zbytky sluchu**, u nichž tvoří sluchová ztráta více než 91 dB. Nemohou vnímat řeč ani jiné zvuky dobře ani s pomocí sluchadla. Slyší ledacos, ale neumí to interpretovat, nerozumí jim a nediferencují je. To nestačí k rozvoji řeči, zejména u vrozených postižení.
- 3) **Těžkou nedoslýchavostí** označujeme poruchu sluchu v rozmezí 71-90dB. Těmto lidem lze pomoci kvalitní sluchadly a jejich pomocí vnímají řeč běžným způsobem. Hranic pro bezproblémové osvojení řeči je sluch v pásmu středně těžké nedoslýchavosti, tj. 56-70 dB.

Doba vzniku:

Je rovněž významné, kdy k poruše sluchu dojde, zda je to **vrozená vada**, která vznikla v době prelingválního vývoje nebo **získaná**, kdy člověk již má vytvořenu řeč, ale postupně nebo

náhle ohluchne v důsledku nemoci nebo úrazu. Každý stupeň postižení je jedinečný v tom, jak daný jedinec dokáže využít i jen zbytků sluchu. Z hlediska sociálních je často malá nedoslýchavost horší problém než úplná hluchota.

Časná diagnostika je u poruch sluchu stejně důležitá, jako u poruch vidění. Čím dříve dostane dítě nebo dospělý naslouchadla, tím méně problémů. Dítě se naučí prakticky normálně mluvit, dospělému se neztratí svět a možnosti společenského uplatnění.

12.1.2. Psychologická charakteristika sluchově postižených.

Komunikace.

Pomoc spočívá buď v nasazení naslouchadel u lehčích vad. U vad bez možnosti korekce sluchadly pak výukou speciálních forem komunikace.

Artikulovaná orální řeč:

Učí nedoslýchavé a neslyšící mluvit hlasem, tedy tak, jak hovoří běžní lidé. Kontakt je navázán odezíráním se rtů partnera. Je zakázáno gestikulovat. vychází se z předpokladu plné integrace neslyšících do společnosti. Je však značně obtížná dovednost pro lidi s těžkou poruchou sluchu. Je způsob, který pro ně není vhodný, ale ovládnutím této dovednosti nejsou nápadní. Motivaci k učení se orální komunikaci mají spíše děti s dobrou inteligencí, podnětným rodinným prostředím a navštěvující běžnou ZŠ. Ke snaze o zlepšení může vést zařazení neslyšícího mezi slyšící skupinu.

Obtíže při komunikaci s neslyšícím.

Odezírání je značně namáhavá činnost, Neslyšící se musí naučit odezírat pohyby mluvidel a odhadovat obsah řečeného. Je také umožněno pouze v přímém kontakt s jediným mluvčím v poloze „z očí do očí“. Odezírat můžeme maximálně 30 min a zachytí se asi 30% informace. Ve skupině už není neslyšící schopen sledovat tok komunikace. Stejně postavení má neslyšící, který využívá zbytky sluchu. Také on je odkázán na klidné prostředí a kontakt s jedním člověkem.

Aktivní verbální projev při orální komunikaci má spoustu omezení, které lze utřídit následovně:

- **Fonologická oblast řeči:** Bez sluchové kontroly se obtížně ladí dýchání a mluvení. Jsou proto obtíže v **artikulaci a melodii řeči**. Řeč se stává méně srozumitelnou a vyznívá monotónně. Také přiměřená **hlasitost řeči** je problém, neslyšící často hovoří nápadně hlasitě. Postiženým v prelingválním období pak dělají problémy různě znějící hlásky v různých uskupeních (např. d se čte jako t).
- **Sémantická oblast.** Neslyšící mají zpravidla menší slovní zásobu a mohou slova i zaměňovat nebo nesprávně používat. Problémem je i chápání kontextu sdělení.
- **Syntaktická oblast.** Vyznačuje se neschopností používat gramatické jevy, dodržovat např. slovosled, pády, tvary sloves podle časování apod.
- **Pragmatická složka.** Jde o sociálně-řečovou kompetenci , kterou nemohou neslyšící nikdy úplně dosáhnout.

Neverbální komunikace: znakový národní jazyk.

Využívá k řeči mimiky a pantomimiky v systému speciálních gest , které nahrazují mluvenou řeč. Je důležitá při ranné stimulaci - učení řeči u batolatům lepší rozvoj pojmového myšlení. .

Využívá se u nich jak samostatně, tak i v kombinaci s verbálním doprovodem.

Je založen na **vizuálně-motorickém kódu** a aktivuje stejná řečová centra v levé hemisféře jako verbální komunikace. Pro **těžce sluchově postižené** je výhodným komunikačním prostředkem. Ke vlastně přirozeným pokračování preverbálních aktivit i zdravých dětí. Nevýhodou je malá část lidí, kteří tento jazyk ovládají.

V případě narození neslyšícího dítěte je výhodné jestliže je alespoň jeden z rodičů neslyšící, protože naučí své postižené dítěte komunikovat přirozeně znakováním nebo orálně.

Znaková řeč je proti verbální řeči **zjednodušený a úspornější systém komunikace**.

Znaková řeč neobsahuje gramatiku, jednotlivé znaky vyjadřují podstatná, přídavná jména i slovesa, nemá předložky a zápor se vyjadřuje jinak. Doprovodná mimika upřesňuje význam sdělení.

Vedle znakového národního jazyka existuje **znakovaná řeč**, kterou používají tlumočníci a která převádí do znaků i gramatiku, doslovně překládá sdělení. Pro neslyšícího s nedokonalou znalostí jazyka může být méně srozumitelná.

Prstová abeceda vyjadřuje jednotlivými polohami prstů písmena, sdělování je zdlouhavé.

Totální komunikace:

Experimentálně - učí dva učitelé. Jeden znakuje a slyšící učitel cvičí orální dovednosti, žáci se učí odezírat se rtů dospělých i gestikulaci.

Specifické rysy poznávacích schopností.

U neslyšících je omezen přísun verbálních podnětů. Dochází proto k **omezenému přístupu k poznávání okolní reality**, protože neslyšící je odkázán jen na bezprostřední vizuální nebo haptický styk. Tato specifická subdeprivace vede k **nápadnostem v poznávacích procesech**. **Myšlení** je díky tomu více **vázáno na konkrétní realitu**, na skutečný svět, proto je obtížné pro neslyšící dosáhnout stadia abstrakce a uvažovat hypoteticky. Vázanost na aktuální realitu způsobuje obtíže v plánování budoucnosti a bilancování. Rozvoj logických operací je velmi nesnadný a opožděný a i pojmové myšlení se rozvíjí problematičtě.

Sluchové postižení vytváří informační bariéru. Nedosažitelnost určitých informací nelze s úspěchem nahradit čtením, protože je omezeno chápání významu slov, zejména v e významu přeneseném či metafyzickém (poezie). Také psaný projev bývá chybný a plný nesprávně použitých významů- V laické veřejnosti to vyvolává dojem nedostatečné inteligence.

Socializace sluchově postižených.

Její hlavní problém spočívá v **nedokonalé orientaci v sociálním prostředí**. Protože všemu nerozumí nebo jen zčásti, mohou být **snadno desorientováni** a zmateni. Pokud jde o neslyšící od **útlého věku**, jsou často **neschopni pochopit kontext určité situace** a vhodně se zachovat. Mají sklony reagovat s menší dávkou sebeovládání, impulzivně.

V **kontaktu se slyšícími** jsou potíže porozumění na obou stranách, ale neslyšící může mít pocit nejistoty, bezmoci a méněcennosti. Proto zůstávají neslyšící často sociálně izolována a pak mají sklony sdružovat se stejně postiženými v jakousi minoritu.

Problém nastává, když se **neslyšícím rodičům narodí slyšící dítě**. To pak dělá svým rodičům vlastně průvodce a tlumočníka a zastává tak na svůj věk nepřirozeně odpovědnou roli, která se může promítnout při větší zátěži až do neurotických potíží.

12.1.3. Vývoj sluchově postižených dětí.

Většina neslyšících dětí se rodí slyšícím rodičům. To samozřejmě handicap dítěte vnímají jako jakékoliv postižení a musí se s ním vyrovnat. Potřebují však určitou pomoc, aby poskytovali dítěti adekvátní vedení. Bez náležité pomoci se nedoslýchavé či neslyšící dítě může dostat do sociální izolace s vážným důsledky pro formování osobnosti jedince.

Bez adekvátní stimulace a komunikace se dostává do sociální izolace. U dětí útlého věku, které si vůbec nevytvořily základy řeči hrozí komunikační a informační bariéra.

Kojenecký věk.

U dětí probíhá vývoj v podstatě normálně. I neslyšící dítě začne broukat, protože broukání je reflexní děj. Jeho hlasový projev nepokračuje a stává se monotónním. Řeč se nevyvíjí vůbec nebo se značným opožděním a s artikulačními problémy. Problémy se stupňují s postupem věku a s tendencí dítěte vyjádřit vlastní přání a pocity.

V současné době lze sluchovou vadu diagnostikovat poměrně časně, v prvních měsících života a zahájit patřičnou léčbu nebo nápravu. Včasná diagnostika umožňuje kompenzaci vhodnými pomůckami nebo specifickou stimulací s rozvojem adekvátního způsobu komunikace. Kontakt s matkou a dostatek taktilně-kinestetických podnětů je významný pro normální psychický vývoj dítěte.

Batole a předškolní věk.

Během batolecího věku je nejnápadnější další opoždění řeči. U **nedoslýchavých**, kde lze použít sluchátka, dítě opoždění velmi rychle dohání. U **ostatních dětí** musíme zvolit vhodný způsob komunikace, nejčastěji **znakovou řeč**. **Orální komunikace** je pro vrozeně sluchově postižené značně obtížná a nikdy nedosahuje úrovně přirozené řeči slyšících.

I omezenou **sluchovou percepcí lze rozvíjet**. Dítě se může učit rozeznávat určité vibrace, zvuky a chápat jejich souvislosti s určitým dějem nebo objektem. To může přispět ke zlepšení kognitivních schopností dítěte.

Sociální vrůstání je omezeno nedostatečnou schopností chápat sociální situace a adekvátně na ně reagovat. Přesto by mělo během předškolního věku docházet k osamostatňování dítěte a vystavování ho sociálním stykům se zdravou populací. Pokud se tak nestane, dítě komunikuje pouze s matkou a preferuje hračky nebo sebe a o sociální vztahy ztratí zájem.

Škola.

Zařazení neslyšícího dítěte do běžné školy je zatím možné **pouze s tlumočnickem**. Překážky spočívají v nedostatečném orální komunikaci a nemožnosti celé vyučování odezírat. Integrace do běžné školy tak zatím zvládají jen **výrazně nadané děti se zájemem**, které jim pomáhá zvládat nároky výuky. Výhody integrace spočívají v získávání větších zkušeností v sociálních dovednostech.

Kontakt se stejně postiženými vrstevníky zase dodává neslyšícím pocit, že nejsou sami, mohou si vyměnit zkušenosti a sdílet své specifické problémy.

12.1.4. Sociální význam sluchového postižení.

Majoritní společnost má především tendenci považovat neslyšící za méně inteligentní. Vychází to ze zvláštností komunikace a chování neslyšících. Odjakživa byli neslyšící považováni za méněcenné a nevzdělavatelné. Tento předsudek je stále živý.

Neslyšící zase mají tendenci slyšící podezírat, že se jim vysmívají nebo je pomlouvají a zahájit tak obranný postoj vůči nim.

12.2. Postižení řeči a jazyka.

Jazyk je soubor symbolů. Je to komunikační a kognitivní kód. **Řeč mluvená i psaná je konkrétní jazykovou dovedností.** Řeč je soubor dovedností, které jsou výsledkem kombinace vrozených dispozic, a přiměřené kvalitní stimulace. V dospělosti se na kvalitě řeči podílí způsob života a zájmy člověka. **Neurokognitivní síť** je poměrně rozsáhlá a patří k nejmladším mozkovým strukturám. Jakékoliv narušení jí samotné nebo koordinace jednotlivých částí se projeví jako **porucha řeči**. Většina center řeči je umístěna v **levé hemisféře**, nejznámější jsou Brockovo a Wernickeovo centrum. **Pravá hemisféra** se podílí na schopnosti porozumět řeči jak slyšené, tak i mluvené. Její vliv je důležitý i pro porozumění čtenému textu. **Z podkorových oblastí** jsou významné talamus a bazální ganglia. Podílí se na aktivizaci korových center. Rozsah a lokalizace řečových center jsou značně individuální.

Jazykové kompetence.

Můžeme je posuzovat z 5 hledisek, která vznikla jako výsledek neurofyziologických výzkumů mozku:

1. **Fonologicko-fonetická složka** zahrnuje hlasovou stránku řeči, kvalitu výslovnosti jednotlivých hlásek, slov a celého projevu. Patří sem také hodnocení plynulosti a intonace projevu. Centrálně jsou řízena ze spánkových center levé hemisféry.
2. **Lexikálně-sémantická složka** zahrnuje především rozsah a kvalitu slovní zásoby, a to jak aktivní, tak i pasivní a rozlišování druhů slov.
 - a. **Sémantická diferenciac**e závisí na součinnosti levostranných struktur v čelní a spánkové oblasti
 - b. **Lexikální diferenciac**e je závislá závisí na centrech v levém spánkovém laloku.
3. **Syntaktická složka** je kompetencí v užívání gramatických pravidel, dodržování větné stavby. Důležité je Wernickeovo centrum
4. **Prozodická složka** se týká mimoslovních projevů expresivní řeči – melodie, přízvuky, rytmus, přestávky, apod. Jsou podmíněny funkcí pravé hemisféry a vytváření kontext sdělovaného.
5. **Pragmatická složka** zahrnuje adekvátnost a efektivitu řečového projevu. Do hry vstupují zkušenosti a dovednosti. Fyziologicky řada další center.

12.2.1 Typy postižení řeči a jazyka.

Postižení jazyka a řeči má hlavní význam pro omezení možnosti komunikovat. Zároveň se podílí na problémech kognitivního vývoje člověka.

Specifické vývojové poruchy řeči a jazyka.

Jde o závažnější **narušení rozvoje řečových funkcí a jazykových kompetencí**, které přetrvává z raného věku. Nejde o prosté opoždění řečového vývoje, ale o závažnější

poruchu. Její diagnostika je značně obtížná, protože vývoj řeči patří k nejvíce individualizovaným psychických funkcím.

Poruchy řečových funkcí nalézáme častěji u chlapců, a to v poměru 3 : 1 ve srovnání s dívkami. Celkově je takto postiženo asi 2% populace. Do diagnostických kritérií nepatří poruchy řeči spojené s dalšími vývojovými poruchami – mentální retardace, kombinované vady apod.

Vývojové poruchy artikulace:

Vývojová dysartrie.

Jde o poruchu motoricky mluvidel, která se projeví poruchou fonologicko-fonetické, tj. formální složky řeči. Jde často o hůře srozumitelný projev, který nesouvisí s obsahem a porozuměním slovnímu vyjádření na straně mluvčího. Porucha artikulace ztěžuje sociální kontakt a je veřejností negativně přijímána. Proto děti s touto poruchou nerady hovoří.

Vývojová dysartrie se vyskytuje poměrně často, asi u 3% dětí – včetně méně závažných problémů. Je 2-3x častější u chlapců. Etiologicky zde mají vliv genetické dispozice a pre- a perinatální rizika.

Klinické projevy jsou charakteristické postižením artikulace, zejména neschopností vyslovit hlásky, jejich komolením, vynecháváním či zaměňováním. Řeč je obtížně srozumitelná. Ve školním věku se přidává **artikulační neobratnost** jako neschopnost správně vyslovit delší a složitější slova, hlavně soubory souhlásek. Jiné problémy dítě zpravidla nemá, někdy je řeč spíše nepřesná, setřelá, méně diferencovaná, huhňavá.

Dyslalie.

Tato porucha se vyznačuje chybnou výslovností některých hlásek, zejména artikulačně náročných – o, r, ř, l, k a sykavky. Dítě tyto hlásky zaměňuje s jinými nebo je vynechává a tak mluví méně srozumitelně. Dyslalie je vcelku normální do 5 let věku, pokud přetrvává, je namísto logopedická péče. **Specifické asimilace** jsou typické neschopností vyslovit určité hlásky v kombinacích (t, r – traktorista).

Vývojová dysfázie.

Tato porucha se projevuje závažným opožděním a specifickým narušením vývoje řečových funkcí. Úplná neschopnost mluvit – **afázie** – je velmi vzácná.

Vývojové dysfázie se dělí na **4 typy**, podle funkce řeči, kterou postihují:

- 1. expresivní porucha řeči**
- 2. receptivní porucha řeči**
- 3. fonologická dysfázie**
- 4. sémanticko-pragmatická porucha.**

Toto členění je didaktické, nelze jednotlivé poruchy od sebe striktně oddělit. Narušení jedné z funkcí řeči zpravidla ovlivní celkový řečový projev. Dysfatické poruchy jsou výrazně individuální ve svém vývoji i projevech, protože se zpravidla nevyskytují izolovaně.

Dysfázie bývá obvykle **spojena s dalšími vývojovými poruchami a problémy** a zapadá do obrazu různých kombinovaných vad.

Výskyt a příčiny vzniku: Vyskytují se asi ve 3-5% populace. Jsou méně časté než artikulační vady. Častěji se vyskytuje u chlapců, kde je důvodem pomalejší vyzrávání levé

hemisféry vlivem působení hormonu testosteronu. Častější se expresivní než receptivní porucha řeči.

Předpokládaná příčina je biologická, její základem je obvykle **bilaterální poškození mozkových funkcí**. Byly nalezeny abnormality ve vývoji fyziologické asymetrie obou hemisfér a zvláštnosti ve stavbě center v levé hemisféře. Uvedené odchylky mohou být podmíněny **geneticky**, můžeme předpokládat i vliv **teratogenních faktorů v prenatálním období**.

1) Expresivní vývojová dysfázie.

Jedná se o postižení aktivní složky řeči, tj. kvality vlastního vyjadřování. Porozumění řeči je normální. Typické je narušení obsahu i formy řeči. Řeč bývá opožděna, ale děti mají o komunikaci zájem. Domlouvají se především **neverbálními prostředky** – gesta, mimika. Děti s touto poruchou mají malou slovní zásobu, užívají jen **omezený okruh slov** a užívají **nápadně krátké věty**. Ve **větné stavbě** pozorujeme četné odchylky a také **agramatismy**. Jejich řečová **omezenost není v souvislosti s úrovní kognitivních funkcí, usuzování a řešení problémů**. Prognóza této poruchy je dobrá.

2) Receptivní vývojová dysfázie.

Tato porucha je charakterizována **sníženou schopností porozumět řeči**, ale zároveň bývá postižena i expresivní funkce. Opoždění řeči je nápadné, protože dítě se nemůže naučit dobře mluvit, když řeči nerozumí. Diagnostiky významné je, že dítě není schopné pochopit pokyny a přání dospělých. Receptivní dysfázii můžeme dále dělit na tři podtypy:

- a) **Poruchy zpracování verbálních informací**. Dítě není schopno diferencovat jednotky sdělení, jeho výkon se zlepší, kdy se zpomalí tempo řeči a zvýrazní se jednotlivé části sdělení.
- b) **Porucha sémanticko-lexikální**. Dítě nerozumí významu jednotlivých slov a neumí je správně rozlišit.
- c) **Porucha verbální paměti**. Dítě si špatně pamatuje nová slova a stejně těžko si je vybavuje. Verbální učení je horší.

S receptivní dysfázií je spojeno **narušení kognitivního vývoje**, které souvisí s problémy v porozumění. Rozvoj předpojmového a pojmového myšlení je omezen a výrazně zpomalen.

3) Fonologická porucha.

Jde o specifickou poruchu sluchové diferenciaci jednotlivých fonémů. Projevuje se obtížemi v porozumění některých zvuků. Porozumění obsahu řeči není narušeno. Obtíže jsou však v poruše artikulace, protože dítě není schopno chybně slyšené hlásky správně reprodukovat. Nutno diferencovat od pravých poruch artikulace vyšetřením svalů mluvidel.

4) Sémanticko-pragmatická porucha.

Jedná se o poruchu správného komunikačního použití řeči. Řeč je charakteristická nepřesnou a neobratnou v artikulaci, nepřiměřenou reakcí na otázky, omezenou schopnost v odhadu významu slov apod. Často zahrnuje i poruchu gestikulace.

Poruchy plynulosti řeči – balbuties.

Hlavní charakteristikou této poruchy je **narušení plynulosti řečového projevu**, jehož obsahová kvalita není narušena. Nejčastěji dochází k opakování první slabiky slova nebo prvního slova ve větě. Může se projevit i protahováním slabik nebo hlásek, váháním, přestávkami. Tyto projevy narušují plynulost řečového projevu. Mohou se přidat **souladné souhyby končetin nebo grimasy**.

Na počátku vývoje řeči se může objevit porucha, která se nazývá **fyziologické iterace**. Tato porucha souvisí s neobratností mluvidel batolete, malou slovní zásobou a velkou chutí komunikovat. Projeví se jako zadržávání a opakování první slabiky. Porucha odezní s dalším vývojem řeči.

Porucha se vyskytuje asi u 1% dětí školního věku, více u chlapců než dívek v poměru 2 : 1.

Příčina vzniku této poruchy není úplně jasná. Původně byla považována za neurózu a spojovala se s tendencí přecvičovat levoruké děti na pravoruké. Po odeznění těchto tendencí během konce 50. a na počátku 60. let, ubylo i projevů koktavosti z těchto příčin.

V současnosti se považuje koktavost za **neuromuskulární poruchu**, která vzniká vlivem odlišnosti funkcí CNS v obou hemisférách. Tyto poruchy se projevují narušením vývoje řeči, jeho zpomalením a narušováním různě dlouhými latencemi. Balbutici, podle nejnovějších koncepcí, potřebují k rozvoji jednotlivých řečových funkcí více času. Dispozice k této poruše je rovněž **geneticky podmíněná. Psychosociální vlivy mají spíše funkci vyvolávající nebo udržovací.**

Elektivní mutismus.

Jde o poruchu sociálních vztahů. Postižené dítě **hovoří bez zábran doma nebo s matkou.**

S ostatními lidmi nebo v cizím prostředí, nemluví. Je spojena ne se schopností mluvit, ale se **zvláštnostmi osobnosti, které mohou být i dědičně podmíněny** – odtažitostí, úzkostností, zvýšenou citlivostí nebo vzdorovitostí. Je stejně častá u obou pohlaví. V anamnéze můžeme objevit opoždění vývoje řeči nebo artikulační problémy.

Získané specifické poruchy řeči a jazyka.

Získané afázie nebo dysfázie:

Často souvisí s **poraněním mozku nebo procesem poškozujícím mozek** – infekce, nádor, zejména v oblasti levé hemisféry. V dětském věku se hodnotí jako získané teprve **po druhém roce věku**, do té doby jsou považovány za vrozené. V dětství jsou také charakteristiky a důsledky postižení jiné, než v dospělosti. V dětském věku může dojít k **přesunu center řeči**. Vlivem patologických vlivů jsou obvyklejší expresivní poruchy vzhledem k rychlejšímu dozrávání motorických center, která jsou fylogeneticky mladší, proto snáze poškoditelná. U dětí je prognóza mnohem příznivější.

Typy afází.

Jsou stanoveny pouze orientačně, nelze je přímo spojit s určitým centrem, i když se k němu převážně vztahují:

- **Senzorická plynulá afázie je důsledkem poškození Wernickeho oblasti.** Hlavním příznakem je porucha porozumění řeči, zrychlené tempo řeči, zaměňování hlásek i slov, přesouvání a špatné zařazování slov ve větě.
- **Motorická neplynulá afázie je důsledkem poškození Brockova centra.** Řeč je pak zpomalená a má podivný přízvuk. Častá je agramatická stavba věty i tvarů slov. U

některých typů neužívají pacienti slovesa, podstatná nebo přídavná jména. Řečový projev je nápadně zkratkovitý. Může se objevit i porucha artikulace.

- **Transkortikální afázie** vzniká jako důsledek poškození okolí obou center a postihuje schopnost propojení činnosti obou. Může být narušeno jak porozumění, tak i schopnost řeči.

Landauův-Kleffnerův syndrom.

Jde o **specifickou afázii, dysfázii, která se spojuje s organickým poškozením CNS a epilepsií**. Dítě se zpočátku vyvíjí normálně, teprve mezi 3. -8. rokem přestává rozumět řeči a verbálně se vyjadřovat. Jde o genetickou poruchu. Zhoršení může být náhlé nebo pozvolné. Intelekt dětí zůstává intaktní. Přidávají se však emoční poruchy a poruchy jednání – neklid, hyperaktivita, agresivita. Nápadnosti v chování souvisí s vědomím ztráty možnosti komunikace.

Symptomatické poruchy řeči a jazyka.

Jsou to důsledky jiných porucha a onemocnění:

- **Mentální retardace** primárně působí opoždění veškerých psychických projevů. Poruchy řeči jsou charakteru chudého slovníku a omezených komunikačních dovedností, artikulační nepřesnost, breptavost, šišlavost.
- **Autistické děti** mají poruchu komunikace jako jeden z hlavních příznaků poruchy. Odchylný je i vývoj řeči.
- **DMO** – v rámci poruchy hybnosti jsou postiženy i svaly mluvidel. Poruchy řeči jsou dysartrického spektra nebo dyspraktického typu. Plynulost řeči může být ovlivněna i mimovolnými pohyby.
- **Sluchová postižení** mají samozřejmě za následek poruchy expresivní i receptivní řeči.
- **Psychotické poruchy** mají specifické projevy komunikace. Řeč pacientů může oplývat neologismy, bizareriemi, šroubovanými větami, U některých forem je typický mutismus.
- **Roztroušená skleróza** je v pozdějších stádiích charakteristická skandovanou, explozivní a nepravidelnou řečí – vyrážení slabik, nepravidelné tempo a hlasitost apod.
- **Parkinsonova choroba** se vyznačuje tichým, monotónním, zpomaleným a nedostatečně modulovaným řečovým projevem.
- **Úrazy hlavy, nádorová onemocnění, cévní mozkové příhody** postihují řeč v soulad s postižením určitých mozkových struktur.
- **Sociokulturní handicap** se týká zejména minorit odlišného jazyka nebo přistěhovalců. Tyto nedostatky lze cílenou výchovou a stimulací odstranit.

12.2.2. Psychologická charakteristika řečově postižených.

Poruchy řeči a jazyka se nejvíce projevují v oblasti **kognitivních funkcí a sociálním zařazení**.

Člověk s poruchou řeči, ať už kteréhokoliv typu, **působí vždy jako jedinec s nižší úrovní rozumových schopností a vzdělanosti**. Je to dáno tím, že **nemůže vyjadřovat své myšlenky** adekvátně a tak ztrácí na kompetentnosti. Navíc jsou poruchy řeči často spojeny s dalšími handicapem – somatickými, specifickými poruchami učení nebo jsou následkem onemocnění nebo úrazu. To značně snižuje možnosti uplatnění postižených osob.

Porucha v komunikaci narušuje **i proces socializace. Neschopnost nebo omezená schopnost vyjadřovat vlastní přání, názory nebo reakce na podněty z okolí je prožívána jako frustrující.** Důležitým aspektem je také **subjektivní hodnocení** poruchy řeči. Většinou vede k **poruše sebehodnocení a sníženému sebevědomí.** Protože je jeho mluvní produkce nápadná a vyvolává negativní odezvy z okolí, může postižený **omezovat svůj řečový projev a dostává se tak do sociální izolace.**

12.2.3 Vývoj dítěte s poruchou řeči a jazyka.

Vývoj řeči je natolik individuální, že stanovit nějaké normy nebo pravidla je velmi obtížné.

Batolecí a předškolní věk:

S poruchou řeči je spone problém v rozvoji kognitivních a sociálních dovedností:

- **Kognitivní schopnosti:** V této oblasti bývá narušen rozvoj verbálního myšlení a symbolického uvažování. Tento způsob bývá nahrazen senzomotorickým způsobem poznávání. To je však nižší stupeň myšlení. Nedostatečná znalost slov a jejich špatná diferenciací vede často ke stagnaci vývoje myšlení.
- **Socializace:** Vzhledem ke snížené schopnosti diferencovat verbální signály je pro dítě obtížné pochopit určité instrukce a pravidla a tím porozumět světu kolem sebe. Pozice dítěte, které jen obtížně chápe verbální instrukce a nedokáže adekvátně reagovat je pozice ve společnosti značně nesnadná a vede k jeho odmítání až ostrakizaci, zejména mezi vrstevníky. Neschopnost se vyjadřovat a neochota okolí mu porozumět může vést k afektivním výbuchům až agresivního charakteru nebo negativismu.

Školní věk:

Nástup do školy představuje pro děti s poruchou řeči značnou zátěž. Jde o to, že dítě musí plnit náročné výukové požadavky a dostává se do obtížného postavení jako člen skupiny.

- **Školní výkon:** Je narušen obtížným vyjadřováním správných myšlenek i odpovědí a nebo nesnadnou srozumitelností řečového projevu. U dětí s řečovými problémy se také častěji vyskytují specifické poruchy školních dovedností (dyslexie, dysgrafie), které jejich problémy ještě prohlubují.
- **Vztahy se spolužáky:** Porucha řeči velmi komplikuje postavení dítěte v kolektivu, Získat přijatelné sociální postavení je pro takové dítě značně obtížné. To vede k pocitům frustrace, méněcennosti a deprese. Vede to k obranným reakcím, které mohou vést ke stažení se do izolace nebo afektivně-agresivním výbuchům.

Kapitola XIII.

MENTÁLNÍ RETARDACE.

13.1. Inteligence (intelekt)

Inteligenci lze chápat jako souhrnnou neboli globální schopnost jedince účelně jednat, rozumně myslet a aktivně se přizpůsobovat prostředí. (Wechsler)

Dosud neexistuje všeobecně přijímaná definice inteligence.

Intelligence je **nejsložitější formou chování člověka** v procesu jeho neustálého přizpůsobování měnícím se podmínkám ve vnitřním a vnějším prostředí.

Inteligenci je nutno chápat jako **výslednici interakce vrozených vloh a vlivu prostředí ,které umožnilo rozvoj zvláštních schopností** na jejich základě. Intelligence označuje globální úroveň které příslušný jedinec dosáhl v rozvoji svých schopností ,jako je schopnost samostatného logického myšlení, vědomého zapamatování a učení a volního soustředění.

Někdy označujeme inteligenci popisně jako mentální úroveň (u malých dětí).

Lidé se navzájem liší jednak celkovou úrovní svých schopností -úrovní globální inteligence - jednak strukturou těchto schopností čili větším či menším stupněm dosaženého vývoje jednotlivých schopností.

Stejně globální úrovně inteligence mohou tedy dosáhnout jedinci s rozmanitým poměrem rozvoje jednotlivých schopností.

Jsou-li jednotlivé schopnosti neboli složky rozvinuté relativně rovnoměrně je globální úroveň poměrně shodná s rozvojem jednotlivých složek. Jinak je tomu v tom případě,kdy rozvoj jednotlivých složek je rozdílný.Jde o vývoj nerovnoměrný,disproporcionální (jako je tomu např. u DMO)

Dosažená inteligence není neměnná, stálá, ale kolísá fyziologicky nebo se mění patologicky. Některé složky inteligence se snižují v průběhu stárnutí.

Začátek fyziologické deteriorace je individuálně různý podle celkového zdravotního stavu,životosprávy, pracovní historie,dosažené úrovně inteligence a vlastností osobnosti.

Defekt inteligence neboli mentální defekt je způsoben organickým poškozením struktur CNS buď v průběhu nitroděložního života nebo v dalším vývoji,bývá zpravidla trvalý, ireverzibilní.

Organická poškození CNS po ukončení rozvoje rozumových schopností může rovněž vyvolat defekt -tento stav označujeme jako demenci.**Získané snížení intelektu** označujeme také termíny **deteriorace, regrese, mentální deficit**. Demenci rozlišujeme podle stupně postižení psychických funkcí na úplnou a částečnou.

Mentální retardace není nemoc, ale stav, charakterizovaný celkovým snížením intelektových schopností, který vznikne buď jako **vrozený stav nebo může být důsledkem úrazu, onemocnění, degenerativního procesu v CNS**. Je obvykle doprovázen poruchami adaptace, zpomalením vývoje a omezením možností ve vzdělání a společenském uplatnění. Uvedené charakteristiky mohou být různého stupně a mohou být komplikovány tělesným či smyslovým handicapem, či kombinací všech typů postižení dohromady. Na vzniku mentální retardace se podílí celá řada činitelů, jejich značná část je známa. Mnoho sice víme o genetických mutacích (Downův syndrom - trisomie 21 chromozómu), o rizikových faktorech v těhotenství (rubeola), porodních komplikacích (hypoxie, asfyxie), o vlivu infekcí, alkoholu, drog a jiných činitelích, ale ani to vše nemůže vysvětlit více než 50% případů narození dítěte s mentální retardací.

Většinou se patrně jedná o **kombinaci řady faktorů, jejichž společné působení vyvolá poruchu vývoje CNS již v prenatálním období a jež nemůžeme předvídat**.

Stupeň mentální retardace se vyjadřuje v hodnotách inteligenčního kvocientu (IQ).

Pouhé číslo však nic neřekne o skutečných možnostech dítěte. To je nezbytné vyjádřit spíše profilem či strukturou mentálních schopností, které zjišťují speciální psychologické metody (vývojové škály, testy inteligence). Jejich údaje musí být doplněny hlediskem kvality zvládnání běžných životních situací. Jde o to, že rozložení schopností je často velmi nerovnoměrné, zhoršená kvalita se týká zejména myšlení a vyjadřovacích schopností, ale paměť může být velmi dobrá nebo i vynikající (u lehké mentální retardace).I v rámci jednoho stupně mentální retardace se mohou jednotlivci velmi lišit co do svých schopností v závislosti

na stylu rodinné výchovy (podněcující - zanedbávající) a na tom, zda skutečně vyrůstají v rodině či v ústavním prostředí.

13.2. Měření inteligence.

K měření inteligence používáme speciální nástroje – testy. Ty jsou konstruovány již od konce 19. století, zprvu jako nástroje měření vývojové úrovně dítěte (Binet, Simon. Buehlerová), později přímo zaměřené na úroveň mentálních schopností v rámci celoživotního vývoje (Raven, Wechsler, Amthauer). Některé z nich jsou schopny vypovědět pouze číslo IQ, jiné umožňují konstruovat profil jednotlivých verbálních a prakticko-manipulačních schopností. Rada z nich je závislá na školských vědomostech a kulturním zázemí. Konstruují se i metody, které jsou kulturně a školsky nezávislé – pracují z obrazovým materiálem. Ty se využívají v transkulturních výzkumech nebo při vyšetření klidů z odlišným kulturním zázemím. Existují specifické metody pro handicapované lidi – nevidomé.

Intelligenční kvocient byl vypočítán podle vzorce

$\frac{\text{mentální věk}}{\text{chronologický věk}} \cdot 100 =$

chronologický věk

přičemž mentální věk ukazuje stupeň rozumového vývoje a chronologický věk označuje dobu od narození.

13.2. Škála inteligenčních kvocientů:

Pro jednotlivé stupně mentální retardace je následující:

- 90 - 115 průměrná inteligence
- 70 - 89 podprůměrná inteligence, slaboduchost
- 55 - 69 lehká mentální retardace
- 40 - 54 střední mentální retardace
- 25 - 39 těžká mentální retardace
- 0 - 24 hluboká mentální retardace.

Stupně inteligence jsou stejné pro všechny lidi na světě. Někteří mají k rozvoji svých schopností lepší, jiní horší podmínky. Souvisí to nejen s majetkem, ale i s přístupem společnosti k vlastním menšinám a systémem vzdělávání.

Mentální retardace má vliv na celý průběh vývoje dítěte. Jeho PSM vývoj probíhá pomaleji, jeho reakce jsou často nejasné a pro okolí málo srozumitelné. Matka může mít dojem, že ji dítě nevnímá a neodměňuje dostatečně a neposkytuje mu adekvátní podněty a podporu. Mentálně retardované děti mají celou škálu stereotypních pohybů a aktivit, které jsou navenek nápadné a komplikují přijetí dítěte rodinou. Mentálně retardovaní velmi rádi jí a jsou často obézní, Zároveň mají i poměrně značnou tělesnou sílu, pro kterou mohou být těžko zvládatelní, pokud jsou eretičtí.

13.3. Lehká mentální retardace:

Do tohoto pásma spadají dvě úrovně inteligence, a sice:

a) **podprůměrná inteligence (slaboduchost) IQ 89 - 70.**

Zjistí se zpravidla poměrně pozdě, až před vstupem do školy nebo během první třídy, kdy dítě nestačí nárokům běžné ZŠ. Během časného vývoje se takové dítě neopozďuje nápadně.

Formy hry, hygienické návyky a sebeobsluha je nenápadné, protože i vývojové normy pro hodnocení jsou velmi volné. Postižení začne být nápadné až v okamžiku, kdy musí dítě začít využívat myšlenkových operací a pružně se přizpůsobovat nárokům učiva. Zpravidla

zvládnou i základní školu, ale s horším prospěchem nebo opakují některé třídy. Děti více podprůměrně se zpravidla doporučují do zvláštních škol. Jejich myšlení je konkrétní, vyžaduje názor. Normálně se vyučí a celkem úspěšně se uplatní v běžné životě. Žijí v manželství s dětmi. Ženy mohou být velmi dobré např. kuchařky, zahradnice. Muži mohou být manuálně šikovní a dobré řemeslníci.

b) vlastní lehká mentální retardace IQ 69 - 55.

Myšlení dětí s lehkou MR je nepružné a stereotypní, vyžadující názorné pomůcky a pomalejší postup výkladu. Tyto podmínky splňuje zvláštní škola, kterou děti absolvují s velmi dobrým prospěchem a mohou se pak vyučit i v různých učebních oborech. Jsou schopni zvládat i běžný život, dokážou se postarat sami o sebe a někdy i o rodinu. Jejich problém spočívá v tom, že jsou velmi důvěřiví a mohou být obětí podvodu, využívání a zneužívání, šikany. Nižší úroveň inteligence pak úspěšnost uplatnění v praktickém životě komplikuje. Mají problémy např. ve styku s úřady, špatně se orientují v různých službách (pošta, bankomaty apod). Potřebuje při těchto akcích pomoc.

13.4. Středně těžká mentální retardace:

Opoždění PSM vývoje je nápadnější, a proto se zjistí již v ranném dětství. Nejnápadněji se opoždí řeč a sebeobsluha včetně hygienických návyků. Řeč se rozvine postupně tak, že je člověk se střední MR schopen domluvit se o běžných potřebách a problémech. Výuku zvládají dle osnov pomocné školy, tj. základní trivium (čtení, psaní, počítání) Při dobrém vedení jsou soběstační v sebeobsluze a mohou vykonávat jednoduché pracovní činnosti s dozorem (shrabování listí, sbírání ovoce). Podle stylu výchovy jsou mezi nimi značné rozdíly co do rozvoje optima dovedností.

13.5. Těžká mentální retardace:

Je zřetelná již od narození a často ji doprovází i další postižení - smyslová, somatická. Mnohé z těchto dětí se nenaučí nikdy ani žvatlat, některé žvatlají slabiky a jednoduchá slůvka. Celková úroveň, které dosáhnou, nepřekročí 2 - 3 roky. Ve výchově je nezbytné podporovat základní sebeobsluhu a hygienické návyky, domlouvání se gesty - ukazovat, vrtět a kývat hlavou apod. Dobře vedené dítě je klidné a spokojené, v činnosti aktivnější a dokáže relativně hodně.

13.6. Hluboká mentální retardace:

Je rovněž spojena s dalšími postiženími. Děti s tímto stupněm MR jsou imobilní, inkontinentní a zcela nesamostatné. Nikdy se nenaučí mluvit a porozumí jen velmi jednoduchým situacím, asi jako kojeneček. Je pro ně důležité vytvářet jim klidné prostředí, udržovat je v suchu a sytém. Klidnou atmosféru navodí jemná hudba, pestré hračky a jemná taktilní stimulace - hlazení.

Dětem s různým stupněm MR je třeba vždy věnovat přiměřenou pozornost, která směřuje k rozvíjení optima jejich schopností. Vzhledem k jejich důvěřivosti a snadné ovlivnitelnosti je musíme chránit před využíváním a zneužíváním od nečestných lidí a chránit též jejich lidskou důstojnost.

13.7. Programy na pomoc rodinám.

Na pomoc rodinám s dětmi s MR se rozvíjí řada pomocných aktivit - stacionáře, ústavní péče, programy stimulace potenciálních možností. Vedle toho existuje i zákonná norma na ochranu práv mentálně retardovaných "**Deklarace práv mentálně postižených osob**" přijatá OSN v roce 1971. V této deklaraci se zdůrazňuje rovnost práv všech lidí, právo na jistotu, život ve vlastní rodině, na právní a lékařskou péči, vzdělávání a rehabilitaci, na

ekonomické zabezpečení a profesionální uplatnění na ochranu před násilím a vykořisťováním. Je zde vyjádřena zásada, že žijeme **SPOLU** s mentálně retardovanými a ne **VEDLE** nich. Z toho pramení tendence o **plnou integraci mentálně postižených do populace**. Skutečná integrace znamená, že například ZŠ v určitém okrsku přijímá **VŠECHNY** děti z oblasti, které slouží, tj. tělesně, smyslově i mentálně postižené, kteří se účastní vyučování v různé míře a s osobním asistentem. Tento systém péče je však i ekonomicky velmi náročný a proto se s ním nesetkáme ani ve všech zemích západní Evropy a USA.

Na setkání expertů v roce 1979 v Paříži byl tento trend vyjádřen následovně: "Každé dítě má právo na vzdělání, Účel a cíl vzdělávání jsou v podstatě stejné pro všechny děti, zatímco metody a formy výchovy a vzdělání se mohou u jednotlivých dětí lišit. Výuka některých dětí vyžaduje podstatné úpravy učebních plánů a osnov, u jiných žáků jsou nutné úpravy menší... V budoucnu by měly být vyvinuty různé typy speciálně pedagogických programů. Některé však budou vyžadovat velmi intenzivní výchovnou péči." oblasti motoriky pak takřka vůbec ne. Opoždění v takových projevech jako je řeč či určité

O úspěšnosti ve výuce nerozhoduje pouze intelektový výkon dítěte, ale také např. schopnost koncentrace úmyslné pozornosti, adaptabilita při kolektivní práci, volní vlastnosti dítěte.

Intelektový výkon můžeme hodnotit tedy buď globálně nebo zvlášť oblast verbální a zvlášť oblast názorovou.

Jak jsme si již řekli, může být vývoj obou oblastí shodný, tedy rovnoměrný, ale také se mohou vyvíjet odlišně - vývoj může být nerovnoměrný.

MATĚJČEK: DESATERO PRO RODIČE POSTIŽENÝCH DĚTÍ.

1. Rodiče musí přijmout narození postiženého dítěte ne jako trest, ale jako úkol.
2. Rodiče mají vědět o svém dítěti co nejvíce.
3. Obětavost ano, ale ne obětování (rodiče mají povinnost udržovat se v dobré psychické a fyzické kondici).
4. Přijmout pravdu s výhledem do budoucnosti.
5. Dítě samo netrpí (platí jen pro MR a některé kombinované vady).
6. V pravý čas a v náležitě míře - každý krok v léčbě, rehabilitaci a výchově odpovídá mentální úrovni dítěte.
7. Nejme sami - kluby, sdružení, jiní rodiče.
8. Rodiče postiženého dítěte bývají citliví na zvědavou pozornost okolí.
9. Chraňte si manželství a rodinu - rozdělení rolí v rodině, vzájemná opora, komunikace pocitů a problémů.
10. Myslete na budoucnost - zaměřte se hodně realisticky. Např. další dítě až po pečlivém genetickém vyšetření a zvážení rizik.

Rozumět znamená pomáhat! Moci, chtít a umět! Pozor na soucit, může být velmi agresivní. Na rozdíl od skutečné podpory

Kapitola XIV.

JAK JEDNAT S HANDICAPOVANÝM ČLOVĚKEM.

V této kapitole si uvedeme základní zásady jednání s hlavními skupinami handicapovaných spoluobčanů. Na úvod některé společné zásady.

Na postiženého člověka je nezbytné pohlížet především jako na člověka, spoluobčana a pak teprve jako na postiženého. Před slovem občan, člověk neužíváme v běžném hovoru přídomek “handicapovaný” nebo “postižený” a nepoužíváme tato slova ani jako samostatné označení určité skupiny osob. Označení člověka pouze těmito přívlastky jej snižujeme a zbavujeme jeho osobnost přirozené důstojnosti. Pamatujme tedy, že **je to především občan a teprve potom občan se zdravotním postižením.**

Zdravotní postižení může vznikat nemocí, úrazem, vrozenou dysfunkcí, degenerativním procesem. Nemusí se však jednat o nemoc jako takovou. Mnoho lidí se zdravotním postižením **není** nemocných, ale trpí poruchou funkce různého stupně a různého rozsahu. Naproti tomu lidé skutečně chronicky či těžce nemocní, u nichž není postižení na první pohled patrné, mohou mít mnohem větší obtíže a omezení než lidé se zjevným handicapem. Musíme zároveň pochopit že i lidé se zdravotním postižením mají právo žít vlastní život a děti vyvíjet se v rámci svých možností. Je proto nezbytné se varovat přílišného protektorství a vtíravých nabídek k pomoci či sentimentálnímu litování. Varujme se rovněž netaktnosti a nevyslovujme před handicapovaným spoluobčanem potěšení z toho, že nemáme žádné zdravotní potíže či omezení.

S postiženým člověkem se snažme hovořit přímo bez zprostředkovatele. Výjimkou jsou sluchově postižení komunikující totálním způsobem a vyžadující tlumočení. Buďme připraveni pomoci takovým spoluobčanům zařadit se do skupiny a zajistit mu přiměřené přijetí. Taktně mu umožněme sledovat tok hovoru event. chůze. Pokud chceme probrat s takovým člověkem jeho osobní problémy, činnme tak v soukromí, mezi čtyřma očima.

S dospělým a dospívajícím zacházejme přiměřeně jejich věku - netykejme jim bez jejich dovolení anebo jen tehdy, když je důvěrně známe. Užívejme přiměřených oslovení včetně titulů, které postižený spoluobčan vlastní. Přizpůsobme se tempu postiženého, může totiž potřebovat více času než se vyjádří či si uvědomí cíl svého jednání. Pokud mu chcete pomoci, pak se přímo zeptejte a necit'te se uražení, pokud ji odmítne.

Oceňme vždy to, co člověk s postižením **může a umí**. Uvědomme si, že jej mohou omezovat více, než jeho vlastní postižení zábrany, které má a které mu vytváří sociální i materiální prostředí .

14.1.Zásady týkající se konkrétních typů zdravotního postižení:

14.1.1. Člověk s tělesným postižením:

- Umožněte, aby měl vždy berle či vozík v dosahu.
- S vozíkem pojíždějte jen tehdy, pokud to majitel dovolí nebo žádá, nikdy najednou a bez kontroly postiženého člověka.
- Pokud chcete s člověkem na vozíku hovořit delší dobu, sednete si, abyste měli oči ve stejné rovině. Pro člověka sedícího níže se velmi nepříjemné se zaklánět, aby na vás viděl. Zároveň je tato poloha subjektivně nepříjemná, protože vzniká dojem, že stojící vyjadřuje nadřazenost a nadutost.
- Nikdy se neopírejte o vozík, mohl by se nenadále rozjet a ohrozit člověka, který v něm sedí.

14.1.2. Člověk s vadou řeči:

- Nespěcháme na něj, věnujeme mu plnou pozornost, chováme se povzbudivě a nesnažíme se ho opravovat.
- Je-li to třeba klademe otázky, na které lze odpovědět krátce nebo jen ano-ne. Porozumění dáváme najevo kývnutím hlavou či úsměvem.

- Pokud nerozumíme, nepředstíráme opak a zopakujeme větu až k místu odkud nepochopíme smysl. Reakce mluvčího nám dají stopu. kudy dál.

14.1.3. Člověk se sluchovým postižením.

- Chceme-li mluvit s neslyšícím, musíme na sebe upozornit, např. dotykem na ruce rameni. Postavíme se tak, aby na nás dobře viděl. Pokud se jedná o nedoslýchavého, snažíme se jít do klidnějšího prostředí.
- Hovoříme s pečlivou artikulací, pomalu a pečlivě. Snažíme se, aby naše tvář byla osvětlena a naše pohyby rtů dobře viditelné. Nemusíme ani křičet ani mluvit do ucha. Pokud má člověk naslouchadlo, tak bychom jej ohlušili, pokud neslyší, nemá hlasitost žádný efekt.
- Pokud máte dojem, že vám neslyšící neporozuměl, pak použijte jiný prostředek - jednodušší formulace, napsat.
- Je-li přítomen tlumočnická znaková řeč, obraťte se v hovoru na neslyšícího, nikoliv na tlumočnicka.
- Ovládáte-li znakovou řeč, pak ji používejte. pokud jí dává neslyšící přednost.

14.1.4. Člověk se zrakovým postižením.

- Při setkání se zrakově postiženým se srozumitelně představíme a pokud jsou s námi další osoby, představíme i je včetně jejich lokalizace (Radek je napravo).
- Když chcete začít s rozhovorem, oslovte zrakově postiženého jménem a hovořte normálním tónem jako obvykle.
- Chcete-li konverzaci ukončit, řekněte to.
- Chcete-li nevidomému podat ruku, musíte mu to říci. Jestliže nevidomý ruku podává, bez váhání ji přijmeme, i když je to muž a podává ruku ženě (jediná výjimka ze společenských pravidel). Pokud nemůžete ruku podat, musíte to říci.
- Pokud chcete zrakově postiženého doprovázet, zeptejte se ho, zda si to přeje. Při vedení jej berte za loket, je to pevnější držení než za ruku a člověka tak lze jemněji navádět určitým směrem. Nesmíme zapomenout upozornit na schod a informovat o každé změně směru.
- Pokud chceme, aby si zrakově postižený sedl, vedeme jeho ruku k okraji sedadla nebo mu přisuneme židli až do podkolenních jamek, aby cítil hranu sedadla.
- Pokud podáváte peníze, pak podle velikosti hodnot. Zrakově postižení většinou dovedou rozeznat jednotlivé bankovky a mince hmatem. Přesto říkejte, jakou bankovku či minci podáváte a kolik.

14.2. Ve vztahu zdravotně postižený a léčebné zařízení platí následující zásady:

- Vycházíme z fyzických a psychických možností klienta a s tím související potřeb. To znamená, že napřed zjistíme co všechno klient dovede a pak vytváříme terapeutický plán.
- Zjistíme si, jakou strategii při zvládnání těžké životní situace klient užívá nebo jaký je obvyklý v jeho rodině. Na základě těchto poznatků pak pomáháme klientu najít nový smysl života či obnovit stávající.
- Vytvářet ovzduší důvěry a posilovat sebedůvěru klienta samotného, protože bez vztahu důvěry mezi klientem a personálem se v terapii nic nedaří.
- Umět čekat a mlčet. Slova jsou často zbytečná a družné mlčení pomáhá mnohem více.
- Pacienta jen provázíme (přizpůsobujeme se jeho tempu), nesnažíme se mu pomáhat za každou cenu, necháváme ho zvládnout vše, na co mu stačí síly a schopnosti. Snažíme se rozvíjet další oblasti dovedností a cílem zlepšit jeho samostatnost. Jeho snahu oceňujeme i při sebemenších úspěších.

- Pracujeme se zdravou částí klienta, využíváme zdravých končetin, smyslů jako náhrady postižených a oslabených.
- Vyžadujeme od klienta činnost. Žádné zbytečné ulehčování či zjednodušování a v rámci možností klienta postupně zvyšujeme nároky.
- Snažíme se o optimální stupeň samostatnosti klienta. Nevnučujeme cizí pomoc, snažíme se naopak, aby klient jednal co nejsamostatněji a sami se držíme v pozadí.
- Vzájemně dávat a brát ve vztahu klient - terapeut.
- Při terapii jednotlivců využíváme skupinových forem - skupiny klientů s podobným či shodným postižením si vyměňují názory a zkušenosti.

Literatura:

- Blažek B, Olmrová J.: Světy postižených. Avicenum, Praha 1988
- Brockert S.: Zvládání stresu. Melantrich, Praha, 1993
- Dunovský J.: Rodina a její poruchy ve vztahu k dítěti. MPSV, Praha 1986
- Jeník A, Dušek K.: Drogy a společnost. Avicenum, Praha 1990
- Koluchová J.: Psychický vývoj dětí v pěstounské péči. MPSV, Praha 1992
- Kraus J, Šandera O.: Tělesně postižené dítě, SPN, Praha 1975
- Krejčířová D, Říčan P a kol.: Dětská klinická psychologie. Grada, Praha, 1995
- Křivohlavý J.: Psychologie nemoci, Grada, Praha, 2002
- Křivohlavý J.: Jak zvládat stres. Grada, Praha, 1994
- Kvapilík J, Černá M.: Zdravý způsob života mentálně postižených. Avicenum, Praha, 1990
- Krch D.: Poruchy příjmu potravy. Grada, Praha 1999
- Langmeier J, Balcar K, Špitz J.: Dětská psychoterapie. Avicenum, Praha, 1989
- Langmeier J., Krejčířová D.: Vývojová psychologie, Grada, Praha, 1998
- Mareš J.: Dítě a bolest. Grada, Praha, 1997
- Marihuana. New Scientist, 1998
- Matějček Z.: Rodiče a děti. Avicenum, Praha 1998
- Matoušek O.: Rodina jako systém vztahová síť. Sociol. naklad., Praha 1997
- Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize, Oddíl Duševní poruchy a poruchy chování. SZO,
- Nešpor K.: Hazardní hra jako nemoc, Nakladatelství A. Krtilové, Praha 1994
- Psychiatrické centrum, Praha 1992
- Otroci zálib. Epocca, Madrid in. 101+1 ZZ, 1998, 4
- Pöthe P.: Dítě v ohrožení. Nakladatel. G + G, Praha 1999
- Říčan P, Krejčířová D a kol.: Dětská klinická psychologie. Grada, Praha 1995

- Vágnerová M.: Psychopatologie pro pomáhající profese. Portál, Praha, 2004
- Vágnerová M.: Vývojová psychologie, Portál. Praha, 2000
- Vymětal J.: Lékařská psychologie. Portál. Praha, 2003
- Vágnerová M, Hadj-Moussová Z, Štech S.: Psychologie handicapu. Karolinum, UK Praha
1999
- Vodák P a kol.: Problémy osvojení dětí. Avicenum, Praha 1986