

PhDr.Jana Severová,CSc.

**PSYCHOLOGIE pro bakalářské studium oboru fyziatrie a
rehabilitace.**

Brno 2006.

Obsah:

1) Psychologie jako věda.	3
2) 3) Psychologie nemocného	20
4) Nemocné dítě	29
5) Deset kroků k úzdavě	36
6) Porucha a onemocnění CNS	36
7) Psychologická problematika zdravotně postižených	54
8) Zrakové postižení	64
9) Postižení sluchu a řeči	68
10) Mentální retardace	77
11) Bolest	82
12) Problematika smrti a umírání	84
13) Frustrace a stres	87
14) Strach a úzkost	90
15) Relaxační a imaginativní techniky	92

1. PSYCHOLOGIE JAKO VĚDA.

1.1. PŘEDMĚT PSYCHOLOGIE.

Psychologie je vědní obor, který zkoumá psychické procesy, stavy a vlastnosti člověka, jejich změny během vývoje a v souvislosti s lidským a věcným prostředím. Zabývá se jak jejich normálními, tak i patologickými projevy, prevencí psychických krizí a selhání a léčbou psychických poruch.

Psychologie se často označuje jako věda **hraniční, což znamená, že předmětem svého zájmu zasahuje jak do věd společenských, tak i přírodních.** Se společenskými vědami má společný předmět - člověka, s vědami přírodními pak biologický základ některých projevů psychiky člověka.

V současnosti i minulosti vstupovaly do psychologie i poznatky věd **technických**, zejména při konstrukci přístrojů, jimiž se měřily různé projevy a procesy (reakční čas, výkon za časovou jednotku, rozdělování pozornosti a další).

Psychické procesy - vyjadřují průběh změny od nějakého počátečního stavu do stavu konečného. Jsou velmi rozmanité a řadíme k nim *funkce poznávací, citové, snahové*. Týkají se poznání, temperamentu, motivace a integrace. Jejich zdrojem je zpravidla nevyvážený stav jedince, nerovnováha působících sil mezi ním a okolím a cíle je dosažení vyváženého stavu buď uspokojením nebo nahrazením jinými činnostmi.

Psychické stavy - jde o vystižení nějakého celku, např. osobnosti, v určitém okamžiku, tj. přechodná nebo přítomná duševní kvalita, např. hlad, spánek, radost, která má svůj obsah, stupeň a trvání. V jednom časovém úseku se mohou vyskytovat různé psychické stavy. Jednotlivé stavy se mohou opakovat v různých časových úsecích. Stav svou povahou spoluurčuje psychické procesy (jinak se chová člověk klidný nebo rozčilený).

Psychické vlastnosti - jsou popisnými prvky struktury osobnosti, které nám umožňují předvídat, jak se konkrétní jedinec zachová v různých situacích a jak je bude prožívat. Považujeme je za vnitřní činitele, které mají dědičný základ a jejich projev ovlivňuje vývoj, výchova, životní a kulturní prostředí jedince. Základním prvkem je temperament, celek vlastností osobnosti se nazývá charakter.

Vývoj - to je celoživotní proces zahrnující komplex kvantitativních (růst, váhové změny) a kvalitativních (vývojová období) změn, které mají řadu společných rysů pro všechny lidi, ale jejich průběh je u každého jednotlivce individuální. Společné rysy jsou vyjádřeny vývojovými zákonitostmi, individuální stránka vývoje se zjišťuje specificky pro každého člověka zvlášť.

Vývoj můžeme definovat jako změnu struktury (biologické, sociální, psychické aj.) charakterizovanou těmito znaky:

1. Jde o změnu nevratnou
2. Jde o změnu zákonitou
3. Jde o změnu determinovanou zevnitř i zvenčí.
4. Jde o změnu od méně dokonalého k dokonalejšímu
5. Vývoj nespočívá v pouhém kvantitativním růstu, nýbrž v kvalitativních změnách.

Normální projevy - znamenají takové pozorovatelné projevy člověka, který se fyzicky i psychicky zdrav, dokáže se vyrovnat adaptivním způsobem se změnami i zátěží ve svém životě a

jeho chování odpovídá jeho věku přináležejícím životním zkušenostem.

Patologické projevy - to je odchylka od normálního průběhu a projevu psychických procesů, stavů a vlastností. Velikost a časová charakteristika odchylky pak určuje, zda je patologický projev jen náhodný či trvalý, zda je reverzibilní či ne a je-li ohrožující jedince či jeho okolí.

Prevence a terapie - Prevencí rozumíme obecně předcházení nežádoucímu projevu či poruše. V psychologii to znamená předcházení duševnímu selhání, což se děje pomocí šíření populárních informací a návodů, jak si uchovat duševní pohodu a vyrovnanost. Terapie nastupuje při projevech psychického selhání různého stupně a jde o záměrný zásah prostřednictvím specifických postupů, směřovaných k znovuoobnovení duševní rovnováhy a pohody.

Uplatnění psychologie je velmi široké. V průmyslu a dopravě se např. uplatňuje při výběru pracovníků pro náročná povolání, při rozboru a nácviku efektivních pracovních metod, při úpravě pracoviště, při konstruování strojů, při řešení vztahů mezi lidmi na pracovištích.

Dlouhou tradici má psychologie ve výchovně vzdělávací praxi při poznávání žáků, při rozpracovávání metod účinného učení, vyučování a výchovy, při rozboru příčin neprospěchu, při jejich překonávání, při řešení obtížných výchovných případů a specifických poruch učení.

Mnoho psychologů pracuje ve zdravotnictví, kde se zabývají prevencí diagnostikou, psychoterapií a duševní hygienou

Psychologie se uplatňuje i ve sportu, v reklamě, v armádě, soudnictví.

Psychologie **může v praxi pomáhat** všude tam, kde potřebujeme:

1. poznávat lidi
2. působit na lidi
3. uspořádat podmínky, ve kterých lidé pracují, působí, žijí

Psychologických poznatků užívají jednak odborní psychologové, jednak pracovníci dalších profesí, zejména těch v nichž záleží mnoho na práci s lidmi a proto se psychologie zařazuje do jejich odborné přípravy.

I.2. TYPY PSYCHOLOGICKÝCH VĚD.

Psychologie se obvykle dělí do tří skupin věd: **obecné, speciální a aplikované vědy.**

Obecné psychologické vědy zahrnují *obecnou psychologii, psychologii osobnosti, metodologii, dějiny psychologie.*

Obecná psychologie se zabývá nejobecnějšími problémy lidské psychiky a jejich změn v čase a formuluje obecné zákonitosti psychiky, jejího vývoje a formování. *Psychologie osobnosti*, která zkoumá psychické, sociální a biologické vlastnosti, rysy a stavy v zobecňující rovině. Její poznatky jsou základem konstrukce specifických standardních vyšetřovacích metod.

Metodologie se zabývá obecně metodami výzkumu psychiky člověka, pracuje s matematickými a statistickými postupy a modely.

Dějiny psychologie shromažďují informace o vývoji této vědy z historického hlediska, soustřeďují informace o osobnostech vědy a jejich názorech, o jednotlivých školách teorie i praxe psychologie.

Speciální psychologické disciplíny vycházejí z obecné psychologie, ale jejich předmět je užší, metody specificky zkoumající tento předmět. Jejich poznatky přímo slouží obecné psychologii, která je syntetizuje a zobecňuje. Paří sem:

Psychofyziologie se zabývá vzájemným vztahem fyziologických základů a psychiky a jejich vzájemný vliv.

Vývojová psychologie zkoumá vývoj člověka jednak jako druhu - fylogeneze, jeho duše v různých historických etapách - antropogeneze, změny během života jedince - ontogeneze a vývoj

jednotlivých procesů, stavů, schopností a dovedností - aktuální geneze.

Sociální psychologie je věda, která se zabývá vlivem sociálních faktorů na psychiku člověka a jeho utváření v sociálních situacích

Pedagogická psychologie zabývá se psychologickými zákonitostmi výchovy a vzdělávání člověka v jednotlivých etapách jeho života, především osvojováním vědomostí, dovedností a postojů, zabývá se psychickými procesy učitelů a žáků i samostatně se učících lidí.

Psychologie práce se zabývá vnitřními (schopnosti, pracovní motivace) a vnějšími (pracovní prostředí) podmínkami pracovního procesu vč. mezilidských vztahů, výběru pracovníků, tvorby týmů apod.

Aplikované psychologické disciplíny jsou takové typy psychologie, které využívají psychologické teorie, objevů a principů v takových oblastech, jako je např. vzdělávání, terapie, jednotlivá období života, náboženství, průmysl, obchod, reklama, sport, trestná činnost apod. Aplikovaných disciplín jsou desítky a každodenní život dává vzniknout dalším typům.

I.3. PSYCHOLOGICKÉ METODY.

Jako každá věda, má i psychologie své specifické cesty, jak se dobrat určitého cíle. Tyto cesty nazýváme metodami. Jednotlivé typy metod využívají jak teoretické, tak i speciální a aplikované psychologické disciplíny.

a) **Pozorování** je nejstarší vědeckou metodou, která v psychologii využívá lidských smyslů ke sbírání dat o vnějších projevech i vnitřních prožitcích lidí i sebe sama. Pozorování vnějších projevů se nazývá *extraspekce*, pozorování vlastních vnitřních projevů a prožitků *introspekce*. Pomocí pozorování získává odborník v praxi řadu cenných informací o klientovi nebo skupině osob.

Je-li pozorování využíváno jako vědecká metoda, musí splňovat řadu podmínek, aby bylo možné je považovat za cenné a relativně objektivní musí být plánovité a cílevědomé, tj. řízené, kontrolované a systematické. musí se přesně definovat, co má být pozorováno. Pozorování pak může být zjevné nebo skryté, může je realizovat jeden nebo skupina pozorovatelů a lze využívat i technických prostředků - film, video, magnetofon apod. k zaznamenávání pozorovaných jevů se často využívají seznamy projevů, kde se jejich počet či intenzita jednoduše hodnotí zaškrtnutím např. čísla na škále.

b) **Experiment** je čistě vědeckou metodou. Podle záměru pak rozeznáváme *e. laboratorní* - přísně kontrolované podmínky v laboratoři či na speciálním pracovišti a *e. přirozený* - podmínky jsou volnější, realizuje se v přirozeném prostředí (herna, třída). Oba typy experimentu však musí mít stanoveny hypotézy, přesně stanovený metodický postup a dvě skupiny zkoumaných osob - experimentální (je vystavena e. podmínkám) a kontrolní (není vystavena e. podmínkám). Experimentem se zpravidla testují hypotézy, které jsou formulovány jako kauzální vztah závislé a nezávislé proměnné.

c) **Dotazování** rovněž patří ke klasickým metodám. Je založeno na kladení otázek, které může mít tři formy:

a) osobní interview

b) telefonické interview

c) písemné pomocí dotazníku nebo ankety.

Důležitý je vztah důvěry klienta k psychologu, aby PO neztratila chuť odpovídat na dotazy a zároveň byl dosažen cíl rozhovoru. Dotazování slouží např. ke zjišťování dat osobní a rodinné anamnézy, k popisu problémů a k terapii. Podle toho, k jakému účelu je veden, je rozhovor buď

přísně strukturován - přesné pořadí otázek (anamnéza) nebo volnější, méně strukturovaný (problémy, terapie).

d) **Testy** jsou velmi rozšířenými nástroji psychologické diagnostiky. Podle účelu rozeznáváme testy průběhu vývoje, schopností a dovedností, organicity, zájmů, postojů, pozornosti, vztahů, normy a patologie osobnosti a další. Podle formy jsou to škály, dotazníky, kresebné testy, projektivní testy (verbální a neverbální), přístrojové metody, konstrukční metody a jiné.

e) **Analýza výtvorů** je rozborem výsledků lidské činnosti, zejména výtvarné a grafické - kresba, modelování, písmo, mimický nebo dramatický projev, a to podle kvantitativních i kvalitativních měřítek. Rozboru slouží např. i literární pozůstalost, deníky, dopisy a jiný písemný materiál. Cílem není jen diagnostika, ale i měřítko postupující terapie duševních poruch (neuróz, psychóz). nebo určitý vývoj.

2. PSYCHIKA NEMOCNÉHO.

Problematika nemocného člověka je tématem odborných prací nepřesahující posledních 40-50 let. První nesmělé zmínky nalézáme v podstatě až kolem 60. let 20. století. Před nimi pouze v antické medicíně.

Zájem o to, jak se člověk vlivem onemocnění mění, jak ho nemoc ovládá či jak s ní bojuje a ci to pro něj znamená vnesla do medicíny psychosomatická koncepce. V současnosti jde o pojetí bio-psycho- sociální –(imunologické).

Pacientem se zpravidla člověk nerodí, ale stává se jím. Stát se pacientem znamená projít určitým vývojem, který má stránku fyziologickou, patofyziologickou a psychologickou.

Mezi prvními pocity nevolnosti a rozhodnutím jít k lékaři proběhne určitý rozhodovací proces. Jedním z modelů tohoto rozhodovacího procesu je např. **model Zolův**:

1. Do jaké míry je daný člověk znepokojen až poděšen příznakem, který se u něj projevil.
2. Jaké povahy a kvality je tento příznak.
3. Do jaké míry tento příznak ohrožuje vzájemný vztah daného člověka s druhými lidmi, zvláště s nejbližšími.
4. Do jaké míry překáží objevení zdravotního problému uskutečnění zamýšlené činnosti (rekreační, pracovní)
5. Jaké sociální sankce stojí v pozadí dané situace (kdo má zájem na jeho léčení a kdo ne).

Pojetí nemoci je většinou chápáno jako opačný stav ke zdraví, tedy zjednodušeně. To je typické pro laické pojetí nemoci.

Zdravotní stav pacienta je však možno chápat v širším smyslu, jak to uvádí např. Křivohlavý.

ÚROVEŇ	PROCES	STAV
Organický stav (pohled patofyziologie)	choroba (disease)	Poškození, oslabení, snížení aktivity určité fyziologické činnosti (impairment)
Funkční stav (subjektivní poznání pacienta, jeho povědomí o tom, že něco není v pořádku)	nemoc (illness)	Neschopnost pracovat, nezpůsobilost (disability)
Sociální stav (pohled druhých lidí na daného člověka)	Nezdravý (sickness)	Zdravotně postižený člověk, invalida, člověk handicapovaný,

		znevýhodněný oproti druhým lidem. (handicap).
--	--	--

Tělesná nepohoda zasahuje celého člověka a tím vlastně smysluplnosti jeho života. Tento stav činí člověku obtíže i v sociálních vztazích a zhoršuje celkově kvalitu života postiženého nepohodou.

3.1. Somatická nemoc.

Každé onemocnění lze posuzovat ze tří hledisek:

- 1. Somatický aspekt** – to jsou somatické symptomy. Tělesné potíže související s určitou nemocí představují zvláštní problém a řadu omezení. Aktuální potíže, prognóza a představa závažnosti onemocnění vyvolává řadu psychických reakcí.
- 2. Psychický aspekt** – jde o souhrn emočních prožitků spojených s chorobnými změnami, jejich rozumové hodnocení a z toho vyplývající chování nemocného. Psychická reakce na nemoc je dána osobnostními vlastnostmi nemocného, jeho vývojovou úrovní, zkušeností, schopností chápat význam choroby pro svůj další život, emoční vyrovnaností a způsoby zvládání potíží.
- 3. Sociální aspekt** – je dán společenským hodnocením nemoci a z něj vyplývajícími postoji a chování laické veřejnosti. Postoj k nemocnému závisí na typu choroby, na osobnosti nemocného, jeho věku, premorbidním sociálním postavením pacienta, apod. ale i na dané společnosti, její vzdělanostní a kulturní úrovni.

3.2. Subjektivní obraz nemoci.

Nemoc lze hodnotit **objektivně** – odborné hodnocení. Pro člověka je však mnohem důležitější **subjektivní prožívání a hodnocení choroby**. Na něm totiž záleží jakou měrou bude pacient trpět určitou nemocí a jak bude celkově reagovat. Postoj k nemoci je značně individuální a každý člověk prožívá stejnou nemoc jinak.

Ukazuje se, že to, jak člověk vnímá a představuje si to, co mu, značně ovlivňují nejen *vnímání, ale i interpretaci* toho, co se děje s jeho zdravotním stavem. Jedná se o dva základní aspekty: (Křivohlavý)

a) Vnímání příznaků a jejich rozpoznávání jako závažných příznaků nemoci.

- *Rozdíly mezi lidmi* – individuální charakteristiky spojené s vnímáním toho, co se mnou děje. Někdo považuje maličkost za smrtelnou chorobu, jiný vážný příznak za maličkost.
- *Rozdíly v typu osobnosti* – Jsou lidé méně a více citliví. Méně citliví se v zahraniční literatuře nazývají „blunting“ – necitlivost, otupělost. Citliví až přecitlivělí pak „monitoring“ – dozor, dohled citlivý detektor i sebenepatrnějších změn ap.
- *Osobní zaměření* – Dva typy osobností. **Typ A** je člověk, který mají příliš intenzivní zájem o práci a nevěnují si svého zdraví, zanedbávají je. **Typ B** je člověk o své zdraví pečující např. pravidelnou fyzickou aktivitou, vhodnou výživou ap.

- *Neuroticismus* – nervozita vede k nalézání většího množství negativních příznaků změn zdravotního stavu.
- *Lidé v negativním emocionálním stavu* – lidé, kteří mají problémy mají větší sklon vnímat vše jako ohrožující je, tedy i jejich zdravotní stav.
- *Obranné mechanismy* – jde o mechanismy, které nám brání vnímat třeba i důležité symptomy. Není to proto, že bychom si jich nevšimli, ale protože se obáváme si jich všimnout, patří sem např. represe, racionalizace, stereotypie, kompenzace, regrese, agrese, racionalizace, bagatelizace.
- *Nálada* – dodává optimismus nebo pesimismus hodnocení našich pocitů a symptomů.
- *Osobnostní zaměření* – extraverte (člověk zaměřený na vnějšek) a introverte (člověk zaměřený na sebe, své vnitřní pocity).
- *Vliv situačních faktorů* – Lidé doslova pohlcení svou prací, stylem života, zájmy a společností jsou méně všímaví ke svým zdravotním problémům než lidé s nudnou prací, bez zájmů a koníčků .
- *Zintenzívněné příznaky v důsledku zájmu* – tam, kde se určité příznaky dostávají do středu pozornosti je snáze najdeme i u sebe (nemoc v rodině, obor studia v oboru zdravotnictví).
- *Vliv informací* – vliv farmaceutických reklam, různých populárních popisů onemocnění v časopisech a tisku, pacienti v čekárnách a v nemocnici.

b) Porozumění, výklad a pochopení toho, co dané příznaky znamenají, oč jde:

- *Předcházející zkušenost* – pokud člověk podobný příznak už měl sám, či se s ním setkal ve svém okolí, bude jej vnímat jinak, než ten, který ho v životě nepotkal.
- *Emocionální zážitek s příznakem* – Výraznější představu má ten, který zažil příznak ve svém nejbližším okolí - rodina, on sám, přátelé. Ten, kdo jej zná jen z „druhé ruky“ jej bude vnímat s větším odstupem.
- *Očekávání* – pod vlivem vyskytujících se příznaků či jejich medializace jej nalézáme podstatně častěji, než v neutrální situaci a bez jeho znalosti.
- *Ohrožená hodnota* – symptom, který ohrožuje důležité oblasti těla (obličej, ruce, zuby) je hodnocen jako těžší.
- *Ohrožení pohyblivosti* – příznak, který nás omezuje v pohyblivosti či znesnadňuje určité nutné pohyby vnímáme jako vážnější.

Lze tedy říci, že pokud naše tělo funguje bez problémů, nevěnujeme mu podstatnou pozornost a bereme ho jako samozřejmou součást nás samotných pokud dojde k objevení se nějakého symptomu stává se tělo objektem pozorování a dochází k symbolickému oddělení somatické a psychické složky naší osobnosti. **Somatická nemoc je poruchou funkcí těla.** Z funkčního hlediska jde o to, že:

- tělo člověka neposlouchá, nemůže je ovládat tak, jako dříve, resp. Tak, aby mu sloužilo v běžném životě,
- tělové pocity mohou být převážně nepříjemné nebo ubývají popř. nejsou tam. Kde by měly být a mohou být i falešnými signály (např. fantomové bolesti v amputované končetině).

3.3. Psychické reakce na somatickou chorobu.

Každé, i sebelehčí, onemocnění ovlivňuje psychiku člověka, jeho aktuální prožívání,

uvažování a chování. Nemoc se dostává do centra jeho myšlení a prožívání. Vede k soustředění se na sebe – egocentrizaci a stává se tak dominantním osobním tématem. Nemocný člověk uvažuje, jak se nemoc promítne do budoucnost, co mu vezme, v čem ho omezí. Většina vyhlídek při skutečně těžkých zdravotních problémech jsou spíše nepříznivé. Pod vlivem nemoci a jejího, převážně negativního sociálního význam se mění **sebepečení pacienta**. Zhoršuje se jeho sebevědomí, snižuje sebeúcta. Nemoc může zcela proměnit člověka jen tím, zda ji nemocný přijímá či odmítá, identifikuje se s ní či nikoli. **Postoj k vlastní nemoci** závisí na mnoha subjektivních a objektivních faktorech. **Zahrnuje emoční prožívání, rozumové hodnocení a chování.**

3.3.1. Emoční prožívání nemoci:

Jak jsem již uvedli, každá nemoc má určitou emoční odezvu. Změna prožívání má zčásti **fyzilogický základ**, který nese nemoc samotná – bolest, nevolnost, dušnost. Zároveň je i **sekundární reakcí** na všechny problémy, které sebou nemoc přináší – nakupení nepříjemných zážitků prožitků ztráty zdraví, obava z budoucího ohrožení ap.

Na druhé straně může být **změna emočního ladění signálem zhoršení zdravotního stavu** – narušení rovnováhy organismu. Čím je nemoc závažnější, tím horší změny v emočním prožívání a následně i kvalitě života pacienta způsobí. Jejich vliv může zcela změnit i sociální fungování nemocného a ohrozit tak dosavadní vztahy pacienta. Somatické změny mohou být tak závažné, že je nelze významnějším způsobem ovlivnit psychosomaticky.

Obecně se setkáváme s **následujícími typy reakcí na nemoc**:

- Těžké nebo život ohrožující onemocnění vyvolává zpravidla **strach a úzkost**. **Strach** je vždy spojen s nějakým předmětem, má konkrétní obsah. Pacient se bojí vlastní bezmoci, toho, že bude odkázán na pomoc okolí, smrti. **Úzkost** je spíše neurčitá obava z toho, že to špatně dopadne, vyjadřuje zlá tušení ap. Každé onemocnění doprovází řada nejistot, které v pacientu vyvolává nejistota z toho, co ho ještě čeká. Tyto emoce jsou pro pacienty skutečné, jakkoli připadají okolí nesmyslné. Je nezbytné s nimi počítat a pracovat s nimi. **Úzkost a strach vyjadřují negativní očekávání nemocného**, ovlivňují jeho vnímání a zvládání všech chorobných příznaků.
- Závažná chronická choroba znamená definitivní ztrátu zdraví, Na tuto situaci reaguje pacient **smutkem a truchlením**. **Truchlení** je proces, během něhož se pacient vyrovnává se svou změněnou životní situací a postupně si buduje novou pozici. Učí se žít se svou omezující chorobou, organizuje nový svůj život a shledává střípky přiměřené sebeúcty. Během truchlení se mění rovnováha mezi emočními prožitky. Zpočátku převažují negativní emoce (zlost, vztek, agrese) a úvahy o budoucnost se považují za nesmyslné. Postupně však převáží konstruktivní postoje, ale určitá trpkost zůstává trvale přítomna. **Smutek** doprovázející ztrátu zdraví může přejít až v **depresi**, která může mít různý charakter.
 1. Symptomatická deprese souvisí s konkrétní chorobou (kardiovaskulární, onkologickou). Nejde o psychickou nadstavbu, ale lze u konkrétního člověka odlišit míru konkrétní deprese jen ztěží.
 2. Psychogenní, reaktivní deprese je reakcí na subjektivně nadměrnou zátěž. Bývá spojená s úzkostí. Obavami, pocity bezvýchodnosti a anhedonií.
 3. Mohou se objevit i suicidální tendence, pokud si pacient myslí, že se s takovou ztrátou již nikdy nevyrovná.

- Adaptace na závažné onemocnění může probíhat různým způsobem. Mohou se objevit pocity **bezmoci a beznaděje, apatie a rezignace**. Jsou výrazem pocitu beznaděje a bezvýchodnosti řešeno nové situace.
- Další možnou reakcí je **vztek** (racionálnější, plánovitější) a **agrese** (emočně bezprostřednější, impulzivní). Tyto projevy mohou být adaptivní – bojovat s nemocí, postavit se jí. Pak se jedná o tzv. fighting spirit – aktivní a bojovný přístup k problému. Maladaptivní forma obou reakcí vede k pomstychtivosti a připravenosti ztrestat okolí za pacientovy problémy.

3.3.2. Rozumové hodnocení nemoci.

Hodnotit nemoc racionálně je pro pacienta značně obtížné. Nemoc znamená značný stres a ten přeje spíše emocím. Pacient se sice snaží přijít na to, co pro něj určitá nemoc znamená, snaží se vysvětlit si význam jednotlivých příznaků, ale ne vždy je v tomto snažení úspěšný. Tyto snahy jsou doprovázeny sháněním více informací o nemoci a příznacích, o léčení či jiné formě pomoci (léčitelé).

Racionální přijetí nemoci je, hlavně na počátku, ovlivněno fází vyrovnávání se s nemocí – popíráním.

Přesto můžeme hovořit o určitých charakteristikách kognitivních procesů v souvislosti s nemocí. Když uvažujeme o určitém předmětu nebo když o něm hovoříme nazývá psychologie *kognitivní reprezentací*. V rámci těchto reprezentací lidé uvažují v určitých schématech, tj. o úzce navzájem spjatých vztazích, které se určitého předmětu týkají.

V rámci naší problematiky budeme hovořit o **kognitivních schématech nemoci**:

Co tím rozumíme:

- a) Identifikaci**, přesné určení nemoci, její pojmenování.
- b) Důsledky této nemoci** pro konkrétního člověka a pro skupinu lidí mu nejbližších – typ léčby, komplikace, trvalé či přechodné následky, nároky na ošetřování doma apod.
- c) Představy o příčinách** nemoci – jak nemoc vznikla, co udělal daný pacient ve svém stylu života chybně, v čem se „provínil“, co přehnal, co opoměl.
- d) Doba trvání nemoci** – jak dlouho bude trvat pobyt v nemocnici, jak ho omezuje v práceschopnosti a v kvalitě života akutně a perspektivně.
- e) Možnost léčení nemoci** – bude stačit klasická léčba nebo je třeba dodat alternativní způsoby apod.

Představy o nemocech se utváří celý náš život od dětství. Podle toho, jak kvalitně tato představa vznikne záleží, jak bude pacient svou vlastní nemoc pojímat a chovat se.

Tyto představy jsou spojeny v podstatě se třemi typy nemoci:

- 1) **AKUTNÍ** nepotrvá dlouho, dá se poměrně snadno vyléčit, zpravidla bez dalších následků. Příčiny jsou celkem jasné – viry, bakterie.
- 2) **CHRONICKÁ** nemoc bude trvat dlouho, její léčení není jisté, nemusí se zcela vyléčit, pacient s nemocí bude dále žít. Za příčinu se často považuje špatný životní styl, zlozvyky, nemoc dlouho „dřímala“.
- 3) **CYKLICKÁ** nemoc se občas projeví a občas „dá pokoj“. V době klidu se pacient cítí zdravý a je mu dobře.

Vedle těchto schémat existují tzv. **kognitivní prototypy nemoci** – myšlenkový obraz nemoci. Tyto obrazy jsou přesnější nebo vágnější podle zkušeností s danou nemocí, informací o ní. Jiný obraz má laik, jiný pacient s nemocí, jiný odborník. Díky těmto

odlišnostem pak v komunikaci mohou vznikat nedorozumění a chybná pochopení určité informace.

Nemocný člověk se navíc stává **nekritickým** a má sklony **k magickému uvažování** – interpretuje skutečnost tak, jak mu to vyhovuje.

Při hledání příčin se často setkáváme s tendencí „hledání viníka“, což je proces zpravidla iracionální, nepřesný a nelogický.

3.3.3. Změna základních životních potřeb a hodnot.

Jedná se o změnu v jejich pořadí. Nemoc dokáže zamíchat hodnotovou orientací člověka naprosto neuvěřitelným způsobem. Hlavní potřebou se stává zdraví, rodina, přátelé.

- *Potřeba stimulace a nových zkušeností* se zpravidla snižuje v souvislosti s omezeními s nemocí souvisejícími. Únava a vyčerpání z nemoci vede k preferenci stereotypů. Nové podněty mohou působit dráždivě a rušivě. U dlouhodobě nemocných pak může dojít k podnětové deprivaci v důsledku monotónního prostředí.
- *Potřeba orientovat se v situaci*, znát svůj zdravotní stav a jeho vývoj, další postupy terapie. Další nepříjemné zákroky, vedlejší účinky léčby mohou působit jako ohrožující život, pokud pacient nechápe jejich smysl. Pokud není pacient dostatečně informován, nelze také očekávat aktivní spolupráci.
- *Potřeba citové jistoty a bezpečí* nabývá na význam během nemoci. Během závažného onemocnění stoupá pacientova potřeba citové podpory v důsledku stoupající úzkosti a pocitů osamění. Pacient se zvýšeně fixuje na blízké osoby a může usilovat až o vztah, jaký funguje mezi matkou a malým dítětem.
- *Potřeba sociálního kontaktu* může být obtížné uspokojovat. Pacient bývá více izolován a stýká se jen s omezenou skupinou lidí (rodina, zdravotníci). Vzhledem ke svým fyzickým obtížím je odkázán na zdravé osoby a čeká, kdy jej navštíví. Je-li však příliš vyčerpán, může ztrácet o sociální kontakt zájem.
- *Potřeba seberealizace* se vlivem nemoci značně mění. Člověk nemůže plnit své ambice a úkoly tak, jak tomu bylo v době zdraví. Přijímá roli nemocného a jeho ambice se zaměřují jinak. Jsou případy, kdy nemoc svou časově omezenou prognózou vyburcuje pacienta k dotažení určitého úkolu do konce.
- *Potřeba otevřené budoucnosti*, tj. pozitivní prognóza je u závažných onemocnění zpravidla frustrována. Díky nemoci se může budoucnost jevit jako nepříznivá a nutí nemocného slevovat s vlastních představ. Pacient se tak může uchýlit do fantazie, vzpomínek, určitého bodu v nejbližší budoucnosti, identifikaci se zdravými lidmi.

3.3.4. Prožívání nemoci v čase:

Jakékoliv onemocnění je značnou zátěží, kterou musí pacient každého věku nějak zpracovat. To se děje ve fázích (dle Kübler-Rossově Vágnerová):

1. **Fáze nejistoty před stanovením diagnózy:** Jedná se o období, kdy se člověk necítí zdravý, jeho tělo přestává spolehlivě fungovat. Začínají se objevovat znepokojivé příznaky, které se záhy množí a kumulují. Tím donutí člověka, aby vyhledal lékaře. Toto období trvá až do stanovení diagnózy, což je často

dlouhodobý proces.

2. **Fáze šoku a popření:** Je to fáze, ve které začnou působit obranné mechanismy psychiky. Diagnóza vždy člověka zaskočí a ten má tendenci popírat, že by mohl být nemocen. Dostává se do stavu jakési ztrnulosti a můžeme u něj pozorovat sklony k magickému myšlení. Takový člověk se může utéci k fantaziím o zázraku. Tento způsob obrany však nevydrží dlouho, ale jeho smyslem je traumatizující fakt, že člověk už nikdy nebude zcela zdravý nebo dokonce zemře, ochránit psychiku člověka před naprostým zhroucením. V této fázi se může objevit reakce, která se nazývá „Potěmkinovy vesnice“ – člověk považuje diagnózu za omyl. U zdravých pak funguje jako přesvědčení, že „mě se to nemůže stát“ (kuřáci).
3. **Fáze generalizace a negativního hodnocení:** V této fázi se člověk postupně smiřuje s faktem nemoci, protože své potíže nemůže odmítnout, bagatelizovat či zrušit. V kognitivních reakcích se setkáváme s **desorientací**, jež je výsledkem toho, že člověk neví, co mu je a co ho čeká. Postupně však začíná přijímat fakt nemoci, z ní vyplývající nepříjemnosti, změny a možnost i ohrožení života. V této fázi se objevuje i **tendence k generalizované negaci**. Z hlediska pacienta je vše špatně, nic dobrého ho již nečeká. Štěstím bude uzdravení. V této fázi se můžeme setkat s celou škálou emočních reakcí, jejich dominantními projevy jsou **smutek a hněv**. **Hněv a vztek navozuje tendenci bojovat s nemocí**, hledat způsob, jak ji zvládnout nebo jen ventilovat napětí a frustraci. Pozadím reakce je zlost na život a osud, závist zdravým lidem. Zaměření bývá často proti zdravotníkům. Reakce se objevuje vždy tehdy, když má pacient dojem, že lze ještě něco udělat. **Smutek a deprese mohou signalizovat rezignaci nebo smíření**. Jsou to projevy truchlení za možnostmi, které již nenastanou, přesvědčením, že už nelze nic dělat. Součástí této fáze mohou být pocity viny a z nich plynoucí výčitky, které mohou být oprávněné, ale také ne.
4. **Fáze postupné adaptace**. Během této fáze se pacient vyrovnává s nastalou situací. Tato fáze může být různě dlouhá. Její součástí je také **fáze smlouvání**, ve které se pacient pokouší dosáhnout alespoň zčásti svých očekávání. Jde o úlevu, zpomalení progresu, vkládání nadějí do léčby, které nemůže naplnit. Pacient slibuje polepšení, změnu života apod. Z hlediska rozumového lze nazvat tuto fázi **reorientací**. Pacient již interpretuje svou situaci jinak a mění i postoj k ní. Způsob vyrovnávání záleží na mnoha subjektivních i objektivních okolnostech (osobnost, hodnoty, zkušenosti, průběh nemoci).
5. **Fáze smíření**. Tato fáze přináší pacientovi vyrovnání se s nemocí, omezeními, která přináší. Pacient si hledá nový způsob života a hledá nová uspokojení v něm. To je znakem dobrého vyrovnání se. Jsou však lidé, kteří se s nemocí nikdy nesmíří a nevyrovnejí a budou ulpívat na snaze jak se uzdravit. Jiní mohou reagovat **rezignací**, tj. podlehnutím své tíživé situaci a zůstanou v podstatě ve fázi generalizace negativního hodnocení.

3.3.5. Zhoršení kvality života jako důsledek nemoci.

Kvalita života je dána mírou subjektivní spokojenosti. U nemocných lidí je nezbytné si uvědomit, do jaké míry nemoc jejich život ztěžuje a omezuje. Každý pacient pak prožívá toto omezení jinak, individuálně. Přesto lze nalézt několik oblastí, v nichž se tyto problémy objevují pravidelně:

- **Míra soběstačnosti a nezávislosti** na pomoci okolí patří k nejvýznamnějším a uvádí se ve všech odborných pramenech (Křivohlavý, Kuebler-Rossová, Haškovcová). Nejdůležitější je soběstačnost v sebeobsluze a intimní hygieně. Dojít si na WC, do koupelny patří k velmi citlivým oblastem, ve kterých se člověk cítí zvláště zasažen, nemůže-li to dokázat. Z tohoto hlediska je důležitá schopnost lokomoce i s pomocí ortopedických pomůcek. Abychom takovému člověku porozuměli, musíme znát prostor, ve kterém se může pohybovat sám.
- **Míra generalizovaného omezení možností, zvýšená unavitelnost a vyčerpání** patří pravidelně k mnoha somatickým onemocněním. Vede k omezení nebo ztrátě schopnosti pracovat, provozovat své zájmové aktivity a udržet sociální kontakty.
- **Míra schopnosti sociálního kontaktu** zahrnuje zachování komunikačních schopností a dalších kompetencí, které umožňují udržovat kontakty s ostatními lidmi a sdílet s nimi různé aktivity.
- **Úroveň zachování celkového pocitu pohody** souvisí s četností a intenzitou bolestí, nevolností a duševními potížemi pacienta.

3.4. SOCIÁLNÍ VÝZNAM NEMOCI.

3.4.1. Postoje společnosti k nemocným:

Nemoc je nejen biologická odchylka, ale má i svůj sociální smysl jako určitá odchylka, sociální deviace. Řada nemocí vede ke změně sociálního postavení a identity nemocného. V současné době se objevuje trend **medicinizace**, tj. neustálé rozšiřování pojmu nemoc. Tento pojem pak nabízí snadné řešení mnoha problémů dospělých i dětí, s nimiž si jinak neví rady. Označení odchýlných projevů člověka jako nemoc předurčuje postoj k jejímu nositeli. Postoje odborníků a laiků se však mohou podstatně lišit. U laické veřejnosti vzniká na základě **vnějších znaků**:

- **Viditelnými změnami zevnějšku.** Vzhled člověka je často první informací, že se něco děje. U pacienta je změna vnější vzhledu často zdrojem komplexů, pocitů nejistoty a snížení sebehodnocení. Nápadné zhubnutí, ztráta vlasů, ztráta končetiny signalizují pro veřejnost těžkou chorobu.
- **Změny v chování nemocného,** např. nejistá chůze, třes, slinění, inkontinence mají podobný význam jako vnější vzhled.
- **Různé předsudky** přetrvávají v laické veřejnosti bez důvodně i od středověku. Rakovina je považována za nečistou a nakažlivou, AIDS nakažlivou i prostým dotekem.

Názory veřejnosti pak mohou ovlivnit i názory nemocného.

3.4.2. Role a postavení nemocného.

Je zajímavé, že **somatická nemoc** přináší nemocnému určitá privilegia - **ohledy, sympatii, trpělivost, toleranci k nedostatkům.** Somatická nemoc je společensky tolerována. Sám pacient se však dostává do nové, kvalitativně odlišné pozice - **role nemocného.** Ta je vymezena několika znaky:

- Nemocný nebývá považován za viníka svého stavu a nepředpokládá se, že by si mohl sám pomoci.
- Nemocný má jistá privilegia - je zproštěn určitých povinností. Zároveň nemá stejná práva

jako ostatní lidé. Není považován za rovnocenného zdravým členům rodiny a společenského okolí.

- Od nemocného se očekává, že se bude chtít uzdravit a bude spolupracovat při léčbě.

Pokud to nedělá, společnost ho přestává tolerovat, protože nerespektuje pravidla hry.

Pacient však také mnoho ztrácí. Ztrácí profesní kompetence, mění se jeho pozice v rodině s ohledem na omezené možnosti a v souladu s předchozím postavením v rodině (mladší člověk s těžkým onemocněním nebo po úrazu ztrácí více než chronicky nemocný senior).

Okolí je často ovlivňováno stejně vnějšími znaky nemoci jako širší societa. Sociálně významná je ztráta komunikačních schopností (podpora dýchání, ictus), ztráta samostatnosti lokomoce, inkontinence.

Psychosociální vlivy mohou ovlivnit nejen osobní komfort nemocného, ale i průběh jeho onemocnění. Jednou z variant zvládání zátěže je **strategie zaměřená na hledání sociální opory**. Nemocný hledá osobu, která jej chápe a sdílí s ním jeho utrpení. Problém se strany podporující osoby vidíme v tom, že pacient více vyžaduje než dává. Je to dáno tím, že nemocní toho není schopen nebo jen omezeně. Pacient soustředěný na své problémy může ztratit schopnost komunikace běžných témat – volný čas, kultura, sport, dovolená – a tím může vzájemné vazby oslabovat i ztratit.

Rodina je jednou sociální skupinou, která mu umožňuje dostupnou a zvladatelnou sociální integraci. Je jedinou alternativou sociální izolace, je jediným prostředím, ve kterém zůstávají nemocnému individuálně specifické role. Zřídka to mohou být i přátelé. Nemocný přesto trpí pocitem izolace a osamělosti, protože jejich problémy s nimi zdraví sdílet nemohou.

Dlouhodobá hospitalizace ještě prohlubuje řadu problémů pacientů Dochází k další **redukci sociálních rolí**, ke změně sociálního statutu, charakteru stimulace a novým zkušenostem.

V prostředí léčebny je **pacient anonymizován** – stejné oblečení. Má zde pouze **roli pacienta**, proto se musí **podřizovat** zdravotnickému personálu a stává se pasivním **objektem jejich** péče. Pacient je zde **omezen až zbaven soukromí**, žije na omezeném prostoru spolu s dalšími pacienty. Musí se řídit řádem nemocnice a podrobit se mu, i když to není osobně příjemné (buzení, čas jídla, zákaz řady aktivit). Tyto změny v něm vyvolávají **kumulaci nepříjemných podnětů**, které mohou vést k řadě neobvyklých a nepřiměřených reakcí a změnám v chování. Dlouhodobý pobyt v nemocničním zařízení může sebou nést **pocity ponížení** a posilují pocit vlastní nedostatečnosti (všichni senioři dostanou pleny, i když nejsou inkontinentní). To vše může způsobit omezení zájmu o vnější dění a vést i k omezení styku s vnějším sociálním okolím.

3.4.3. Rodina nemocného.

Jakékoliv onemocnění, i jen banální, **ovlivní chod rodinného života**. Vlivem chronické nebo i těžké nemoci člena rodiny se **mění role jejich členů**, jejich hodnoty a způsob života. **Vyrovnaní** se s takovým stresem a změnami probíhá u členů rodiny stejně jako u pacienta. První fází bývá **popírání** během něhož si členové rodiny nechtějí připustit, že je jejich blízký nemocen. V této fázi rodina chrání nemocného. V členech rodiny vyvolá fakt nemoci pocity bezmoci, úzkosti, deprese a někdy i pocity viny. Pocity nejistoty z budoucnosti mohou vyvolat buď nadměrnou aktivitu nebo rezignaci. Rodina je vedena **snahou něco pro nemocného udělat**, i když je tato činnost zdánlivě nesmyslná (matka kupuje dítěti v terminálním stadiu Kindervejce). Jde o symbol užitečné aktivity. Můžeme pozorovat i tendence k **iracionálnímu chování a jednání** (matka lékařka hledá pro onkologicky nemocné dítě léčitele).

Nemoc blízkého člověka vždy představuje značnou zátěž. Vědomí utrpení blízkého člověka může

i bránit požadovaným způsobům chování:

- **Kontakt s nemocným je značně obtížný a náročný** i pro zdravé lidi. Nemocný se může chovat nepříjemně a od zdravého očekává toleranci a vstřícnost. Také zdravým lidem připomíná jejich zranitelnost.
- **Vynucená změna životního stylu rodiny.** Jde o omezení plánovaných aktivit, návštěvy v nemocnici, omezení sociálních kontaktů, ztráta komunikačních témat v rodině apod.
- **Péče o nemocného je značně vyčerpávající**, a to fyzicky i psychicky. Je nezbytné naplnit podmínky **chci, mohu a umím**. I tak může být výsledek péče neuspokojivý a může vést k vyhoření.
- **Mění se sebehodnocení i zdravých členů rodiny** v důsledku pocitu, že nezvládají svou roli, neposkytl bližnímu veškerou péči a nemá možnost to napravit.

4. NEMOCNÉ DÍTĚ

Nemoc dítěte má jiný subjektivní i sociální význam než nemoc dospělých. Dětství se obvykle považuje za šťastné a bezproblémové a jako takové se i očekává jak se strany rodičů, tak i dítěte. Proto, aby takové bylo vyvíjejí rodiče značně ochranný přístup k dětem. Záleží však i na dítěti samotném, zejména jeho věku a vývojové úrovni.

Děti také reagují na problémy spojené se somatickou chorobou jinak než dospělí. Prožívání nemoci dětmi je více vázáno na aktuální pocity, Ohrožení budoucnosti či důsledky nemoci pro vlastní život si uvědomují děti až v období dospívání. V tomto věku pak začnou reagovat podobně jako dospělí.

4.1.Dítě.

Chronickým onemocněním trpí 7 – 10 % dětské populace. Jsou to nemoci, které **jsou léčitelné, ale ne vyléčitelné.** Chronické onemocnění proto znamená pro dítě i jeho rodiče závažný stres. Dítě s chronickým nebo se zhoubným onemocněním navštěvuje nemocniční prostředí opakovaně a jeho pobyt je zpravidla spojen s invazními i neinvazními zákroky. Zároveň nutí dítě podrobit se určitému režimu, který se od domácího značně liší, ale v oblasti péče o zdraví přetrvává posleze i do domácí péče (tablety, injekce, dieta). Navíc se dítě musí vyrovnat s faktem, že ho nemoc bude doprovázet po dlouhou dobu nebo i po celý život. Přináší sebou nutnost četných vyšetření, léčebných procedur. Ty mohou být spojeny s bolestí, strachem z cizích lidí a cizího prostředí. Vlivem léčebných opatření se může dítě dostat do dlouhodobé separace a izolace od vrstevníků. Dítě může trpět obavami prostřednictvím změněného chování rodičů, kteří se o ně bojí, někdy může mít strach i z ohrožení vlastního života.

4.1.1.Somatické symptomy a jejich psychický význam.

Dítě se dovídá se, že je těžce nemocno, nemoc bude trvat velmi dlouho, musí se naučit s ní žít. Nemoc není zcela vyléčitelná, jeho stav se bude měnit, mohou se dostavit některé nepříjemné důsledky léčby - obezita (Prednison), pocity hladu, nápadnost ošetření (diabetes), zákaz nebo omezení pohybové aktivity(kardiologická onemocnění). K nepříjemným prožitkům patří i **bolest**, na kterou děti reagují emocionálně. Bolest může vyvolávat afektivní výbuchy, apatii a negativní hodnocení celkové situace. Reakce na bolest závisí na věku a vývojové úrovni dítěte.

Stejně jako u rodič, i u dětí můžeme vyzorovat fáze zvládání (coping) této situace. To vše doprovází strach ze ztráty, úzkost z budoucnosti, kolísání mezi nadějí a beznadějí a další nepříjemné a zraňující emoce.

4.1.2. Psychické reakce na somatickou chorobu.

Dětské reakce souvisí se způsobem, jak dítě svou nemoc chápe. Nemoc přináší nové a odlišné zkušenosti, často spojené s nepříjemnými prožitky. Zároveň dítě omezuje v možnosti získat standardní zkušenosti přiměřené jeho věku. To vše se promítá do **postoje k nemoci**. U dětí vždy sehrává značnou roli jejich věk a vývojová úroveň.

KOJENECKÝ VĚK: Základním vývojovým úkolem kojence je utvoření pevného vztahu dítěte k matce a na jeho základu pak dosažení pocitu bazální jistoty a důvěry ve svět. Vznik tohoto vztahu signalizuje kolem 6. měsíce **strach z cizích osob a projevy separační úzkosti**. Nutnost separace dítěte může v tomto a batolecím věku vést k rozvoji **anaklitické deprese**, která se rozvíjí ve třech fázích:

- a) zoufalý pláč a volání .
- b) apatie a ztráta zájmu o okolí
- c) navázání vztahu k náhradní osobě.

Vztah k matce se pak musí znovu navázat a projevy separační úzkosti mohou přetrvávat až do školních let a ztěžují naplnění dalších vývojových úkolů.

Dítě v tomto věku je zvláště citlivé na **senzorickou a pohybovou deprivaci**. Což může vést při delší hospitalizaci k vývojovému regresu nebo zpomalení vývoje.

BATOLE: Projevy **separační úzkosti, strachu z cizích lidí eventuálně k reakci na změny v chování rodičů a blízkých osob přecházejí z kojeneckého věku do batolecího**. Strach z cizích lidí se mění na „**strach z lidí v bílém**“ a může přetrvávat celý život. Tento strach nelze zpracovat, batolata nemají ještě vypracovány racionální mechanismy zvládání zátěže. Omezený pohyb vede k opoždění vývoje, prodlužuje se nácvik hygienických návyků a sebeobsluhy, odsouvá se vznik sebeuvědomění (vyslovení Já sám), prodlužují se projevy separační úzkosti do dalšího vývojového období. Proto je nutno dítěte poskytnout prostor pro prosazování se v rozumných mezích a podněcovat jeho spontaneitu.

PŘEDŠKOLNÍ VĚK: V tomto období řeší dítě rozpor mezi vlastní iniciativou a pocitem viny. Dítě touží porozumět světu, vlastnímu tělu a jeho fungování. Děti mají bohatou fantazii a jejich myšlení je značně magické. To vede ke snadnému vzniku **pocitu viny**. Tam, kde dítě nerozumí svým obtížím, může lékařský či sesterský zákrok považovat za trest za špatné chování. V tomto věku je již možné dítěti jeho problémy vysvětlit a připravit je na budoucí nezbytné léčebné a vyšetřovací zákroky (herní terapie).

Omezení v iniciativě a čilé pohybové aktivitě může omezit zvědavost, způsobuje opoždění praktických dovedností a mění chování dítěte. Může dojít ke vzniku symbiotického vztahu k rodině, popř. i projevy “vydírání rodiny”.

MLADŠÍ ŠKOLNÍ VĚK: Preferuje fyzickou zdatnost, snahu o výkon ve škole i mimo ni a soupeření s ostatními dětmi. V případě selhávání mohou **vznikat pocity neúspěchu a z toho pramenící pocity méněcennosti**. To se týká nejen dětí s handicapem, ale i chronicky nemocných, které mohou být často unavené, opakovaně absentují ve vyučování a vedlejší účinky léků jim komplikují koncentraci pozornosti a celkovou obratnost. Tento věk je zároveň věkem **realismu**, kdy se děti snaží **zavděčit dospělým** – může se využít jako motivace k dosažení větší kompetence ve zvládání nemoci a jako ideál dítěte může být jiný vrstevník, který vše zvládl nebo lékař. I chronicky ne mocné dítě vyžaduje, aby dítě mělo častý kontakt s vrstevníky. To mu

umožňuje rozvoj nových sociálních dovedností, sebepojetí a také vlastní sexuální identitu.

PUBERTA: Má za úkol **vytvoření jasné identity oproti pocitům nejistoty** o své vlastní roli.

V případě **nemoci je nezbytné integrovat ji do vlastní identity**. Kritický postoj k dospělým a uvolňování vazeb v rodině může léčebný proces komplikovat. V tomto věku je nezbytné pracovat s pacientem bez přítomnosti rodičů a umožnit mu ptát se. V tomto věku se obzvláště těžce snáší jakékoliv nápadnosti ve vzhledu a aktivitách: jizva po zákroku, vypadávání vlasů, obezita vlivem léčby, aplikace injekcí, používání ortopedických pomůcek apod. U chronicky nemocných dětí se odpoutávání od rodiny může komplikovat, protože role pacienta ke role závislá.

ADOLESCENCE: V popředí zájmu je **další odpoutávání od rodiny a sexuální otázky**. Zároveň však neznají přesné anatomicko-fyziologické zákonitosti a poměry v této oblasti. Jakékoliv zákroky pak mohou považovat za ohrožující pro reprodukční schopnosti. V této oblasti je nezbytné vše důkladně vysvětlit a jednat s adolescentem jako s dospělým. V tomto věku stále ještě pozorujeme **zvýšenou citlivost, zranitelnost a menší odolnost vůči stresu**. Proto dospívající těžce nesou jakýkoliv zákrok omezující jejich pohyblivost a soběstačnost. Zde právě může sehrát značnou roli kvalitní rehabilitace.

4.1.3. Psychické potřeby nemocného dítěte.

Psychické potřeby dítěte se vlivem nemoci mění a tato změna samozřejmě závisí na jeho vývojové úrovni:

- **Potřeba orientovat se ve své situaci** – chtějí znát svůj zdravotní stav, co je čeká a proč je to nutné. V tomto směru dělají zdravotníci i rodiče chybu, když s dítětem o problému nemluví, aby ho chránili. Zároveň nevěří, že by dítě situaci pochopilo. Naopak, dítě které nechápe nespolupracuje a může se objevit riziko nepřiměřených reakcí. Jakýkoliv lékařský výkon se pak jeví jako trest.
- **Potřeba podpory a citové jistoty** je u dítěte mnohem důležitější než u dospělých. Emoční podpora může eliminovat jeho obavy a pocity ohrožení. Dítě se během nemoci více fixuje na blízké, aby zátěž z nemoci sneslo. Závislost na dospělých může mít až regresivní charakter – pubescent chce matku u sebe dnem i nocí.
- **Potřeba seberealizace.** Tato potřeba je důležitá až ve školním věku. Během nemoci se však její tvar může změnit. Dítě přijme roli pacienta a už o seberealizaci neusiluje, protože pozice nemocného ho zbavuje některých povinností a nenutí ho dosahovat určité úroveň výkonu. Naopak dospívající si často kladou cíle, které hodlají za každou cenu dosáhnout. To je projevem akcentace potřeby seberealizace.
- **Potřeba otevřené budoucnosti** - pozitivní prognózy. Úvahy o budoucnosti jsou vlastní až dospívajícím. Pod vlivem nemoci se může značně měnit **sebepojetí nemocného dítěte**. Proto je nezbytné pracovat s dítětem na zvládnutí nemoci a její integraci do života. V tomto smyslu musíme dítěti pravdivě vysvětlit, v čem jsou jeho silné stránky, co může dokázat. Je nezbytné dobře dítě znát, vědět jak se s nemocí vyrovnalo, v jakém sociálním kontextu se pohybuje a jak zvládla nemoc dítěte rodina. To nám umožní ukázat pacientovi reálné perspektivy.

Onemocnění dítěte může zcela změnit jeho životní styl a přináší mu **odlišné sociální zkušenosti a může omezit možnost získat běžných sociálních zkušeností, které mají zdravé děti**.

Omezuje dítě i v možnosti **dosáhnout určitého výkonu**.

4.1.4. Subjektivní prožívání somatické nemoci v dětském věku:

Subjektivní prožívání nemoci dětmi je dáno charakterem nemoci, to jak dítě omezuje a zatěžuje. Obecně lze považovat za nevíce obtěžující **omezení aktivity, zvýšenou unavitelnost a vyčerpání.**

Průběh a proměny v subjektivním prožívání lze pozorovat ve 4 fázích:

- 1. Fáze prvních somatických obtíží:** Dítě se necítí dobře, je rozmrzelé, podrážděné a ztrácí zájem o příjemné aktivity. U dítěte může dojít ke zhoršení školního výkonu a změně chování. Jeho sociální status je zatím stejný, jako u zdravých dětí. Rodiče zatím o jeho potížích neví a proto nezauímají žádný postoj. Tato fáze končí identifikací chorobného stavu, rodiče vyhledají lékaře.
- 2. Fáze potvrzení choroby a následné změny způsobu života:** Dítě se stává pacientem. Rodiče se začnou chovat jinak. Dítě se podrobuje řadě nepříjemných, někdy o bolestivých zákroků. Cítí se desorientováno. Tuší, že se „děje něco zlého“, ale neví co. Dítě zpravidla není informováno o svých potížích. Nikoho nenapadne, že dítě vnímá situaci jinak. Především mladší dítě uvažuje o aktuální situaci a budoucnost pro ně nemá význam.
- 3. Fáze adaptace na nemoc:** Dítě postupně přijme fakt nemoci a adaptuje se na ni, Nemoc se stává samozřejmou součástí jeho života. Pokud není nemoc obzvlášť obtěžující a dítě nestrádá, pokračuje v běžném životě a prožívá uspokojivé situace. Vedle toho se v jeho životě objeví zdravotníci a nezbytnost občasné hospitalizace. Postupně se mění také jeho hodnoty, postoje a potřeby. Prepubertální dítě neuvažuje o budoucích následcích, spíše mu vadí zvýšená péče rodičů popř. dlouhé hospitalizace.
- 4. Fáze trvalejších změn osobnosti a kompetencí nemocného dítěte.** Vlivem nemoci se stávají děti často závislejší. V chování nemocných a postižených dětí pozorujeme některé zvláštnosti, které premorbidně nepozorujeme. Samozřejmě, že se zde podílí i styl výchovy a osobnost pacienta:
 - labilita nálad
 - snížená výkonnost a hypoaktivita
 - snížený zájem o pohybovou aktivitu
 - únikové a neurotické reakce.
 - snadná unavitelnost
 - střídavá intenzita komunikace
 - ztráta zájmů

Změněná životní situace a nezbytnost podrobit se striktním požadavkům léčby či péče vede k **pozdním následkům v osobnosti pacienta:**

- uzavřenost až introvertnost
 - vyšší stupeň úzkostnosti
 - nízké sebehodnocení
 - negativismus
 - psychický infantilismus
 - nerovnoměrnost vývoje (lepší ve verbálních než praktických aktivitách)
 - odlišná slovní zásoba (zdravotnická terminologie a argot)
 - vyšší sociální a emocionální vospělost
 - změna hodnotové orientace směrem k nadosobním hodnotám
 - neurotické projevy.
- 5. Opakované a dlouhodobé hospitalizace** či pobyty bez přítomnosti rodičů nebo bez možnosti opakovaných návštěv v zařízeních se často podobají důsledkům **subdeprivace.**

Tato situace se však ji v současnosti vyskytuje jen vzácně. Otevřený systém zdravotnických zařízení umožňuje hospitalizovat matku s dítěte různého věku.

6. Spolupráce při léčbě závisí na:

- Faktu, že chronické onemocnění je sice léčitelné, ale nikoliv vyléčitelné. Určitá omezení a režim bude nutné dodržovat celý život.
- Při nedodržování předepsaného režimu chybí zpětná vazba v podobě negativních důsledků na fyzické zdraví -hlavně časté v dospívání. Důsledky se projeví jako pozdní, ale hodně těžké. Dlouhá časová perspektiva není pro děti motivující.
- Odpovědnost za léčbu se napřed přenáší na lékaře a zdravotnický personál, později na dítě samotné. Chybí zcela kontrola se strany rodičů a také jejich příklad.
- Subjektivní význam nemoci pro dítě a jeho rodinu.

4.1.5. Reakce rodičů na onemocnění dítěte.

Onemocnění dítěte některým typem chronického onemocnění **znamená pro rodinu náročnou životní situaci**. Běžný život rodiny se zcela změní a přizpůsobí se či nepřizpůsobí nově vzniklým nárokům. Během období, kdy adaptace probíhá, se zpravidla zvýrazní klady i záporny v osobnosti, postojích i hodnotách vlastní rodiny i jejího širšího sociálního okolí.

Určitý typ nemoci či postižení sebou nese automaticky i typické vlastnosti, jak se tomu věřilo ještě nedávno. To jen zděděná osobnost se v náročných podmínkách trošku jinak projeví pod vlivem náročného zvládnání a vyrovnávání se faktem handicapu či nemoci.

Stavy, kterými se zde zabýváme, jsou zároveň **spojeny s dlouhodobým stresem** a vyžadují od rodičů i dětí určitou formu adaptace a strategii zvládnání.

I méně těžké stavy a problémy vyvolávají v rodině proměnu celého systému vztahů a komunikace. Rodina se především cítí ohrožena ve svých jistotách a potřebách. Nová situace, před kterou ji onemocnění dítěte postaví, vyvolává nutnost přestavby a reorganizace rodinného života a vzájemných vztahů v ní. Rodina se dostává do náročné životní situace a musí se s ní vyrovnat. Základní okruhy problémů bychom mohli charakterizovat následovně:

1) Problémy komunikace

- některá běžná témata postrádají smysl (rekreační činnosti)
- vyhýbání se tématům naznačujícím možné komplikace event. ohrožení pacienta na životě,
- nedostatečná exprese pocitů úzkosti a viny, zejména u hemofiliků.

2) **Postupná únava členů rodiny** pro neustálé ohledy na pacienta (pozor, nesmí se uhodit, spadnout...)

3) **Reálné problémy spojené s domácí péčí o pacienta**, zejména odhad stavu pacienta a nutnost konzultace s odbornými lékaři.

4) Z toho vyplývající **občasné vybočení z obvyklých způsobů chování** - zlostné výbuchy, plačtivost, sebelítost, deprese, apatie.

5) **Změna vzájemného vnímání** (percepce) jednotlivých členů rodiny navzájem a s tím související problémy v osobních kontaktech.

6) **Změny v postojích a hodnotových orientacích.**

Adaptace na fakt, že rodinu čeká péče o nemocné dítě probíhá v několika fázích. Těmi prochází i sám pacient, dětský i dospělý po informaci o povaze své nemoci či postižení. (Viz kapitola 4.3.4.)

Na adaptaci a další soužití s chronicky nemocným (nebo handicapovaným) dítětem má vliv šest skupin faktorů. Ty určují, zda péče o dítě bude přiměřená věku, typu poruchy/onemocnění, zda rodina pochopí jeho specifické projevy a potřeby a jakým způsobem je uspokojí. Zde se podílí také rodičovská teorie nemoci či poruchy.

Jedná se o následující faktory přijetí dítěte:

1. Typ nemoci nebo postižení: Přijetí ztěžuje postižení obličeje a rukou - nápadné deformity, nesymetrie či nápadný a typický vzhled (Downův syndrom., haemangiom, holá hlava, větší počet prstů, hypertonie držení rukou). Nevyzpytatelnost průběhu onemocnění je rovněž přitěžující okolností (u epilepsie se neví kdy záchvat propukne a jak bude velký). Prognóza onemocnění je též významná. Nejistá či špatná prognóza podstatně komplikuje adaptaci pacienta i rodiny (nevyлéčitelnost, rizikovost, následky v psychice či vzhledu pacienta).

2. Etiologie nemoci či poruchy: Pokud známe příčinu onemocnění nebo postižení, snímáme tím vinu z rodičů a ti se uklidní a jejich adaptace proběhne ve větším klidu. Při nejisté či neznámé etiologii se pocity viny prohlubují, dochází ke vzájemnému obviňování a často i rozpadu manželství či ostrými rodinným konfliktům. Adaptace probíhá klopotně a často neúspěšně. Výsledkem může být jeden z nevhodných typů péče o dítě (viz níže).

3. Individuální charakteristiky nemocného nebo postiženého dítěte: Dítě které je dráždivé, špatně se přitulí do náruče (hypertnické), špatně jí, má obrácený spánkový rytmus, chová se nesrozumitelně (slepé, hluché, mentálně retardované), neodměňuje matku úsměvem či broukáním a při tom vyžaduje velmi namáhavou péči (rehabilitace, dieta, kontrola glykémie) je ohroženo nedostatečnou či chybnou adaptací rodiny na sebe a nedokonalým uspokojováním svých vývojových potřeb.

4. Individuální charakteristiky členů rodiny: Je dobrým znamením pro postižené a nemocné dítě, jsou-li rodiče vyrovnanými a zralými osobnostmi s hodnotami zaměřenými k rodině a dětem. Důležitá je i míra odolnosti ke stresu a vhodný způsob zvládání obtížných životních situací. Výhodou je, když se rodiče již setkali s nějakou obtížnou situací a řešili ji (smrt nebo nemoc v rodině či u přátel). Spokojené a pevné manželství s harmonickými vztahy je rovněž dobrým východiskem zvládnutí situace optimálním způsobem.

5. Struktura a organizace rodinného systému: Jedná se o síť sociálních vazeb, které mohou přijetí usnadnit nebo zkomplikovat. Optimální je, když existují dobré vztahy k širší rodině a udržují se zde úzké vazby (prarodiče, tety, sestřenice, přátelé), protože pak přichází zcela přirozeně nabídka k pomoci při střídání v péči o potomka. Nejhorší je, když je rodina izolovaná nebo má se svým sociálním prostředím konfliktní vztah.

6. Prostředí: Jde o celý systém občanských vazeb a pomoci se strany organizací. Patří sem vazby v místě bydliště, zájem obecních představitelů o osud rodiny a účinná pomoc (sociální dávky, příspěvky, poskytnutí bytu, slev apod.). Do této sítě spadá i možnost denního stacionáře, speciální škol a výchovných zařízení, lázeňská péče, nabídka speciálních potravin a služeb (úklid, pohlídní). Tyto formy péče jsou obzvláště důležité v určitých klíčových obdobích: a) počátek lokomoce

- b) nástup do školy
- c) dospívání
- d) dospělost
- e) zaměstnání.

Adaptace a následná péče o nemocné a postižené dítě je, jak z výše uvedeného patrné, nesmírně složitým a křehkým procesem, který může kdykoliv nabrat adaptační či maladaptivní směr. Hodnocení nemoci dítěte rodiči je hodně emocionální a může dojít ke kombinacím různých druhů citových prožitků:

- **Úzkost a strach** je vyvolán představou ohrožení dítěte.
- **Hněv a vztek** na nespravedlivou situaci, která působí dítěti utrpení.
- **Smutek a deprese** truchlení nad ztrátou zdraví dítěte a vědomím omezených možností, jak mu rodiče mohou pomoci.

Důsledkem převahy špatného zvládnutí situace (maladaptivní) může být trojí typ chybné péče o dítě:

A) **HYPERPROTEKTIVITA** - jedná se o přehnanou péči, která nedovolí dítěti dospět a postavit se na vlastní nohy. Matka slouží dítěti a jedná s ním stále jakoby nikdy nevyrostlo (nenaučí je přiměřené sebeobsluze, stále je doprovází, mluví za ně).

B) **ODMÍTÁNÍ DÍTĚTE** - nepřijmou dítě, nechávají je v zařízeních či nemocnicích, nenavštěvují je, neinformují se na ně. Doma je šikanují, zanedbávají i týrají.

C) **PŘETRVAJÍCÍ VZTEK** - vyskytuje se u nemocí a postižení nejasné či neznámé etiologie, konflikt a obviňování partnera vede až k rozpadu rodiny.

4.1.6. Sociální postavení nemocných dětí.

Je odlišná od pozice dospělého člověka. Především je nemoc v dětském věku považována za něco nespravedlivého a vyjimečného. Laický pohled vidí jako obvyklé zdravé a šťastné dítě. Nemocné dítě vyvolává **protektivní postoje** a značnou toleranci, sympatii, ohleduplnost, ochotu tolerovat různé nedostatky. **Vina za onemocnění** je jednoznačně připisována **rodičům**, se kterým zároveň společnost cítí, protože ví, že jejich role je těžká. **Role rodičů** nemocného dítěte má rovněž své typické znaky. Očekává se od nich větší míra péče a úsilí o uzdravení dítěte.

Závažné onemocnění **mění postavení dítěte v rodině , ve škole i mezi vrstevníky.** Sociální reakce jsou ovlivněny především změnou zevnějšku nebo kompetencí dítěte, především těch, které ovlivňují jeho soběstačnost. Zatímco dospělí ve škole často dítě omlouvají a jsou shovívaví i v hodnocení školního výkonu, vrstevníci mohou dítě ostrakizovat, vyloučit ho z kolektivu.

Nápadnost zevnějšku může vést k podceňování dítěte. To je pak považováno za méně inteligentní a méně schopné plnit své denní povinnosti. To se děje i v případě, že nápadný vzhled s mentální úrovní vůbec nesouvisí (rozštěpy rtů a patra, dyskinezy). Negativně se chápou kožní choroby – dítě je považována za infekční, vrstevníci se jich štítí.

Omezení různých funkcí je zvláště významné, **pokud je spojeno s omezením v sociálně žádoucích aktivitách** – sport, hry, konzumace některých potravin. Dítě nemusí být svou nemocí nápadné, okolí jeho problému nerozumí a to se pak dostává do izolace, je nespokojené a strádá. Onemocnění může vést k **narušení kompetencí, které jsou spojeny s dosažením určitých věkových mezníků** – míra soběstačnosti, schopnost udržovat čistotu – jejich nedostatečnost je z hlediska spolužáků zvláště degradující. To opět může vést k odmítání nemocného dítěte.

5.DESET KROKŮ K ÚZDRAVĚ.

Doktor Fiore působil řadu let jako klinický psycholog na onkologickém oddělení. Když sám onemocněl, měl možnost si vyzkoušet vše tzv. “na vlastní kůži”.

1. Uznat omezenost lidských možností.

2. Rozlišovat to, co se změnit nedá od toho, co se změnit dá To prvé nezbyvá než přijmout a to druhé se musíme snažit změnit.

3. Vytipovat si žádoucí a dosažitelný cíl. Je třeba si vybrat cíl, který je nejen žádoucí, ale i uskutečnitelný.

4. Rozdělit cestu na kratší úseky. Konečný cíl je obvykle příliš vzdálený. Je třeba rozdělit cestu na kratší úseky, které na sebe navazují jako články řetězu.

5. Udělat první krok. První krok se zdá nejtěžší, protože nemáme zkušenosti, bojíme se apod. První krok by měl být uskutečnitelný již při nižších nárocích na síly pacienta, aby bylo zaručeno, že se podaří.

6. Vydržet ještě jeden další krok. Je třeba soustředit pozornost na tento krok a ne na konečný, vzdálený cíl.

7. Zvládat vnitřní dialog. Na jedné straně si pacient říká: musím to zvládnout a na druhé straně to neovládnu. Je třeba podpořit pacienta, aby zvítězil sám nad sebou.

8. Žít v přítomnosti. (bránit se úniku do vzpomínek, do minulosti).

9. Naučit se žít s nemocí, s postižením. Zvláště na změnu, která se udála, je třeba se přeškolit.

10. Mít život rád i když je to život všelijak těžký

6. PORUCHY A ONEMOCNĚNÍ CNS.

6.1. 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.

6.1.1. 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).

6.2. 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 učením 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, přecitlivější, 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 poruchy 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 **dysgnozií**, vzácněji o **agnozii**.
 - Poruchy percepční diferenciacce mohou souviset i s poruchou **selekcce 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 **vstíživosti** nových poznatků. V souvislosti s bezvědomím se setkáváme s **amnézií**. Ta může být **retrográdní** (na další dobu) a **anterogádní** (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 pod 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 dozrání 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.

6.3. Typy postižení a onemocnění CNS.

6.3.1. 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 vývoje 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.

6.3.2. 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 fází:

- 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

6.3.3. 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.
- 2) **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).
- 3) **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 zpravování 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 často 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 leností.
- **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.

6.3.4. 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 specifickými projevy, 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 je 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 podezřavost, 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 inkoherentní a roztržité. 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 všípivostí 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, nevýbavností. 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.

6.3.5. Dětská mozková obrna.

Neurovývojové poruchy lze definovat jako onemocnění a syndromy vznikající na základě **postižení mozku v ranných stadiích 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 páteře s vyhrěznutím 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 diferenciaci.** Jsou to různé poruchy utváření neuronů, jejich soustav, diferenciaci 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 otcí 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 zabráňuje 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 hypotrofní 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.

Činitelé poporodní (postnatální): především jsou to zánětlivá onemocnění CNS a mozkových plen, novorozenecké a kojenecké záněty plic, hnisavé záněty středoušní apod.

Charakteristické je **sdužování 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, mimovolních, tedy na vůli nezávislých a nechtěných pohybů. Bývají označovány jako nepotlačitelné pohyby a mohou se projevovat 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 udržením 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 úchyly 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 provázána 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 čili 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 smyslu 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 nezralejší 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 diparéz a hemiparéz a mozečkových forem je to u 25% dětí, u kvadruparéz 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 způsobem 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.**

7. 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.**

7.1. 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 hlavice 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.

7.2. 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.

7.3. Psychologická charakteristika tělesné deformace.

Tělesná deformita může mít pro člověka různou váhu. Nejhůře se snáší viditelná znetvoření, zejména **obličej 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.

7.4. 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 nezáměr, 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 poskytnou 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 je 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.

7.5. 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.

7. 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, kůň 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.

7.1. 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 raném věku)** se odrážejí na PSM vývoji dítěte, které nemůže získat některé kompetence jako zdravé dítě. Na druhé straně se dítě na postižení snaží adaptovat. 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 postižení** znamená mnohem závažnější trauma, protože člověk se uvědomuje, co ztratil a svůj aktuální stav považuje za horší nebo zcela nepřijatelný. Takovému člověku však zbývá řada kompetencí, které člověk s vrozeným postižením nemá. Jde o komunikační schopnosti, zrakové představy a řadu sociálních zkušeností.

7.2. Psychické změny vyplývající z vrozeného postižení.

Děti s vrozeným postižením 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 postižení. 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 postižení. Nejčastějšími problémy jsou přetrvávající závislost na rodině, přecitlivělost, vztahovačnost, nesamostatnost, pocity méněcennosti a nejistoty. Vychází z příliš ochranné nebo zanedbávané výchovy, se kterými se u postižených dětí setkáváme velmi často.

7.2.1. 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 manželskému konfliktu a rozpadu 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 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 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 - pocit 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 **obranými 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 nepřijatelnou 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 obdobím, 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 **unaveni 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 sourozenci. Může však situaci chápat jako nutnost pomoci sourozenci. Pak se u něj rozvíjejí tendence k altruismu, ohleduplnosti a taktu. Pro malé děti však mohou být podvojná měřítká 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 zvládání 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 zhroutí a nevytvoří se přirozený citový vztah k dítěti. Odmítá zpravidla jeden z rodičů a druhého se snaží přimět k tomu, že existuje. Pacienti jsou často umisťováni v ústavních zařízeních s argumentem “že vyžadují specializovanou péči”.

c) **Přetrvávající vztek** je postoj, který vyplývá při hledání viny za postižení či nemoc. Můžeme se sní 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.

7.2.2. 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 nechtěli, 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 bezpečně a jistě. 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 zvládnutí 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 způsobem 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.

7.3. Získané postižení.

Období adolescence a ranné dospělosti jsou riziková pro vznik postižení 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.

Vyrovňávání 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 ke 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 úplné uzdravení. Je odmítavý, agresivní, obviňující, sebelítostivý. Na druhé straně se pomalu začíná se svým stavem smířovat 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, postoje 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.

7.4. 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 možnosti, 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..

7.5. 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 neporozumění 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 zkruslené 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 nápadnost 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 podezřívavost.

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

vyplývajícími 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.

8. 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 **rolišujeme 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).

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 postižením 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 nechápou 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).

8.2. 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 dokáže 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, krajin, 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 nevyžívají.

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.

8.3. 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 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 zadečku (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** - kývaní 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 zdouhavější 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 možnosti 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 ze strany spolužáků a vyskytují se u nich spíše psychosomatické problémy (bolesti břicha, hlavy) a neurotické potíže.

9. 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.

9.1. 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 těžké 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 výchovnu 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 ledačos, 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.

9.1.2. 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 zachytit 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 problematicky.

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 tlumočnicka a zastává tak na svůj věk nepřirozeně odpovědnou roli, která se může promítnout při větší zátěži až do neurotických potíží.

9.1.3. 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 nejnápudnější 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.

9.1.4. 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.

9.2. 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 mozgovým 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 diference** závisí na součinnosti levostranných struktur v čelní a spánkové oblasti
 - b. Lexikální diference** 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.

9.2.1 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 psychickým 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 namístě 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 vyžívání 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 zlepšuje, když 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 diferenciací 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 chlapů 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 kóktavosti z těchto příčin.

V současnosti se považuje kóktavost 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 afázií.

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 neuvádějí 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, bizarieremi, šroubovanými větami, U některých forem je typický mutismus.
- **Roztroušená skleróza** je v pozdějších stádiích charakteristická skandovanou, explozivní a nepravidelnou řečí – vyražení 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.

9.2.2. 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 handicapami – 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.**

9.2.3 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 nechota 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.

10. MENTÁLNÍ RETARDACE.

10.1. 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.

Inteligence 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. Inteligence 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 zvládnutí 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.

9.2.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. Řada 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 transkulturálních výzkumech nebo při vyšetření klidí z odlišným kulturním zázemím. Existují specifické metody pro handicapované lidi – nevidomé.

Intelligenční kvocient byl vypočítán podle vzorce

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

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

10.2. 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.

10.3. 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 neopožďuje 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 podprůměrné 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 dobře 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.

10.4. Středně těžká mentální retardace:

Opoždování PSM vývoje je nápadnější, a proto se zjistí již v ranném dětství. Nejvýrazněji 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.

10.5. 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.

10.6. 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.

10.7. 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: DESÁTERO 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 budoucna.
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

11. BOLEST.

Bolest je nepříjemný senzorický a emoční zážitek spojený s aktuálním poškozením tkáně nebo potenciálním poškozením tkáně nebo popisovaná výrazy takového poškození. Je vždy subjektivní. Je prožívána jako signál negativní změny stavu, funguje jako potvrzení choroby, popř. jejího zhoršení. Je to zážitek spojený s předchozí zkušeností, s předchozím prožíváním bolesti.

Prožívání bolesti ovlivňují čtyři složky (Vymnětal).

- **Citlivost k bolesti:** Vnímání bolesti tj. její intenzita, kvalita a lokalizace. Intenzita subjektivního prožitku neodpovídá vždy objektivnímu nálezu, závažnosti onemocnění. Citlivost k bolesti je značně individuální. Záleží na mnoha okolnostech jako je osobnost, věk, pohlaví, dosavadní zkušenost s bolestí, aktuální stav organismu. Citlivost se zvyšuje

při únavě, po stresujícím zážitku, vyčerpání. Prožívání bolesti může kolísat i v čase.

- **Emoční prožitek bolesti:** Jde o emoční reakci na bolest, která je vždy nepříznivá. Bolest zhoršuje osobní komfort nemocného. Dráždí jej a vyčerpává. Přispívá k negativnímu hodnocení akutní situace a jejího budoucího vývoje.
- **Rozumové hodnocení bolesti:** Závisí na schopnostech nemocného uvažovat o příčině bolesti, na jeho zkušenostech i na tom, jaký má pro něj bolest význam, jakou je informací.
- **Paměť pro bolest:** Prožitek bolesti se ukládá do paměti a určitými podněty může být opět vyvolán. Může jít o asociaci s určitou situací nebo psychickým stavem. Klasickým případem jsou tzv. fantomové bolesti, kdy jedinec pociťuje bolest v amputované končetině.

Na zpracování bolestivých podnětů se podílí různé oblasti CNS: talamický komplex, retikulární formace, limbický systém, hypotalamus a prefrontální oblast mozkové kůry.

11.1. TYPY BOLESTI:

Akutní je bolest vzniklá poraněním, popálením, problémy se zuby, akutní břišní bolest apod. Je to bolest poměrně intenzivní, ale z hlediska času krátkodobá a dobře léčitelná. Je zpracována talamickými jádry a nakonec vedena do gyrus postcentralis v parietální oblasti mozkové kůry.

Chronická bolest je z hlediska času dlouhodobá, snáší se velmi těžce. Na bolest si nelze zvyknout a chronická bolest proto podstatným způsobem zhoršuje kvalitu života. Její léčba je značně obtížná. Dnes však existují centra, která se zabývají výhradně léčbou bolesti. Chronická bolest je vedena do limbického systému a prefrontální mozkové kůry.

Kvantitativní stránku udává intenzita bolesti.

Kvalitativní stránka bolesti se označuje různými názvy, např. bolest tupá, řezavá, bodavá, palčivá, vystřelující apod. Reakce na bolestivý podnět může být rozmanitá: úlek, výkřik a pláč, zblednutí, tachykardie.

Bolest může mít i stránku sociální – může sloužit jako signál „volání o pomoc“ takto pojatá bolest je častá u dětí jako součást psychosomatických problémů.

11.2. BOLEST U DĚTÍ:

Pocity bolesti u dětí byly dlouhou dobu podceňovány a předpokládalo se, že děti cítí bolest méně než dospělí. Teprve koncem 70. let se objevily první práce, které upozornily na to, že dětská bolest je *nedostatečně léčena*. Problém bolesti je doprovázen i nedostatkem znalostí, prostředků a zájmu o ni včetně mezioborové spolupráce.

O bolesti dětí existuje řada pověr, které stále úporně přetrvávají v odborné i laické veřejnosti:

1. **Dětský NES je nezralý, proto dítě bolest pociťuje jen málo** - reakce na bolest u novorozenců i plodů jsou doloženy hormonálně-metabolickým a kardiopulmonálními projevy. Nocicepce vyvolává u dětí prokazatelný stres.
2. **Dítě si bolest nepamatuje** - existují čtyři typy paměti na bolest, které vznikají poměrem tří zážitků: očekávané bolesti - skutečně prožité bolesti - zapamatované bolesti. Tyto typy jsou: nekonzistentní, vytěsňující, přecitlivělý a realistický.
3. **Klinické ukazatele bolesti** - jsou ve skutečnosti spíše nespecifické a signalizující jakýkoliv

stres.

4. **Nejvhodnějším indikátorem intenzity bolesti je chování dítěte** - pokud je dítě unavené či ovládající se, pak může být projev pozměněn a nemusí s intenzitou bolesti korespondovat.

5. **Dítě není schopno svou bolest popsat** - od 4. roku lze za využití vhodných metod dosáhnout poměrně objektivních údajů o lokalizaci bolesti a vyjádření její intenzity a kvality. Mezi 3.-5. rokem může dítě podat obecnější informaci o intenzitě bolesti a emocionální charakteristiku prožitku bolesti.

6. **Lze vytvořit univerzální algoritmus léčby bolesti u dětí** - vedle farmakoterapie existují psychoterapeutické metody na zvládání bolesti. Jak tyto, tak i doze farmak jsou velmi individuální.

7. **Dítě není schopno rozhodnout o tlumení vlastní bolesti** - pacientem kontrolovaná analgesie - PCA systém - uplatňovaná v H.Králové tento předsudek vyvrací.

8. **Bez bolesti není zisku** - snášení bolesti dítě rozhodně neotužuje a ani jí nelze přivyknout. Trvající bolest je zraňující a mutilující psychiku dítěte. Prožitek bolesti a reakce na ni není ani projevem slabosti a nestatečnosti, ani "hysterie".

Reakce na bolest a její zvládání je vysoce individuální záležitost a její léčba je multidisciplinární záležitostí. Také různé typy bolesti (zubní, kostní, kloubní, onkologická apod.) vyžadují různé přístupy.

Diagnostika bolesti u dětí dnes využívá řadu pomocných škál a obrázkových umožní její popis a lokalizaci i u poměrně malých dětí. Existuje i řada strategií, jejichž pomocí dítě bolest zvládá.

11.3.Faktory zvládání.

Úspěšný proces zvládání je spojen s několika faktory:

- **typ nemoci** - viditelnost, nároky na péči, omezení funkcí, průběh v čase, prognóza.
- **individuální charakteristiky dítěte** - osobnost, věk, dosavadní zkušenosti.
- **prostředí** - rodina, způsob opory, míra stresu, sociální síť.
- **odborníci** - specifické programy.

Programy ke zvládání nemoci a bolesti

1) **Zaměření na rodinu:** - přítomnost rodičů v nemocnici i při zákrocích

- informace v různé podobě - video, ústně, tiskoviny
- rodiče řídí nácvik dovedností a jeho zvládání u dítěte
- rodičovské svépomocné skupiny
- event. rodinná terapie.

2) **Programy zaměřené na dítě:** - informace - video, herní terapie

- snížení úzkosti - relaxace, odpoutání pozornosti,

imaginace

- možnost kontroly nad situací, aktivní

spolupráce

- obohacení prostředí, stimulace aktivity dítěte
- event. psychoterapie.

Cíle psychoterapie:

1. Aktivní spolupráce při léčbě.

2. Sebedůvěra, separace, podpora vývoje rodiny.
3. Reálné životní cíle a perspektivy- event. krátkodobé - něco vyrobit a dokončit.
4. řešení psychosociálních konfliktů, vč., normativních vývojových konfliktů.
5. Udržení ostatních sociálních vztahů.
6. Vyrovnání se s faktem nemoci(fáze poruchy) dítěte i rodičů.

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

12.1. TERMINÁLNÍ NEMOCNÝ PACIENT:

V období před vlastním úmrtím 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. DEPŘESE - 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 vyzpozorovat 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 nechťejí 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.

12.2.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 vyhybavě, 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 vino 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”, mohu 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 úplně 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

13. FRUSTRACE A STRES.

13.1. Frustrace.

Motivovaný subjekt směřující k dosažení určitého cíle nemusí vždy tohoto cíle dosáhnout, protože se mohou objevit překážky, které dosažení znemožní.

Takové situaci, v níž je nějakým způsobem blokováno dosažení cíle, se říká frustrace. V situaci frustrace jde vždy o zmaření, odepření, selhání nebo neúspěch při dosahování cíle.

Frustrovat nás mohou **vnější i vnitřní faktory**. Z vnějších faktorů to mohou být reakce lidí, neočekávané překážky, chybějící uspokojení apod. Vnitřní jsou zpravidla vlastní zábrany, nepřiměřená očekávání, nízké sebehodnocení a sebedůvěra.

Frustrace jsou **běžnými životními jevy** a **setkáváme se s nimi velmi často**. Psychologicky významné jsou zvláště masivní a trvalé frustrace.

Frustrační tolerance je míra frustrace, kterou jedinec snese bez porušení obvyklé povahy svého přizpůsobení. Úroveň frustrační tolerance se lidé výrazně liší - co je pro někoho neúnosným stavem, může jiný běžně zvládat.

Psychologický význam frustrace je dán tím, že v situaci frustrace se vyvíjí tzv. frustrované chování, které se ve svých dynamických i povahových projevech liší od chování v normální situaci. Druhy frustrovaného chování můžeme analyzovat v experimentálních podmínkách.

13.2. Odezva na frustraci.

Záleží na tom, jak člověk svou situaci vnímá, zvláště pokud jde o nezbytnost dosáhnout právě sledovaného cíle a o možnost překážku překonat a na tom, jaké způsoby vyrovnání s frustračními situacemi si osvojil.

Emoční vzrušení.

Lze nesehnat rozlišit, zda vzrůst emočního vzrušení a napětí je součástí frustrace nebo zda je již odezvou na ni. V každém případě souvisí s nelibostí prožívaného stavu frustrace.

Únik.

Únik je obecnou odezvou na frustraci v případě, že prožívání stavu frustrace nedosaženého cíle je méně snesitelné než frustrace po jeho opuštění. Člověk pak fyzicky nebo psychologicky "opouští pole" a tím mění svůj motivační stav.

Fantazijní uspokojení spočívá v překonání překážky a dosažení cíle pouze na úrovni představy, že se tak děje či stalo - tím je zážitek frustrace zmírněn.

Frustrované chování se vyznačuje tím, že mu na rozdíl od normálního chování, které je vždy zacílené, **chybí cíl**. Pokud chování frustrovaného individua není bez cíle, je z hlediska dosažení cíle neadekvátní (hlavou proti zdi)

13.3. Konflikt:

Jde o střet vzájemně neslučitelných, přibližně stejně silných tendencí. Mohou se střetnout:

- **dvě pozitivní tendence – obě možnosti stejně lákavé**
- **dne negativní tendence – volíme menší zlo**
- **jedna pozitivní a jedna negativní tendence.**

Konflikt rovněž patří k běžným životním problémům, se kterými se každý opakovaně setkává. Nelze se jim vyhýbat. **Konflikt je nebezpečný tehdy, jestliže je dlouhodobý, závažný a zahrnuje osobně významnou oblast a člověk není schopen jej řešit.** Z psychologického hlediska jsou významné **vnitřní konflikty**. Ty se odehrávají ve vědomí jedince a jejich běžnou podobou je např. konflikt vědomí povinnosti a tendence k aktuálnímu uspokojení (nevěra). Intenzita konfliktu závisí na subjektivním a emočním zpracování obou tendencí (motivů). Příčinou psychosomatických obtíží může být např. konflikt mezi přitažlivostí a odporem ve vztahu lidí (milují ho, on mě týrá).

13.4. Stres.

Pojem stres znamená být vystaven různým tlakům, být v tísní. **Stresem rozumíme změny, které vznikají v psychických regulačních mechanismech a činnostech jako reakce na působení různých stresorů (vnějších i vnitřních), k nimž dochází při stresových situacích. Stres tedy chápeme jako do jisté míry uniformní odpovědi organismu na nadměrnou zátěž či ohrožení jakéhokoliv typu.** Stresem může být popálení, úraz, porod, hladovění apod. Stresem mohou být i psychické vlivy jako je strach, úzkost, zármutek apod. Tuto formu označujeme jako psychickou zátěž. U člověka je ve většině případů odpověď organismu důležitější než povaha samotného podnětu.

Stres **nemusí být jen negativní**. V mírné podobě může mít aktivizační a motivační funkci.

Intenzita stresové reakce:

- **Hyperstres** – překračuje hranice schopnosti adaptovat se a vyrovnat se s ním.
- **Hypostres** – nedosahuje ani obvyklé hranice tolerance, jak je tomu u stresorů. Jedná se o plíživé negativní vlivy monotónnosti, nudy nebo frustrace apod.

Kvalita stresové reakce:

- **Distres** – negativně působící stres – jde o vliv negativních situací, které rozrušují, zneklidňují až ohrožují člověka. V běžném laickém pojetí jde vždy o tento typ stresu.

- **Eustres** - kladně působící stres – jedná se o rozechvění nebo rozrušení ze situací, které jsou nám příjemné nebo v nichž očekáváme pozitivní odezvu (odměna, pochvala, příjezd milované osoby apod.

Stresory jsou negativně působící vlivy jejichž výsledkem je stres.

- **Fyzikální** – jedy, drogy, návykové látky, radiace, UV a UR záření, zněčištění životního prostředí, vibrace, otřesy, elektrošoky, meteorologické jevy, změny ročních období a času, znásilnění, přepadení a další.
- **Emocionální** – nepřátelství, zloba. Vztek, zármutek, obavy, intriky, nuda, pomluvy. Zármutek, výčitky, přestoupení tabu, ztráta.

Podle **intenzity** mohou být podobně jako stres rozděleny na:

1. **Mini – mikrostressory** což jsou poměrně nepatrné, mírné okolnosti či podmínky, které vyvolávají stres. Jsou-li dlouhodobé, mohou přerůst ve svůj vliv a působit stres značné intenzity (dlouhé osamění, nedostatek přátel, nezaměstnanost)
2. **Makrostressory** – děsivé, život ohrožující události – živelní katastrofy, války.

Charakteristické znaky stresových situací.

Americký psycholog Holmes se pokusil sestavit tabulku, ve které zachytil každou vážnější změnu v životě člověka, která může působit jako stres.

Intenzitu stresu označil body od 0 do 100. Jakmile se v krátkém časovém období nashromáždí u jedince 300 bodů, hrozí nebezpečí vzniku nejrůznějších poruch (depresí, nervových krizí, infarktu myokardu aj.)

Holmes ohodnotil jednotlivé situace takto :

smrt manželského partnera	100
rozvod	73
úraz ,vážné onemocnění.....	53
sňatek	50
ztráta zaměstnání	47
těhotenství	40
změna zaměstnání.....	39
syn nebo dcera opouští domov	29
vstup do školy nebo její ukončení	26
změna bydliště.....	20
změna spánkových zvyklostí,denního režimu	20
změna školy.....	20
dovolená.....	13
vánoce	12
dopravní přestupek	11

Je pochopitelné, že **povaha a intenzita stresu bude individuálně rozdílná**. Pro jednoho bude maximálním stresem nevěra manželky a rozvod, pro druhého výpověď ze zaměstnání.

Stále vzrůstající podněty z vnějšího prostředí a stále složitější situace, stále stupňované nároky na výkonnost, rozhodování a odborné schopnosti, stále vzrůstající odpovědnost, řešení složitých úkolů, nárazové práce a střídavé směny, rovněž uvolňování dřívějších pevných rodinných pout, k tomu stálá uspěchanost, časová tíseň, neklid, napětí, stále se stupňující tempo, čímž je

poznávan i volný čas, neschopnost uvolnění a odpočinku, k tomu frustrace, nesplněné a často nesplnitelné snahy (snaha "všechno zvládnout, všechno stačit, všude být a všechno mít ") zdánlivě pohodlný konzumní způsob života - ve skutečnosti však vybičovávací člověka na nejvyšší míru, v neposlední míře sociální nejistoty - to vše jsou mohutné stresory, které drtí člověka dnešní doby ze všech stran.

Jestliže v naší době stresorů nadměrně přibýlo, tyto stresy nedocházejí "naplnění", odreagování, zdravého odeznění. To je pro lidský organismus právě to nejškodlivější. Není tedy divu, že v těchto podmínkách a za těchto situací, za vzrůstajících stresů, zhoršujícího se životního prostředí a zhoršující se životosprávy a nezdravého způsobu života, rapidně přibývá tzv. civilizačních chorob.

13.3. Reakce na stres.

Jde o proces, který probíhá ve třech fázích. Během nich dochází k postupnému zvládnutí situace.

1. Fáze aktivace obranných reakcí a uvědomění si zátěže. Jakmile si člověk uvědomí, že je vystaven zátěži začíná probíhat reakce na úrovni **fyziologické i psychické**.

Aktivace fyziologické reakce vypadá následovně:

- První reakce je **zahájena reflexně**. Funguje tedy automaticky a nezávisle na vědomé reakci a rozhodnutí člověka. Různé fyziologické procesy aktivizují energetické systémy.
- Následně se aktivizují centra v mozku (hypotalamus, hypofýza) a ACTH hormon. Organismus aktivuje energetické zdroje a získává energii z cukrů a bílkovin.
- Nakonec se aktivují tukové zásoby jako energetický zdroj.

Psychická reakce začíná zhodnocením situace jako stresující. K takovému hodnocení se zpravidla dospěje při nahromadění negativních zážitků a pocitů. Hodnocení závisí na osobnosti člověka, jeho dosavadních zkušenostech a charakteru emoční reaktivity. Reakce na stres probíhá následovně:

- Prožitek stresu je spojen se **změnou emočního prožívání**, typickou reakcí je úzkost, pocity napětí, obavy, hněv vztek, může se dostavit smutek, deprese. Člověk má pocit neřešitelnosti dané situace.
 - Postupně dojde ke změně **kognitivních funkcí**, působení zátěže se promítne do způsobu myšlení a uvažování. Vlivem intenzity stresové situace a stresorů dochází často ke zkratkovitému a pesimističtějšímu řešení, zhoršuje se koncentrace pozornosti, mohou se objevit vtíravé myšlenky a různé asociace.
 - **Zátěž aktivizuje psychické obranné reakce**, které mohou být individuálně specifické a jejich cílem je získání nové rovnováhy a vědomé strategie zvládnání – coping.
- 2. Fáze hledání účelných strategií**, které by mohly vést ke zvládnutí stresové situace nebo alespoň k jeho zmírnění. V této fázi je důležité, jakou míru kontroly bude člověk nad situací mít. Pokud ji ztratí nebo ji skoro nemá, nastupuje třetí fáze.
- 3. Fáze rozvoje stresem podmíněných poruch** – jde o selhání obranných mechanismů, které ve svém důsledku mají dlouhodobé závažné zdravotní problémy.

13.4 Trauma.

Jde o náhle vzniklou situaci, která vede ke poškození nebo ztrátě a má vždy negativní význam pro jedince.

S ohledem na to, že se jedná zpravidla o extrémně intenzivní negativní prožitek pozorujeme u lidí pocit ztráty, smutku, deprese, nejistoty. Dochází ke ztrátě pocitů jistoty, prožívá se úzkost. Trauma se projevuje i v oblasti myšlení, které se může stát nekritické, nesoudné a ovlivněné především emocemi. V jednání se objeví buď únik před dalším traumatem, který může vést až k izolaci nebo agrese, útok. Porucha, která v této souvislosti vzniká se nazývá posttraumatická stresová porucha a je akutní a chronická. Vyznačuje se neustálým návratem k traumatickému zážitku, poruchami spánku, depresemi, úzkostmi.

13.5. Krize

Objevuje se jako narušení psychické rovnováhy jako důsledek vyhocení určité situace, dlouhodobé kumulace problémů nebo situačnímu nárůstu problému. Jejím hlavním projevem je **selhání adaptačních mechanismů** – dosud funkční mechanismy přestaly být funkcí a člověk musí hledat jiné. Jde o **nutnost změny**. Takové krize se objevují během vývoje člověka (dospívání, konflikt v rodině) .

Krize je doprovázena **negativními emočními prožitky**, zejména úzkostí, pocitem ztráty bezpečí a jistoty, tenzí, úzkostí, zoufalstvím. **Mění se uvažování** a hodnocení situace. Člověk má pocit bezmoci, ochromení, bezradnosti a neschopnosti vybědnout. Také **jednání se mění**, může být inhibované, iritované, útočné, impulzivní a zkratkovité.

Reakce na krizi je rovněž rozfázováno podobně jako reakce na stres. Jen prvním prožitkem zde bývá často šok. Stejně jako jiné zátěžové situace může být řešena efektivně – změnou postoje, novým směrem životního zaměření nebo negativně – únikem k alkoholu, drogám. Izolaci.

13.6. Deprivace.

Deprivace je stav, kdy některá z objektivně významných potřeb – biologických či psychických – není uspokojována v dostatečné míře, přiměřeným způsobem a po dostatečně dlouhou dobu.

Deprivační zkušenost patří k nejtěžším zátěžím a její důsledky mohou poznamenat člověka na celý život jak co do psychického stavu, tak i vývoje. Charakter důsledků deprivace je dán obdobím, ve kterém ke strádání došlo a na charakteru potřeb, které nebyly uspokojovány. Je známo, že např. deprivace v oblasti emoční a sociální v útlém věku vede k patologickému vývoji specifických typů osobnosti a narušení sociálních vazeb.(Matějček, Langmaier). Podle oblasti deprivačních vlivů, pak dochází **ke vzniku specifických odchylek:**

- **Deprivace v oblasti biologických potřeb** (nedostatek jídla, spánku, tepla)ohrožuje tělesný rozvoj, duševní i tělesné zdraví. Při dlouhodobém působení může vést k rozvoji nemocí i smrti.
- **Podnětová deprivace** znamená, že člověku chybí dostatečná variabilita a množství podnětů, které jsou přiměřené věku a vývojové úrovni daného jedince. Příčinou je špatně rodinné a výchovné zázemí nebo chronická nemoc či mentální retardace.
- **Kognitivní deprivace** – jde o výchovné a výukové zanedbání, které nedává dítěti dostatek podnětů a podmínek k učení. Dítě se pak může jevit jako mentálně retardované.
- **Citová deprivace** vzniká z nedostatku spolehlivého a jistého citového vztahu k matce nebo jinou pečující osobou. Následkem je nedostatečný emoční rozvoj a porušení sociálních vazeb v dalším životě.
- **Sociální deprivace** je omezením přiměřeného vztahu s lidmi. Takto strádají často lidé

chronicky nemocní. Postižení různým způsobem nebo senioři. Tato tendence může vycházet i z rodiny, která nedovoluje svým členům sociální kontakty.

13.7. Mechanismy zvládání zátěžových situací

Obecná míra zvládání zátěže bývá označována jako **frustrační tolerance**, v novější literatuře označována jako **nezdolnost, pevnost** (hardiness), který lze chápat jako stupeň odolnosti proti zátěži. Pojem **resilience** můžeme **charakterizovat jako houževnatost, nebo schopnost odolávat zátěži v čase.**

Celkově jde o komplex podmínek, které napomáhají člověk zvládat zátěž a jejich fungování a účinnosti souvisí s následujícími podmínkami:

- Jak jedinec zátěžovou situaci **hodnotí a interpretuje** její význam, zda ji považuje za ohrožující.
- **Jako ji prožívá**, jaké emoční reakce vyvolává. Zda převáží úzkost a strach nebo pocit bezmoci nebo pozitivní ladění a odhodlání, víra ve zlepšení situace.
- Zda si dokáže udržet **kontrolu nad situací**, zda je přesvědčen, že ji zvládne at' sám nebo za pomoci blízkých nebo důvěryhodných osob.
- Zda jej **zátěž aktivizuje** ve smyslu hledání účelných východisek a řešení nebo **paralyzuje** k apatii a rezignaci.
- Zda je dostatečně **flexibilní** a dovede zapomenout na nepříjemné zážitky, dokáže se zotavit po traumatu a neulpívá na minulých prožitcích.
- Jakou má **schopnost využít pozitivních podnětů**, které nabízejí zejména sociální kontakty a přijetí nabízené pomoci nebo schopnost své problémy komunikovat.

Do uvedených faktorů patří i **dostupná a účinná sociální podpora a pomoc.**

Míra odolnosti proti zátěži je dána dědičnými předpoklady (typ osobnosti), učením se adekvátním způsobům zvládání během vývoje, individuálními zkušenostmi se zátěží a jejím zvládnutím a rovněž sociokulturní normy (každá společnost uznává jiné strategie).

13.8. Obranné reakce vědomé a neuvědomované.

Obrana proti stresu může probíhat na vědomé – uvědomované úrovni nebo využívat nevědomé mechanismy. K vědomým reakcím patří:

Útok - odhodlání bojovat

- **verbální** - sarkasmus, ironie, posměšné glosy, neustálé diskuse o způsobu péče o dítě a léčebné postupy, opakované požadavky neúměrné k možnostem okolí, cynismus k sobě i nejbližším.
- **neverbální** - nepřiměřená mimika situaci, jakoby ztrnulost nebo naopak přehnaná gesta, změna pozice těla...
- **transformace** - vybití agrese nějakou náhradní činností - sport, napadání cizích lidí verbálně, neúměrné prosazování se nebo naopak nepřiměřená pokora apod.

Únik - tendence uniknout ze situace

- **k mystice** - sektářství, nadpřirozenu, odchod ze zaměstnání a veškerá péče se věnuje dítěti, charitativní péče
- **k návykovým látkám** - alkoholu, drogám, hráčství apod.,

- **k izolaci** od společnosti - přerušeni přátelských vazeb, změna i bydliště
- **k racionalizaci** neustálé hledání vysoce odborných informací a vyžívání se v nich na úkor emoční angažovanosti k dítěti
- **vyhnutí se** - tato reakce působí jakoby si rodina neuvědomovala, že je dítě nemocné, hovoří se o neohrožujících tématech (dovolená, cesta na kontrolu, škola a pod). V praxi to může znamenat i to, že se podceňují projevy nemoci.

Coping

Jde o zvládnání zátěže volbou určité strategie. Jde o cílevědomý proces, který závisí na hodnocení dané situace a posouzení vlastních možností. Cílem je dosažení zvládnutí situace, pozitivní změny nebo alespoň smíření se situací. Coping může mít trojí podobu:

- **Coping zaměřený na řešení problému.** Jde o strategii, která vychází z přesvědčení, že danou situaci lze zvládnout a vyřešit ji. Jedinec má pocit, že je schopen tohoto cíle dosáhnout. Stejnou hodnotu má uvědomění si omezenosti možností – obtížnosti zdravotních problémů.
- **Coping zaměřený na udržení přijatelné subjektivní pohody,** na uchování psychické rovnováhy a redukci negativních zážitků. Předpokladem této strategie je přesvědčení, že problém nelze řešit, proto je nutno ho pojmout jinak, zaujmout odlišný postoj – např. smířit se s ním. Nejde o negativní strategii v každém případě. Smíření se s nedosažitelností vede k vyrovnanosti.
- **Sebeznevýhodňující strategie** znamená, že předem odmítají jakékoliv pozitivní řešení, rezignují. Častá je u nejistých a úzkostných lidí, bývá součástí syndromu naučené bezmocnosti.

Neuvědomované reakce

Obranné reakce, které nejsou plně uvědomovány mají rovněž svůj význam, ale liší se určitou mírou zkreslení reality.

- **Popření:** Člověk přijímá jen takové informace, které nejsou ohrožující nebo nepříjemné. Napůř. Si nepřipouští, že je nemocen a chová se stále stejně. Nepřipouští si traumatizující charakter situace.
- **Potlačení a vytěsnění:** Jedinec má tendenci zbavit se myšlenek a pohnutek, které jsou subjektivně nepřijatelné. Ve vytěsněné podobě nejsou již ohrožující. Časté u obětí násilí.
- **Fantazie:** Pomáhá nahradit traumatizující skutečnost jinými zážitky, které jsou snesitelné. Podobně u dětí **pseulogica phantastica** – dítě si vymýšlí příběhy, které nezažilo, ale touží po nich.
- **Racionalizace:** Jedná se o zdánlivé logické přehodnocení situace. Umožňuje tíživost zážitků zmírnit a učinit je přijatelnými (může za to někdo jiný).
- **Sublimace:** Transformace nedostupného způsobu uspokojení v jiný, dostupnější – sport, umění.
- **Regrese:** únik na vývojově nižší úroveň chování obvykle vyjadřuje odmítnutí osamostatnění se, potřebu větší závislosti na okolí. Jedinec se upíná k autoritě, touží být opečováván. Časté u těžkých chorob. Při zafixování negativně ovlivňuje sociální a emoční vyžívání.
- **Identifikace:** posílení vlastní hodnoty splynutí s ideálem, vzorem. Dojde k posílení sebevědomí, větší jistotě a rozhodnosti. Podle vzoru je identifikace pozitivní a negativní (sportovec vs. extrémista).

- **Substitute:** jde o náhradu nedosažitelného uspokojení dosažitelným. Objevuje se v situaci frustrace cíle a přispívá ke snížení pocitu zklamání. Náhradní cíl nemusí být vždy žádoucí a pozitivní.
- **Projekce:** tendence promítat své vlastní obavy a názory do jednání jiných lidí. Nejčastěji prisuzování vlastních chyb jiným.
- **Rezignace:** se objevuje v dlouhodobé zátěžové situaci, kdy se jedinec předem všeho vzdá, protože to považuje za nedosažitelné. Vyjadřuje bezmocnost a pasivitu až apatii.

13.4. Adaptivní a maladaptivní strategie zvládnání situace rodiny s nemocným dítětem:

Adaptivní strategie.

Optimismus, který staví naději proti strachu a úzkosti. Pokud se přežene, může dojít k podcenění projevů nemoci a může následovat neadaptivní deprese.

Postupná adaptace během níž se rodina rozhodně přijmou veškeré nároky spojené s péčí o dítě a podnikne takové kroky, aby byla schopna je naplnit.

Budování emocionální rovnováhy na základě přijetí faktu nemocného dítěte a nezbytnosti adekvátní emoční podpory - záchraná emocionální rodinná síť. Prevence extrémních reakcí.

Víra dodává hluboce věřícím oporu a smysl jejich utrpení.

Shánění informací s cílem dovědět se co nejvíce o nemoci dítěte a tím získat schopnost adekvátní podpory a pomoci. Snížení napětí a úzkosti z chybného způsobu péče.

Orientace na řešení běžného provozu rodiny - organizace "služeb u dítěte, možnost matky k rekreaci a oddechu apod.

Přijetí pomoci od širší rodiny či přátel - poskytují možnost rodičům mít volný čas na sebe, oddechnout si od péče o dítě a od nebezpečí vyhoření.

Maladaptivní strategie.

Nepřijetí onemocnění - rodina se brání uvědomit si, že její člen je nemocen a má vážný problém. Brání se validním informacím, nemoc neexistuje. Nemocné dítě cítí, že něno není v pořádku, ale rodina se tváří jakoby nic. Nebezpečí zanedbání péče.

Opuštění pacienta - dítě opakovaně svěřováno do péče odborných zařízení pod maskou strachu, aby rodina zvládla péči. Před propuštěním se rodina vymlouvá na nerůznějších věcí. Matka vyhledává psychiatra-psychologa s cílem získat potvrzení, že se pro svůj stav nemůže starat. Odmítají dítě, stydí se za ně.

Magické řešení situace - hledají se zázrační léčitelé, návštěva poutních míst i u nevěřících. Dítě zanedbává doporučenou léčbu a vrací se v ohrožení života.

Zhroucení rodiče - často osamělé matky, které se snaží zvládnout veškerou péči a podporu. Dítě je na ni často úzce vázáno, "hlídá si ji" a nenechá vydechnout. Matka pak se uchyluje k alkoholu, drogám.

Sebeobětování může pramenit z vleklých manželských problémů a nemocné dítě se stává prostředkem např. zabránění rozvodu. Matka spí s dítětem, otec spí jinde, ale nemůže opustiti obětavou ženu. Ta ho ve skutečnosti vydírá.

14. STRACH A ÚZKOST.

Strach můžeme definovat jako signální emoci, která chrání naši existenci a v mnohých případech stimuluje naši činnost, ale jen tehdy, pokud není příliš velký.

Existence strachu je biologická nezbytnost.

Anatomickým substrátem na vybavení strachu je hypothalamus, resp. celý limbický systém. Nedostatek strachu je součástí nedostatku schopnosti anticipovat (předvídat) a charakterizuje např. mentální retardaci. Strach je indikátorem nebezpečí a jeho nedostatek je důležitým problémem z hlediska pudu sebezáchovy. Na druhé straně schopnost potlačit strach je součástí odvahy.

Mnozí autoři rozlišují pojmy strach a úzkost .

Strach je podle těchto autorů předmětný, vždy se váže na určitý předmět, obsah.

Úzkost je difúzní, představuje náladovou kvalitu, duševní stav. Úzkost se často definuje jako nepříjemný emoční stav provázený předtuchou nejasného nebezpečí, které subjekt není schopen přesně pojmenovat a určit.

Pojem anxiozita (úzkostlivost) má charakter osobnostního rysu a znamená zvýšenou pohotovost k reakcím strachu a úzkosti (anxiety).

Jiní autoři (např. Freud) neuznávají existenci strachu bez objektu (tedy úzkost v klasickém smyslu slova). Anxieta vždy podle těchto autorů vyvolává nějaký podnět, situace, objekt, nebo spontánně vybavené asociace. Strach a úzkost se používají tedy jako pojmy alternativní pouze v laickém prostředí.

Úzkost se projevuje mnohými vegetativními a duševními příznaky.

Mezi **vegetativní příznaky** patří změny dýchání, zvýšení krevního tlaku, bušení srdce, zvýšené pocení, pocit sucha v ústech ba dokonce i změny metabolismu (stoupá např. hladina kyseliny mléčné, vyplavuje se noradrenalin ap.).

V psychické oblasti je úzkost spojena s pocitem vyčerpanosti, únavy, zvýšeným duševním napětím, změnami aktivity a výkonu, někdy nutkáním do více či méně neúčelné činnosti.

Protože úzkost navozuje mnoho vegetativních, fyziologických změn, má důležitý vliv na vznik a průběh tzv. psychosomatických chorob.

Mezi **psychosomatické choroby** tj. choroby na jejichž vzniku se významně podílí psychogenní složka, dne řadíme prakticky všechny tzv. civilizační nemoci a psychosomatický doprovod je součástí bio-psycho-sociálního modelu nemoci v současné medicíně.

O extrémních možnostech účinku psychogeneze se podávají zajímavá svědectví, týkající se psychogenní smrti. Hraje při ní úlohu odmítání potravy a extrémní excitace adrenokortikoidních systémů stavem hrůzy. (např. psychogenní smrt v chladícím voze, jehož mrazicí zařízení nebylo zapnuto). Jinými příklady jsou smrti způsobené magickými sugestivními manévry domorodého kouzelníka nebo působením kmenového tabu.

Strach je také společným znakem všech neuróz. Chápeme ho jako "hrozný pocit izolace a bezmocnosti v potenciálně hostilním světě. "(Pocit bezmocnosti je patogenetický faktor, který působí ve formě bludného kruhu).

Chronická úzkost je charakteristická zejména pro úzkostnou neurózu. Příkladem vystupňovaného strachu je **fobie** - obsedantní patologický strach, který si subjekt uvědomuje a přece se bojí. Strach se příliš fixoval a subjekt sám ho už nedokáže potlačit úsilí o jeho potlačení dokonce zvyšuje intenzitu fobie.

Podle obsahu rozeznáváme mnoho druhů fobií.

Z nejčastějších fobií můžeme uvést :

nyctofobii - strach z tmy

klaustrofobii - strach z uzavřeného prostoru

hydrofobii - strach z vody

acrofobii - strach z výšek

agorafobii - strach z velkých prostranství

nosofobii - strach z nemoci

karcinofobii - strach z rakoviny

tanatofobii - strach ze smrti

arachnofobie - strach z pavouků

Místem, ke kterému se vztahuje mnoho obav, strachu a úzkosti je lékařská ordinace a zejména nemocnice. Nemocný nerozumí řadě svých pocitů, nedovede věcně posoudit své potíže a příznaky. Obavy, strach a úzkost jsou proto v autoplastickém obrazu jeho nemoci významným činitelem.

Strach může bránit nemocnému, aby se podrobil vyšetření. Strach znesnadňuje průběh vyšetření: zvýšení krevního tlaku a tachykardie může vést k mylné diagnóze. Strach nemocného, že trpí vážnou chorobou může vést k popírání, zatajování příznaků.

Strach neovlivňuje jen chování dětí. Chování může být ovlivněno strachem a obavami v různých směrech - může se projevit např. plačtivostí (pohotovost reagovat pláčem), zvýšenou dráždivostí, negativismem a někdy i agresivní reakcí

Prevence strachu u dětí znamená především klidně a pravdivě seznamovat dítě s nutným vyšetřením popř. hospitalizací.

15. RELAXAČNÍ A IMAGINATIVNÍ TECHNIKY.

Relaxační techniky jsou metody, které cíleně využívají svalovou relaxaci, autosugesci a řízené představy, a to jak samostatně, tak i v kombinacích. Vychází z poznatků o vzájemné souvislosti mezi třemi faktory:

- a) psychickou tenzí,
- b) stavem vegetativní n.s.,
- c) napětím svalstva.

Využitím volního řízení tonu kosterního svalstva můžeme dosáhnout psychického uvolnění a ovlivnit orgánové funkce.

Imaginativní techniky jsou metodami využívající řízené představivosti (imaginace) pacienta na určité motivy, obrazy či témata. Lze u nich setrvat relativně dlouhou dobu. Slouží k odhalování méně vědomých či podvědomých motivů vlastního jednání klienta.

15.1. Typy relaxačních metod:

1. Autogenní trénink podle Schulze –Henkeho.
2. Progresivní relaxace dle Jacobsona.
3. Relaxace při hudbě.

1) Autogenní trénink dle Schulze Henkeho:

Užívá se nejčastěji, zejména jeho prvního stupně. Jeho nácvik trvá asi 3 měsíce, každý týden se realizuje 2-3 sezení a klient dostává úkoly na doma, je povinen doma trénovat nacvičené dovednosti 3x denně po 5 minutách.

1. základní stupeň obsahuje relaxaci, která začíná v dominantní ruce.
 - a. Pocitem tíhy od dominantní ruky do celého těla..
 - b. Pocit tepla, který opět začíná v dominantní ruce a postupuje do celého těla
 - c. Regulace srdeční činnosti – důraz na pravidelný a klidný tep.
 - d. Koncentrace na dech – dech je klidný.
 - e. Regulace břišních orgánů – příliv tepla do oblasti solar plexus
 - f. Koncentrace na oblast hlavy – pocit chladného vánku na čele.
2. Praktický stupeň – individuální formulky. Ty mohou být zaměřeny fyziologicky (na funkci určitého orgánu) nebo intentečně (na změnu v postojích nebo chování). Mohou tyto problémy neutralizovat nebo je pozitivně zaměřovat.
3. Meditační stupeň, který má udržet živé představy osob a dějů a meditačním způsobem setrvat u osobně významných témat. Cílem je sebepoznání a sebezdokonalení.

2) Progresivní relaxace dle Jakobsona.

Nácvik vychází z předpokladu, že lidé neumí rozeznat rozdíl mezi stavem napětí a uvolnění. Během 6 lekcí se klienti učí právě rozlišovat mezi napětím a uvolnění postupným napínáním a uvolňováním jednotlivých svalových skupin.

1. Rozlišit pocit napětí a uvolnění – začíná se dominantní rukou, ruka se zatíná v pěst a uvolňuje, paže se napíná proti odporu (poskytuje terapeut) a uvolňuje apod.
2. Relaxace svalů na hlavě – pomáhá terapeut tím, že podněcuje např. ke krčení a povolování čela, silné zavírání očí, pokrčování nosu, zatnutí zubů a pod.
3. Svaly jazyka – vědomé otvírání a zavírání úst, vyplazování jazyka, svaly krku.
4. Svaly ramene – zatnutí proti odporu a uvolnění.
5. Záda, hrud' a břicho.
6. Prsty na rukou a nohou.

Tento systém se užívá spíše v USA, kde vznikl a v některých anglosaských zemích. Jeho nácvik je velmi pracný a zdlouhavý.

3. Relaxace při hudbě.

Relaxace probíhá přirozeně po 1-2 instrukcích při speciální hudbě, která zpravidla vyjadřuje nějaké přírodní téma (les, louka, potok, moře, oheň, bouřka).

Tato metoda je univerzálně použitelná a velmi dobře funguje u dětských pacientů s živou fantazií a s psychosomatickými problémy.

Postup je jednoduchý. Klient si zakoupí relaxační hudbu. Doma si najde klidné místo, kde ulehne a hudbu si pustí přes sluchátka do uší. Tím vyloučí rušení se strany okolí a ani on sám jiné neruší.

Nechá se vést námětem hudby a ponoří se do příjemných představ.

Pokus se spolu s uvolněním uvolní i psychika, mohou vytanout problémy, které dotyčného tíží.

Ve fantazii je pak „likviduje“ – pošle po větru, v lodičce po potoce apod.

Funguje spolehlivě.

Podmínky k relaxacím:

Poloha vleže na měkké podložce je ideální. Lze využít i sed v kresle s opěrkou hlavy event. Podnožkou. V nejméně příznivém případě lze zaujmout tzv. polohu drožkáře na obyčejné židli.

Je nezbytné být v klidném prostředí, lze zastřít okna před sluncem – šero povzbuzuje uvolnění.

Účinky relaxačních technik:

Centrální nervový systém a vegetativní nervový systém jsou vzájemně propojeny a ovlivňují

se.

Cíleným a soustavným působením na jednu z nich můžeme ovlivnit zbylý systém a orgány těla.

Takto působí jen u nacvičeného člověka, jen ten může zharmonizovat obě n.s. a tělesné orgány.

15.4.Imaginace:

Řízená imaginace: Je založena na podnětech, které terapeut navrhuje klientovi na základě jeho důkladné znalosti.

Jako první se navrhuje nějaká barva, pak se přechází na klientovu oblíbenou barvu.

Dále lze vyvolat představu konkrétních předmětů – pak se přechází ke stále abstraktnějším.

Dále lze aktualizovat vlastní zážitky, zejména intenzivně emočně nabitě.

Můžeme vyvolat obraz určitých osob, uvědomit si naše vztahy k nim a tak získat schopnost větší empatie.

Během imaginace si klient klade otázky a očekává odpověď „z nevědomí“.

Nakonec můžeme formulovat různá předsevzetí a vštípit si je a vytvořit si tak základní životní hesla.

Katymně imaginativní metoda:

Pacientovi se zadávají náměty, které byly přesně strukturovány autorem metody Leunerem.

Na tato témata relaxovaný klient nechává volně vznikat fantazijní představy a volně o nich komunikuje s terapeutem.

Na základním stupni se podávají tyto podněty: květina, louka, . potok, hora, dům a okraj lesa s pohledem do jeho vnitřku.

Na středním stupni se rozvíjejí motivy osob, které byly nebo jsou pro klienta významné (často matka nebo otec), motivy sexuality (šípkový keř, autostop), agrese (lev) a ideálu.

Na nejvyšším stupni se podávají motivy jeskyně, močálu, sopky a staré tlusté knihy.

Tato metoda vyžaduje speciální trénink.

Relaxační a abreaktivní techniky lze s úspěchem použít i v běžném životě při řešení krizí nebo pocitech vyhoření. Také jako obranu proti zátěži.

Literatura:

Brockert S.: Zvládání stresu. Melantrich, Praha, 1993

Koukolík F.: Lidský mozek. Praha, Portál, 2000

Krejčířová D, Řičan P a kol.: Dětská klinická psychologie. Grada, Praha, 1995

Křivohlavý J.: Psychologie nemoci, Grada, Praha, 2002

Křivohlavý J.: Jak zvládat stres. Grada, Praha, 1994

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

Vágnerová M.: Psychopatologie pro pomáhající profese. Portál, Praha, 2004

Vágnerová M.: Vývojová psychologie, Portál. Praha, 2000

Vymětal J.: Lékařská psychologie. Portál. Praha, 2003

