

Problematika sluchových vad z hlediska klinické psychologie

Eva Vymlátílová

Logopedie a psychologie jsou vědní obory, které se vzájemně prolínají a doplňují. Klinický logoped se zabývá poruchami komunikace, snaží se je vidět v širších souvislostech a rozumět jejich příčině. Při své práci využívá zkušeností dalších odborníků. Jedním z nich je klinický psycholog. Spolupráce logopeda a psychologa je přínosná u všech pacientů s poruchami řeči. Naprosto nezbytnou se stává u jedinců s těžkou sluchovou vadou, jejichž komunikační schopnosti bývají nejen narušené, ale s ohledem na stupeň sluchových ztrát i velmi omezené. Sluch je základním předpokladem rozvoje řeči a jeho ztráta má negativní vliv na vývoj osobnosti dítěte, jeho sociální zrání a možnost uplatnění ve slyšící společnosti.

Znalost psychologické problematiky neslyšících jedinců je tedy pro logopeda nezbytná, a z tohoto důvodu se jí v předložené kapitole podrobně věnujeme. Kapitola je zaměřena především na děti, protože dětství je období, kdy se formuje osobnost jedince a faktory vnějšího prostředí ji mají možnost utvářet a ovlivňovat více než kdykoli později.

21.1 Vady sluchu u dětí

Skupina dětí se sluchovým postižením není homogenní skupinou. V závislosti na stupni sluchové vady a době jejího vzniku sem zařazujeme děti nedoslýchavé, neslyšící a ohluchlé.

Nedoslýchavé dítě je schopno využít sluchadel, s jejichž pomocí dochází k zesílení zvuku. Pokud jsou mu přidělena včas a pokud je okamžitě zahájen speciálněpedagogický program, obvykle se u něho docela dobře rozvine mluvená řeč a jeho vzdělávání může probíhat běžným způsobem. Diagnostickým problémem může být lehká nedoslýchavost, která velmi často unikne pozornosti rodičů. Mělo by na ni být pamatováno při psychologickém vyšetření každého dítěte s opožděným vývojem řeči.

Neslyšící, tj. prelingválně hluché, jsou děti, které se hluché narodily či ohluchly ještě předtím, než u nich došlo k rozvoji řeči. Tyto děti i při systematickém sluchovém výcviku s moderními sluchadly musí, chtějí-li rozumět řeči, spoléhat hlavně na odezírání. V minulosti byly označovány jako hluchoněmé. Překonání informační bariéry a vybudování řeči jsou pro ně velkým problémem. Vzhledem k chybějící akustické kontrole je jejich řeč silně zkreslená a pro své okolí špatně srozumitelná. Má pomalé tempo, nepřirozenou melodii a rytmus. U většiny neslyšících nelze vybudovat dostatečně srozumitelnou, sémanticky a syntakticky rozvinutou řeč a ve světě slyšících jsou pak nuceni komunikovat pomocí tlumočnicka.

Ohluchlé děti mají na rozdíl od prelingválně neslyšících dobře rozvinutou řeč. Jejich výslovnost se může s postupujícím časem dosti zhoršovat, obvykle však zůstává pro slyšící dobře srozumitelná. Při dorozumívání se orientují odezíráním.

V následujícím textu se budeme zabývat pouze dětmi neslyšícími, jejichž sluchové ztráty vyjádřené tradičně v audiometrické klasifikaci jsou větší než 90 dB a sluchadlo jim neumožňuje porozumět mluvené řeči. Tyto děti mají vrozené degenerativní změny ve vnitřním uchu či sluchovém nervu (mohou se projevit později než při narození) nebo u nich došlo k poškození vnitřního ucha či sluchového nervu v prelingválním období, nejčastěji vlivem meningitidy, virových infekcí nebo ototoxických antibiotik.

21.1.1 Vývoj neslyšícího dítěte

Rozdíl mezi dítětem sluchově postiženým a slyšícím je zpočátku téměř nepostřehnutelný. Dítě se musí naučit slyšet. Při porodu je sluchové ústrojí dítěte již dobře vytvořené, ale schopnost slyšet se během celého prvního roku v interakci s prostředím teprve vyvíjí. I neslyšící kojenec si brouká a žvatlá, ale jeho žvatlání mezi 17. a 26. týdnem ustává, protože neslyší svůj vlastní hlas. Nejmenší kojenec reaguje hlavně na náhlé a silné zvuky, kterých se leká. Po půl roce začíná reagovat na rostoucí počet tichých i velmi tichých zvuků a otáčí hlavičku nebo celé tělo a pátrá, odkud zvuk přichází. Je to nejprve reakce na melodii a rytmus řeči, ale již mezi 9. a 10. měsícem se objevuje reakce na výzvu. Pomocí některých výzev, např. *Jak jsi veliký? Udělej paci paci*, můžeme zjišťovat, že dítě začíná rozumět řeči. V prvních měsících života, ještě před tím, než vysloví první slovo, se mezi nemluvnětem a rodiči vytvářejí základy komunikace. V době, kdy začínají slyšící děti skládat první slůvka, mají obrov-

skou zkušenost s posloucháním správné výslovnosti a gramatického systému jazyka. Tuto zkušenost pochopitelně neslyšící dítě nemá. Na rozdíl od mnoha jiných fyzických vad je ztráta sluchu neviditelná. Sluchově postižené dítě se začne od dítěte slyšícího nápadněji odlišovat, až když se snaží komunikovat. Abychom si uvědomili a pochopili specifické problémy neslyšícího dítěte, musíme nejdříve pochopit důsledky, která má pro jedince taková senzorní vada, jako je ztráta sluchu.

Faktory ovlivňující psychický vývoj dítěte

■ **Závažnost sluchové vady.** Dvěma nejkritičtějšími faktory jsou doba vzniku sluchové vady a stupeň ztráty. **K nejzávažnějším následkům dochází**, jak již bylo řečeno, **u hluchoty vrozené nebo získané v raném věku.** U takto postiženého dítěte se artikulovaná řeč spontánně nevyvine a dítě se ji může naučit jen zvláštním výchovným postupem za pomoci vjemů zrakových, kinesteticko-motorických a hmatových.

■ **Poznávací procesy.** Narušený vývoj řeči negativně ovlivňuje vývoj všech poznávacích procesů i socializace. **Myšlenkové pochody se opírají především o konkrétní činnosti**, např. o manipulaci s předměty a pozorování. Obtížněji se tvoří obecné pojmy, protože vlivem „vypadnutí“ jednoho smyslu nedochází k dokonalé integraci senzorních modalit a myšlení obtížně dosahuje stadia symbolických operací. Chudá slovní zásoba znesnadňuje pochopení čteného textu. Výzkumy ukazují, že absolventi škol pro neslyšící jsou v průměru na čtenářské úrovni slyšícího dítěte 3. ročníku základní školy. Mají problémy s významovým obsahem i gramatickou formou textu a obdobné potíže se u nich projevují i při psaní, protože hláskový systém psaní je vlastně kódováním řeči mluvené.

■ **Bezděčné učení.** Pomocí sluchu je zajištěn nepřetržitý kontakt dítěte s okolím, a tak i nepřetržitý příjem informací. Na rozdíl od ostatních smyslů nemůžeme totiž sluch vůči světu uzavřít, nebo otevřít. O slyšících dětech se někdy říká, že jsou „jedno velké ucho“ a nasávají do sebe všechny druhy informací. Tato činnost je považována za náhodné nebo bezděčné učení a neslyšící jsou o ni ochuzeni. **Pokud se nedívají, nemají žádné informace.** Žijí ve světě rozděleném na úseky. Chybí jim kontinuita dění, což má závažné důsledky nejen pro jejich současné chování, ale i pro chápání událostí a předvídaní budoucnosti.

■ **Sociální chování.** Omezené komunikační možnosti působí nejen na rozvoj poznávacích procesů, ale i na sociální kontakty a dovednosti. **Děti nechápou motivy jednání svého okolí**, neorientují se v mezilidských vztazích. Mají možnost získat jen málo smysluplných sociálních zkušeností, protože ty k nim pronikají chaoticky. Nemohou slyšet citové zabarvení řeči svých nejbližších. Neslyšící dítě ve slyšící rodině je bezbranné, neschopné vyjádřit své potřeby a pocity. Je závislé na pochopení, informovanosti a rozumném jednání svých rodičů. Když si neslyšící lidé v dospělosti vyprávějí o svých zážitcích z dětství, zjišťují, že mají obdobné, často dosti zraňující zkušenosti. V dětství často ne-

věděli, o čem členové rodiny mezi sebou hovoří, cítili se vydělení z rodinného života a osamocení. Měli pocit, že si rodiče s jejich slyšícími sourozenci povídají raději a častěji. Dopad, který má hluchota na komunikaci, se často označuje za hlavní příčinu emočních poruch a poruch chování neslyšících. Dochází k nim zejména tehdy, když je dítě opakovaně frustrováno, protože komunikaci s osobami pro něj významnými neprožívá jako uspokojivou. Složitost života v mluvčím a slyšícím světě zvyšují obtíže při odezírání. Nelze odezírat to, co v pojmové výbavě není.

■ **Poruchy učení.** V současné době je velká pozornost věnována etiologickým faktorům sluchových vad. **Mnohé z hlavních příčin postižení sluchu jsou zároveň příčinami dysfunkcí centrálního nervového systému.** Jsou to např. nedonošenost, perinatální hypoxie, zardénkový syndrom, meningitida, inkompatibilita Rh-faktoru.

Mnoho problémů v učení a v chování nebo průkazné poruchy chování, eventuálně učení, nemusí tedy být jen důsledky sluchové ztráty, jak se v minulosti mylně předpokládalo, ale musíme je chápat ve vztahu k etiologii sluchové poruchy. I neslyšící dítě může trpět dyspraxií, dyskalkulií, dysfázií, dyslexií apod. Kromě uvedených poruch se u neslyšících setkáváme s dalšími přidruženými vadami. V různých studiích se udává, že kombinované vady se vyskytují u 11 až 40 % sluchově postižených. Jsou to např. mentální retardace, dětská mozková obrna, vady zraku, srdeční vady. Předpokládá se, že asi 50 % vad sluchu má genetickou příčinu. Děti s dědičnou vadou sluchu dělají však zpravidla rychlejší pokroky ve vývoji. Jsou klidnější, soustředěnější, méně trpí poruchami učení a snadněji se výchovně ovlivňují. Dále bylo prokázáno, že vývoj všech poznávacích procesů, včetně řeči, probíhá lépe, pokud se dítě narodí v neslyšící rodině. Neslyšící rodiče nemají problém s přijetím svých stejně postižených dětí a kladou na ně menší nároky.

■ **Přístup rodičů.** V literatuře se uvádí, že **90 % dětí se sluchovými vadami se rodí slyšícím rodičům.** Pro většinu rodičů je zjištění, že dítě neslyší, skutečným útokem na jejich rodičovskou sebekoncepci. Mít zdravé dítě a zajistit pokračování rodu je normální rodičovská potřeba. Postižení dítěte mohou rodiče považovat za vlastní selhání. Mnoho rodičů si klade otázku, zda by nebylo lepší, kdyby se dítě vůbec nenarodilo. Pokud se rodiče nedovedou s těmito pocity vyrovnat, má to v budoucnu negativní vliv na emoční i kognitivní vývoj dítěte.

Úplně jiná je situace v neslyšících rodinách, kde rodiče považují své neslyšící dítě za zcela normální, a tak v jeho výchově nevidí problém. Velmi brzy s ním naváží přirozený kontakt pomocí znakové řeči, který umožňuje vybudování silného citového pouta. Slyšící rodiče nevědí, jak se svým neslyšícím dítětem jednat, jak se s ním nejlépe dorozumívají. Vzniká nebezpečí, že mu budou, třeba jen nechtěně, dávat najevo jeho odlišnost, jeho řečové nedostatky. To velmi pravděpodobně poznamenává sebevědomí dítěte, ale může i komplikovat vztah rodič–dítě.

■ **Separace dítěte od rodiny.** Školy pro sluchově postižené se zřizují jako internátní a více než polovina této populace tak žije mimo rodinu prakticky až do dospělosti. **Citová a podnětová deprivace** v takovém případě nutně **poznamenává zrání osobnosti** neslyšících a ovlivňuje rodinné vztahy. Ty pak oboustranně trpí nejen vlivem omezených komunikačních schopností, ale i nedostatkem společně prožívaných radostí a starostí. Problém je obtížně řešitelný. Ve světě byly často podporovány programy, v nichž byly neslyšící děti integrovány do tříd s ostatními dětmi. Neslyšící děti se začlenily mezi slyšící vrstevníky zcela výjimečně. V takových třídách byly neúmyslně izolovány od důležitých a prospěšných podnětů. Pokud měly tlumočnicka znakové řeči, probíhala komunikace výlučně mezi ním a dítětem, téměř nikdy se netlumočilo od dítěte k učiteli nebo ostatním dětem.

Internátní výchova ve školách pro sluchově postižené zůstává tedy v řadě případů nezbytnou nutností. Neslyšící děti předškolního věku však doporučujeme vychovávat v rodině nebo v běžné mateřské škole v místě bydliště. Každé dítě, zejména dítě postižené, potřebuje častý zrakový a fyzický kontakt s osobami, na něž je citově vázáno. Spokojené dítě v podnětném rodinném prostředí lépe využije „období citlivosti“. Je to doba mezi druhým a pátým rokem věku, ve které podle řady autorů dochází k nejrychlejšímu a neúčinnějšímu osvojování jazyka.

21.1.2 Osobnost neslyšícího

Komunikační bariéru, které jsou neslyšící vystaveni, lze jenom obtížně překonat. Slepohluchá Američanka Helena Kellerová to stručně a výstižně vyjádřila slovy: „Slepota odděluje člověka od věcí, hluchota od lidí.“ Bohužel stále platí, že navzdory obětavé a veřejnosti často nedocenené práci rodičů, pedagogů a dalších odborníků je v řadě případů osobnost neslyšícího osobností kulturně deprivovanou. Přibývá jedinců, jimž se podařilo získat středoškolské či vysokoškolské vzdělání a přiměřeně se v životě uplatnit, ale velká část této populace má problémy ve společenském a pracovním životě. Zde je závislá na pomoci slyšícího okolí, protože se nedomluví. Její vývoj řeči je neuspokojivý, slovní zásoba malá, vyjadřování agramatické. Málo srozumitelná řeč obvykle vyvolává údiv, někdy dokonce i odpor, schopnost odezírat je závislá na rozsahu slovní zásoby.

Traduje se, že neslyšící jsou rigidní, sociálně nezralí, infantilní, impulzivní, egocentričtí a vztahovační. Ačkoli se v odborné literatuře takovéto popisy běžně vyskytují, měl by se psycholog vyhnout zevšeobecňování a zaměřit se především na individuální vývoj vyšetřované osoby. Obecně platí, že záleží na vlastnostech a schopnostech individua, na době, kdy byla zahájena rehabilitace, na obětavosti a pochopení rodičů, na kvalitě školského zařízení, které dítě navštěvuje.

21.1.3 Neurotické projevy a poruchy chování

Všechny neslyšící děti jsou ve svém citovém vývoji výrazně ohroženy. Srovnáme-li skupinu slyšících a neslyšících, zjistíme, že neslyšící děti:

- jsou prakticky trvale vystaveny podnětové deprivaci;
- častěji u nich dochází k citové deprivaci a vztah rodič–dítě je podroben větší zátěži;
- mají v anamnéze vyšší počet perinatálních traumat a mozkových dysfunkcí;
- prožívají příliš často a opakovaně zklamání, protože nejsou schopny splnit vysoké nároky učitelů a vychovatelů;
- jsou obvykle ve stresu, pokud musí odezírat nebo komunikovat slovně.

Výskyt neurotických příznaků a poruch chování je u neslyšících dětí signifikantně vyšší než u běžné populace školního nebo adolescentního věku. Někteří autoři na základě svých výzkumů nacházejí výskyt psychopatologických projevů u 10 %, jiní až u 30 % neslyšících dětí. Shodují se v názoru, že 5 % z celkové populace neslyšících dětí potřebuje psychiatrickou léčbu a hospitalizaci.

Představy o příčinách neurotických příznaků a problematického chování závisejí do určité míry na vzdělání, zkušenostech a orientaci jednotlivců určujících diagnózu. Škála hypotéz sahá od teorií spoléhajících se na fyziologické nebo biologické vysvětlení až k teoriím čistě psychologickým či experimentálním. Většina profesionálů však chápe, že na etiologii se podílí kombinace a interakce biologických, psychologických a sociálních faktorů.

Levineová (1974) uvádí, že jednou z hlavních obtíží při zjišťování emocionálních poruch u neslyšících dětí je nedostatek školených psychologů a psychiatrů poučených o problémech sluchově postižených. Zjistila, že v profesionální výbavě řady psychologů chybí příprava na práci s neslyšícími. Od doby, kdy autorka uveřejnila svoji studii, se situace v této oblasti ve většině zemí příliš nezměnila. Pro ty, kteří nemají zkušenosti s komunikací a jazykovými problémy neslyšících, mohou vyvstat závažné potíže při stanovení diagnózy. Na základě špatných verbálních a písemných jazykových schopností jsou děti se sluchovou vadou často mylně diagnostikovány jako mentálně retardované.

Charakter neurotických projevů nebo poruch chování je u neslyšících dětí, obdobně jako u slyšící populace, **závislý na věku**.

Pokud se objeví neurotické potíže **v kojeneckém období**, bývá to nejčastěji nadměrná dráždivost a plačtivost, zvýšená spavost, nebo naopak bdělost. Ve srovnání se slyšícími se sluchově postižené děti často vyhýbají očnímu kontaktu se svými matkami a selhávají při anticipování skutečnosti, že budou vzaty do náruče. Uvedená data byla získána jako retrospektivní údaje rodičů. Protože se hluchota velmi často zjistí až po uplynutí prvního roku života, víme ve skutečnosti jen velice málo o tom, co těžce sluchově postižené dítě prožívá v prvních dvanácti měsících života a zda v té době reaguje jinak na osoby a jinak na objekty ve svém okolí.

Pro **batolecí a předškolní věk** jsou charakteristické jiné druhy obtíží, např. problémy s jídlem, vyměšováním a spaním, záchvaty vzteku, psychomotorická instabilita, neposlušnost, zvláštní rituály a návyky, poruchy přizpůsobivosti a agresivní chování. U dětí, které byly velmi brzy svěřeny do ústavní výchovy, se relativně často objevují projevy autismu. Nabízí se otázka, zda nejde v tomto případě spíše o příznaky citové deprivace.

Psychopatologické projevy **školního věku a adolescence** jsou nejčastěji popisovány jako poruchy chování. Do psychologické či psychiatrické péče se totiž obvykle dostávají pacienti, jejichž ztížená sociální adaptace působí na okolí rušivě a jejichž chování vykazuje asociální rysy. Někteří psychiatři nalézají u neslyšících v adolescenci typický shluk příznaků, který zahrnuje nedostatek empatie, sobectví, vymáhání okamžitého splnění vlastních přání, impulzivní chování s nedostatečnou sebekontrolou a zvýšenou agresivitou.

Stojí za zmínku, že **paranoidní chování**, tak často uváděné v odborných textech jako typické pro neslyšící, **se vyskytuje častěji u ohluchlých a nedoslýchavých**.

21.1.4 Psychodiagnostika

Psychologická diagnostika dětí je chápána jako zjišťování, posuzování a hodnocení jejich vývoje. Netýká se jen dílčích psychických funkcí a procesů, ale celé osobnosti, přičemž cílem by měly být nejen slabé, ale i silné stránky dítěte. Diagnostické úsilí je vždy spojeno se zjišťováním podmínek a příčin konkrétního stavu a nelze je odtrhnout od prognostických úvah a návrhů na terapeutická opatření.

Nástrojem diagnostické činnosti jsou metody, které lze rozlišit na klinické a testové. Testové metody využívají standardizovaný způsob vyšetření. Znamená to, že všem vyšetřovaným předkládáme stejný podnětový materiál za stejných podmínek. Způsob vyhodnocování je jednotný a probíhá podle předem stanovených norem, které byly získány vyšetřením dostatečně velkého a reprezentativního souboru (Svoboda, 2001). Mezi klinické metody patří anamnéza, rozhovor, pozorování a posuzování výtvorů dítěte. Jsou to postupy, které na rozdíl od testových metod nemají kvantitativní, ale kvalitativní charakter, lépe postihnou individualitu jedince a lze je s výhodou použít i u postižených dětí. Klinické metody by vždy měly doplňovat vyšetření psychometrické, tj. použití vývojových škál, testů inteligence, testů speciálních schopností, projektivních metod, neuropsychologických metod, kresebných technik, dotazníků a posuzovacích škál.

Jednotlivé metody používané v diagnostice neslyšících dětí jsou popsány v další části textu (viz kap. 21.2.3).

Vyšetření neslyšícího dítěte většinou nelze provést podle pravidel psychologického testování, protože v souvislosti s mírou a charakterem postižení narážíme na celou řadu těžkostí. První problém nastává již při zadávání úkolů, kdy obvykle musíme použít názorné instrukce nebo znakovou řeč. Pokud má dítě

rozvinutou mluvenou řeč a je schopné odezírat, zajišťujeme mu podmínky, které odezíraní usnadňují, a zároveň se průběžně přesvědčujeme, zda nám rozumělo.

Použití verbálních technik závisí na stupni rozvoje jazyka, slouží nám k zachycení aktuálního stavu řeči anebo k monitorování pokroků dosažených v této oblasti. Nikdy z nich neusuzujeme na úroveň rozumových schopností. Hluchota může nepříznivě ovlivnit i výkon v neverbálních testech, který pak neodpovídá mentální kapacitě. Postižení jednoho smyslového orgánu není kompenzováno činností jiných smyslů, jak se mnoho laiků mylně domnívá, ale naopak jejich vlastní činnost ohrožuje. Platí to zejména v prvních vývojových etapách, kdy vypadnutí jednoho informačního zdroje může způsobit nesrovnalosti nebo poruchy při centrálním zpracování veškerých informací.

Průběh a výsledek vyšetření bývá často ovlivněn strachem dítěte, který vyplývá z jeho neschopnosti navázat smysluplnou komunikaci. Mladší děti lze vyšetřovat pouze v přítomnosti rodičů.

Psychologické vyšetření odpovídá na dotaz logopeda nebo jiného odborníka, který si je vyžádal. Ten by měl být orientován v psychologické problematice natolik, aby byl schopen svůj požadavek specifikovat. Nejčastěji je požadováno určení vývojového stupně dítěte a zjištění individuálních zvláštností nebo odchylek od normy. Pokud se takové odchylky vyskytují, je třeba nalézt jejich příčiny a zjistit, za jakých okolností a s jakou pravděpodobností může dojít k žádoucím změnám. Specifikem diagnostiky neslyšících dětí je zjišťování předpokladů pro komunikační metodu, kterou má být dítě vzděláváno. Metody se liší podle toho, zda kladou důraz na používání mluvené, nebo znakové řeči (podrobně viz kap. 22 a 23). V prvním období života dítěte by měla být základním prostředkem dorozumívání znaková řeč. Umožní rodičům, aby s dítětem navázali dvousměrnou komunikaci a zabezpečili uspokojování jeho potřeb v době, která je určující pro jeho další citový vývoj. Teprve v dalších etapách vývoje je možno volit mezi orálně-auditivní metodou, totální komunikací nebo bilingválním přístupem, ale vždy s ohledem na možnosti dítěte.

Psychologická diagnostika vychází z potřeb dítěte a sleduje jeho prospěch. Výsledek diagnostické činnosti je shrnut v psychologickém nálezu a slouží jako podklad pro další péči o dítě.

21.1.5 Terapeutické postupy

Za terapeutický postup považujeme proces, který směřuje k obnově zdravého fungování jedince v okolním světě. Změny lze dosáhnout různými způsoby.

Programy zaměřené na dítě

U neslyšících dětí nelze vzhledem ke komunikační bariéře použít psychoterapii v pravém slova smyslu. Pracujeme především s rodiči a dalšími, pro dítě významnými osobami. Někdy se naše terapeutické záměry prolínají s výchovným poradenstvím.

Na základě informací získaných od rodičů vypracováváme pro každé dítě **individuální terapeutický plán**, v němž využíváme prvky z behaviorálně zaměřené psychoterapie. Terapeutický plán diskutujeme také se spolupracovníky, např. speciálními pedagogy nebo školním psychologem, kteří se pak rovněž podílejí na jeho uskutečňování. Dříve než navrhneme určitou strategii, snažíme se zjistit, proč se u dítěte patologické chování objevuje, co dítě prožívá a jaké chování prezentuje navenek.

Psychoterapie rodičů

Naším klíčovým cílem je **prevence**. Poruchám citového vývoje se snažíme předcházet. Z tohoto důvodu orientujeme své psychoterapeutické působení zejména na **rodiče nejmenších dětí se sluchovým postižením**. Psychoterapii provádíme individuálně, nebo skupinově. Skupinovou psychoterapii zařazujeme např. do programu rehabilitačních kurzů, které mají za úkol poskytnout rodičům informace o tom, jak o dítě pečovat, jak je vychovávat, jak s ním pracovat a komunikovat. Snažíme se tyto informace poskytnout v době, kterou považujeme pro formování postojů k dítěti za nejdůležitější.

V prvních letech života dítěte má **klíčové postavení** při rehabilitaci sluchového postižení **rodina**, jejíž práce by měla být odborně vedena klinickým logopedem, klinickým psychologem a lékařem.

Zpočátku to bývají především rodiče, kteří potřebují pomoc. Jejich pocity a názory je nutno již od prvního setkání považovat pro budoucnost dítěte a celé rodiny za stejně významné jako vlastní stanovení správné diagnózy. Po potvrzení diagnózy se objevuje u rodičů krize, kterou v závislosti na svých povahových vlastnostech, životních zkušenostech a schopnostech různě zpracovávají. Podle některých autorů můžeme emocionální reakci rodičů na diagnózu trvalého postižení srovnat s prožitkem smrti – zemřela pro ně představa normálního dítěte. Tomuto stavu obvykle předchází šok a popření skutečnosti. Někdy ještě i za rok po prvním vyslovení diagnózy nechtějí rodiče připustit, že by dítě neslyšelo. Pokud tuto možnost připustí, odmítají vidět závažnost, eventuálně nezvratnost problému. V této době navštíví řadu odborníků, lidového léčitele nebo specialistu na akupunkturu. Ve svých postojích k vadě bývají realističtější matky než otcové. Je tomu tak snad i proto, že ony tráví s dětmi více času a mívají v průměru i nižší ambice na vzdělání a uplatnění dítěte v životě. Ve způsobu, jakým se rodiče vyrovnávají se skutečností, hraje významnou roli **úroveň jejich vzdělání**. Možnosti a životní omezení neslyšícího dítěte poměrně brzy a přiměřeně berou na vědomí středoškoláci. Rodiče s vysokoškolským vzděláním se hůře smiřují s faktem, že dítě nebude schopno splnit jejich původně vysoká očekávání. Rodiče s nižším vzděláním zase špatně odhadují druhotné následky vad sluchu.

Narozením postiženého dítěte je častokrát ohrožen i **vztah mezi manželi**, a to v souvislosti s otázkami týkajícími se původu postižení. Rodiče mohou trpět pocity viny, jestliže spatřují příčinu u sebe či ve své rodině, nebo naopak

obviňovat partnera a jeho rodinu. Jindy zase vadí, že se vlivem osobnostních charakteristik vyrovnává s krizí každý z manželů jiným způsobem. Životem vedle hluchého dítěte trpí někdy i slyšící sourozenci, neboť péče o ně je odsunuta na vedlejší kolej. Dokonce i v případě neslyšícího dítěte-jedináčka dochází občas až k takovému paradoxu, že rodiče „komunikují“ s poruchou místo s dítětem, zabývají se vlastním postižením a z něj plynoucími problémy více než dítětem samotným.

Psychoterapeutická sezení mají tedy za úkol:

- poskytnout emoční podporu při překonání krize;
- korigovat stávající pocity bezmocnosti a bezvýchodnosti;
- hledat přiměřené perspektivy a přiměřené pozitivní cíle;
- posílit integritu rodiny.

Opakovaně se nám osvědčila forma **rodičovských skupin**, a to zejména z několika důvodů:

- Rodiče se domnívají, že jejich prožívání a jednání může pochopit pouze rodič postiženého dítěte.
- Cennou roli může skupina sehrát i tím, že poskytuje sociální zázemí v době, kdy jsou kontakty s okolním světem omezeny. Rodiče se stahují do sebe a okolí neví, jak má reagovat, a proto se kontaktu vyhýbá.
- Skupinovou dynamiku a skupinový přístup lze s výhodou použít i proto, že se ve skupině setkávají jedinci, kteří procházejí různými stadii krize, a mohou si tak předávat významné individuální zkušenosti.

Zpočátku je vhodný spíše nedirektivní, rogersovský styl vedení skupiny, s důrazem na akceptaci, empatii a porozumění. Ten by však měl v průběhu skupinových sezení nabývat na direktivnosti. Osvědčil se nám takový způsob práce, kdy skupinu vedl psycholog spolu s rodičem dobře rehabilitovaného neslyšícího dítěte.

E. Küblerová-Rossová (1969) popsala pět stadií, jimiž prochází každý **člověk vyrovnávající se s faktem nevléčitelného onemocnění**. Obdobnými stadii procházejí po potvrzení diagnózy i rodiče neslyšících dětí. Podobná období můžeme pozorovat i v průběhu skupinového dění, máme-li možnost se s rodiči pravidelně setkávat po dostatečně dlouhou dobu.

1. V době, kdy se rodiče postižených dětí stanou členy psychoterapeutické skupiny, překonali již obvykle **stadium šoku a popření skutečnosti** – první příznaky krize. Z jejich výpovědí vyplývá, že popírání reality je u rodičů dětí se sluchovým postižením běžným jevem, vyskytuje se častěji a trvá déle než u rodičů dětí se zjevnou vadou. Neslyšící dítě se totiž v době, kdy je sluchová vada zjištěna, od stejně starého dítěte ve svých projevech téměř neliší. V některých případech dokonce může na laika působit dojmem slyšícího. Vnímá vibrace, a proto se zdá, že některé zvuky slyší, např. kroky po podlaze nebo bouchnutí dveřmi.

2. **Stadium hněvu a kritiky** se objevuje v počátečních psychoterapeutických sezeních velmi intenzivně, trvá dlouho a často se vrací. Mnohé výhrady jsou adresovány odborníkům i celému širokému sociálnímu okolí. Rodiče potřebují viníka. Nebylo by však moudré veškerý jejich hněv a roztrpčení svádět na tuto skutečnost. Většinou jsou velmi nespokojeni se způsobem, jakým jim bylo sděleno, že jejich dítě neslyší.

Zdrojem nespokojenosti rodičů jsou – bohužel – i zásadní názorové rozdíly jednotlivých profesionálů na způsob výchovy. Spor mezi zastánci orální metody, kteří chtějí, aby se dítě naučilo především mluvený jazyk slyšící většiny, a přívrženci totální komunikace preferujícími znakový jazyk, trvá 200 let. Je svým způsobem neřešitelný. Neslyšící by měli umět komunikovat řečí srozumitelnou nejen jim samotným, ale i slyšícímu okolí. Ze zkušenosti však víme, že mnoho neslyšících se mluvené řeči nenaučí a ve slyšícím prostředí jsou nuceni používat tlumočnicka znakového jazyka.

Rodiče malých neslyšících dětí je tedy třeba seznámit se všemi způsoby výchovy, aby si mohli ujasnit přednosti a nedostatky různých přístupů. Jsou to rodiče, kdo ponese hlavní tíhu odpovědnosti za své dítě. Musí se však od odborníků dozvědět, jaké má jejich dítě pro uvažovanou volbu předpoklady. Rodiče pak sami musí zvážit, do jaké míry jsou schopni a ochotni se dítěti věnovat.

3. **Stadium smlouvání** bývá méně výrazné než předcházející stadium, časově přesně neohraničitelné. Rodiče se v tomto období snaží za každou cenu vidět tíživá fakta růžovými brýlemi, vnímají je selektivně a neúplně. Výsledky Matějčková modifikovaného dotazníku stresových reakcí např. ukázaly, že většina rodičů v době, kdy se účastní rehabilitačního kurzu, sice připouští, že by na ně otravně působilo „narození dítěte, které je zřejmě postiženo a v určitém směru nebude nikdy v normě“, avšak 60 % rodičů zároveň popírá, že by takovou situaci zažili ve vlastní rodině.
4. V následujícím **stadiu deprese** skupina obvykle ztrácí všechny zábrany a díky silně prožívanému pocitu sounáležitosti („jsme tady na tom všichni stejně, kde jinde bychom si to měli říci“) se velká část rodičů svěřuje s pocity a stavy, které prožívají, tj. beznadějí, pocity viny, méněcennosti, pocit „proč právě já“, výhrady k intervencím prarodičů.
5. Posledním stadiem je podle Küblerové-Rossovové **stadium přijetí**, které je v případě skupiny rodičů neslyšících dětí zároveň i stadiem hledání ztraceného životního smyslu. Potřeba životního smyslu je považována za důležitou motivační sílu, jejíž význam se zvyšuje právě v době ztráty některé významné životní hodnoty. Podobně to cítí rodiče neslyšícího dítěte, projevující se v této etapě skupinového dění velmi aktivně. V obdobných intencích se snažíme odvést rodiče od zaměření na sebe samé a na vlastní problémy a „orientujeme je ke konstruktivní interakci a práci s jejich postiženými dětmi.

Práce psychologa se sluchově postiženými dětmi a jejich rodiči má v sobě sice mnoho specifického, zároveň se však při ní uplatní obecné zákonitosti psychoterapeutického přístupu k handicapovaným jedincům vůbec. Rovněž zde

by psychoterapie měla být nedílnou součástí komplexní pomoci, i když sama o sobě problém zdaleka neřeší, pouze k jeho řešení napomáhá, a to je nakonec v tomto případě její hlavní úkol.