

## Projevy deprese u dětí

- deprese v dětství poměrně častá (prevalence 1-2%), zůstává však často nediodagnostikována
  - odlišený reaktivní (vliv událostí, které přechází) x psychotické
    - reaktivní nemívá tak velkou změny PM tempa, spojena s úzkostí a sebelítostí
    - psychotická – nejčastěji sluchové halucinace, bludy málo – až od dospívání
- etiologicky důležité vlivy: heredita, interakce s depresivním rodičem (či jinak patologickým, často problematika závislosti rodiče), deprivace, časná ztráta blízké osoby, časná separace, dále akutní zátěž (stresy), nedostatek sociální opory, velmi často u dětí s chronickými somatickými chorobami

### 1. Základní projevy deprese (stejně u dospělých i u dětí)

- a, depresivní nálada (ztráta zájmů, podrážděnost, beznaděj)
- b, poruchy jídla (nechutenství / přejídání se)
- c, poruchy spánku (nospavost / nadměrná spavost)
- d, pohybový útlum nebo agitovanost
- e, apatie, ztráta zájmu
- f, únava, ztráta energie
- g, ztráta pocitu vlastní hodnoty nebo pocity viny
- h, zhoršená soustředivost
- i, úvahy o smrti, suicidální myšlenky

### 2. Projevy typické pro určitý věk

#### a, kojenecký věk

- důsledkem vztahových poruch - depresivní reakce – (např. na nereaktivní obličej matky, psychickou deprivaci – často osobnostní patologie rodiče či nemoc) - ztráta zájmu, utlumení aktivity, odtahuje se z kontaktu, dráždivost a plačtivost bývá na začátku, později slábne, spíše poruchy spánku a jídla, dítě „neprospívá“
- pro kojenecký a batolecí věk – typické: anaklitická deprese: (u dětí do 1 roku) jako reakce na separaci od matky, nejprve pláče, volá matku, pak ztrácí naději, stává se apatickým – nereaguje na okolí, odmítá jídlo a sociální kontakty, poruchy spánku vývojově regreduje - po čase odpoutání od matky – pak může přijmout náhradní pečovatelku

#### b, batolecí věk

- reaktivní poruchy – jídla, spánku, autostimulační chování, ztráta zájmu o hru, zesílený negativismus
- zvýšená závislost na matce, nárůst separační úzkosti
- často reakce na ztrátu matky či blízké osoby

#### c, předškolní věk

- nejsou zatím schopny sdělovat své vnitřní pocity, proto somatizují (bolesti hlavy, břicha), také poruchy jídla a spánku
- ztráta radosti ze hry, izolace od vrstevníků; někdy zvýrazněné agresivní a destruktivní chování (přítomno ve hře a fantaziích!)
- bývají již suicidální pokusy, sebepoškození

#### d, školní věk

- v tomto věku umí již verbalizovat své pocity – ale konkrétně tyto děti mají problém rozpoznávat a popisovat své emoce (i druhých)
- obvykle nízké sebehodnocení, pocity viny, bezmoci, depresivní témata (ostuda, kritika, odmítnutí druhými, ztráta blízké osoby) > čímž narušují Eriksonovský vývojový úkol: snaživost x pocit méněcennosti!

- projevem deprese – náhlé zhoršení ve škole – ztráta zájmu o učení, zhoršené soustředění a omezené kontakty se spolužáky, tendence k dennímu snění
- vždy základem zhoršená nálada, smutek
- někdy útlum, častěji neklid, hyperaktivita, zlostné, neposlušné, vzdorovité
- opět ve hře depresivní témata (úrazy, smrt, ztráta, odmítnutí, kritika, ostuda)
- agrese bývá obrácena proti sobě – sebepoškozování x pokud má slabší sebekontrolu, projeví se poruchami chování
- riziko suicidia

### *e, puberta a adolescence*

- v tomto období je normální tendence ke kolísání nálad a dysforickým rozladám x nutné odlišit od patologické deprese – k ní v tomto věku zvýšená vulnerabilita
- klinický obraz – analogický depresi dospělých (poruchy nálady, snížená energie, únava, tendence k izolaci, slabé sebehodnocení, nezáměr o jídlo, hygienu, somatické stížnosti – bolesti břicha, hlavy)
- dospívající mnohdy své pocity nikomu nesdělují
- reakcí na to bývá útek k drogám, alkoholu, přejídání, zřídka i sexuální acting-out
- hrozící suicidia – častěji u nefunkčních rodin (kde není kvalitní rodina a dítě nekomunikuje, je nutná hospitalizace)

### Obecné:

- u chlapců častěji poruchy chování x dívky internalizují – pasivita, útlum
- i u dětí je deprese nejčastější reakcí na ztrátu blízké osoby, ale i na jiné typy akutních či chronických traumatologických zážitků
- vysoká incidence depresí u dětí s poruchami učení = až 60% těchto dětí – (reakce na opakovaná školní selhávání a hyperkritické postoje okolí? / zhoršení ve škole v důsledku deprese? / společný podklad obou poruch?); právě u těchto dětí není jejich deprese včas rodiči ani školou rozpoznána

### *U dětí 2 hlavní depresivní syndromy:*

- **kognitivní deprese** = triáda -negativní pohled na sebe, situaci a budoucnost, pocity beznaděje, bezmoci, odmítání okolí, špatná nálada, pocity viny, podrážděnost
- **dystimie** – méně intenzivní, déle než 1 rok trvající depresivní symptomy, nebývá výrazný útlum či poruchy jídla nebo spánku, ale emoční labilita, dráždivost, špatná nálada, vyšší úzkost, drobné somatické stížnosti
- komorbidita: poruchy chování, ADHD, úzkostné poruchy, zneužívání NL látek

### *Bipolární porucha u dětí (maniodepresivní)*

-nejdřív v předškolním věku, zřídka diagnostikovány

-příznaky: emoční instabilita, nepravidelnost fyziologických funkcí, celková nepřizpůsobivost dítěte, zpočátku mohou být jen projevy deprese

-hlavní znaky mánie: stavy omnipotence, období zvýšené aktivity, spojený s výkyvy nálad

-u malých dětí: rysy hyperaktivity, poruchy pozornosti (někdy obě poruchy – i ADHD)

-klasické střídání depresivních a manických period až v dospívání, střídají se častěji a nepravidelně – u prepubertálních rychlé střídání i několikrát za den, plíživý rozvoj

### Diagnostika deprese u dětí

- obtížné, nespecifické symptomy, často spolehlivé hodnocení vrstevníků, lepší informace než od rodičů - depresivní projevy dítěte nepovšimnuty
- hlavně pozorování hry a neverbální komunikace a projevů

- sebesuzovací dotazníky: **CDI** (dotazník depresivity), **PAQ** – reliabilita dotazníků u mladších dětí sporná!
- **projektivní techniky** – úroveň výkonů snižena, chybí radost a tvůrčí činnost; obsahově: témata selhání, znehodnocení, izolace, katastrofy, smrt, nemoc
- **TAT** - negativní vyznění příběhů, **ROR** – nízký počet odpovědí, více def., koartace prožívání (málo Fb a B), více Hd, nízká variabilita (vysoké T%) – často hmyz, chladné obsahy, chybí zrcadlové a párové odpovědi
- **kresby** – malé, vlevo dole... chybí barvy, zvláště světlé, obsahově chudé, nejisté tahy
- intelekt: bývají poruchy pozornosti a zpomalení PM tempa – ve **WISC** – nižší OČ, SYM, KOS
- důležitá včasná dg., jinak hrozí zpomalení sociálního vyžívání

Terapie: kombinace farmakoterapie, individuální / skupinová / rodinná terapie

## Mentální retardace

- hovoříme o ní, pokud dítě nebo dospělý trpí závažným postižením vývoje rozumových schopností **pre-, peri- a časně postnatální etiologie** a které ho omezují v adaptivním fungování v jeho prostředí
- pokud pouze selhává v testech IQ – nestačí, **musí selhávat i ve svém sociálním prostředí**
- pokud romské děti s IQ po 70 nejsou ve své rodině nápadné a plní všechna očekávání – nejedná se o MR

### MKN – 10

*F 70 – lehká (IQ 50 – 69)*

*F 71 – střední (IQ 35 – 49)*

*F 72 – těžká (IQ 20 – 34)*

*F 73 – hluboká (IQ pod 20)*

*F 78 – jiné MR* – těžké kombinované postižení nebo autismus a stupeň retardace

- jde o kontinuum, dělení je důležité kvůli volbě optimálního vzdělávacího a výchovného vedení
- čísla jsou spíše orientační, důležitá kvalita zvládnutí životních nároků
- postižení kognitivních funkcí – nerovnoměrné (nejvíce většinou řeč + verbální intelekt)

#### 1. F 70 – Lehká MR (dříve debilita) – IQ 50 - 69

- obvykle se diagnostikuje až v předškolním věku – někdy až v školním
- v 1. roce života většinou pohybové dovednosti opožděny mírně nebo v pásmu normy; ani řeč nemusí výrazně zaostávat
- projeví se, až je nuceno řešit složitější úkoly > slabší abstrakce, logické uvažování, stereotypní myšlení (paměť a vizuomotorika bývá dobrá), mívají častěji SPU
- zvládají dobře výuku ZVŠ, jsou schopni se naučit jednoduchá zaměstnání
- jsou snadno zneužitelné v období dospívání při uvolňování z rodiny
- téměř úplná nezávislost při dobré sociální opoře

#### 2. F 71 – Středně těžká MR (dříve imbecilita) – IQ 35 - 49

- většinou již v kojeneckém věku – nejpozději v batolecím – zachyceno opožďování (hlavně pohybu a řeči)
- osvojí si minimální slovní zásobu
- některé děti zvládají výuku v PŠ (základy čtení, psaní, počítání)
- v současném návrhu školského zákona je předpokládáno právo na vzdělání pro všechny děti (i s těžkou a hlubokou MR), již nebudou označovány jako „nevzdělavatelné“
- při kvalitním vedení – zvládnou sebeobsluhu a jednoduché pracovní činnosti

#### 3. F 72 – Těžká MR – IQ 28 - 34

- ve většině případů – kombinované postižení (pohyb, zrak, sluch)
- mnohé se nenaučí mluvit
- kvalitní stimulace má i zde zřetelné efekty (sebeobslužné dovednosti, porozumění běžným sociálním situacím, méně problémů v chování); pod supervizí mohou vykonávat dílčí pracovní činnosti

#### 4. F 73 – Hluboká MR (IQ pod 20 – dříve idiocie)

- většinou MR + velmi těžké pohybové postižení
- nemluví, porozumění velmi omezené
- reagují citlivě na taktilní podněty a zvuky; reakce na zrakové podněty omezené
- komunikace – globální – spokojenost dávají najevo relaxací, úsměvem x nespokojenost – napětí, pláč
- stejně jako u dětí s těžkou MR je cílem maximální naplnění kapacity dítěte – využití jeho silných stránek

### **Etiologie: nejednotná**

- lehké MR – variace normálního rozložení, častěji organické postižení CNS
  - genetická vada, metabolická porucha
  - někdy nelze určit příčinu
  - některé typy podle etiologie mají společné rysy: např. Downův syndrom – lze predikovat přibližně vývoj
- základní znak – opožďování kognitivního vývoje
- je-li MR důsledkem organického postižení CNS > budou i další projevy organicity = hyperaktivita nebo pasivita, poruchy pozornosti, atd.
- MR má vliv na sociální vývoj > děti obtížně vyvolají reakce rodičů (opozděný úsměv, později rozlišují matku od ostatního okolí); rodiče jsou v kontaktu s postiženým dítětem více aktivní a neposilují dostatečně iniciativu dítěte
- sociální chování bývá často nepřiměřené > zdroj konfliktů pro matku
- často přidružené poruchy chování – také důsledek organicity např. impulzivita, hyperaktivita, emoční labilita, dráždivost, nízká frustrační tolerance, pasivita a apatie
- déle přetrvávají stereotypní pohyby
- na nepřirozenou stimulaci mohou reagovat sebepoškozováním či agresí (nemají složitější obrany), souvisí také s omezenými komunikačními schopnostmi dítěte
- přidružené bývají i další poruchy (pervazivní, emoční poruchy – úzkost, deprese)

### **Přidružené poruchy chování – autostimulační automechanismy. ICD 10 – F. 84.4 – *Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby:***

tyto děti s MR – častěji trpí poruchami přizpůsobení a emočními poruchami – generalizovaná úzkost, deprese s převážně somatickými projevy --- poruchy spánku, nechutenství, útlum

### **Raná péče**

- pro pomoc rodinám s MR dítětem nutná časná diagnostika + programy rané stimulace, kdy je dobře možné ovlivnit zejména interaktivní styl matky s dítětem
- nyní převzvané programy „PORTAGE“ – do malých kroků je rozpracován **nácvik sebeobsluhy, řeči, sociálních, pohybových a rozumových dovedností**; instruktor programu chodí do rodin s postiženými dětmi 1x týdně, i emoční podpora rodičů

### **Integrace**

- integrovaná škola (plně – tak jak jsou děti v místě bydliště zastoupeny v populaci – všechny); speciální pedagogové; každé dítě vzděláváno podle individuálního plánu – atmosféra aktivního a kooperativního učení
- pomáhá rozvoji sociálních dovedností nejen u dětí postižených, ale výborně i u dětí zdravých
- náš školní systém = segregovaný – speciální školy – přísně diferencované; ve školách integrace problémem, v MŠ – již velmi reálná úplná integrace téměř (OPRAVIT!)

## Diagnostika

- komplexní inteligenční test + posouzení adaptivního chování
- neuropsychologický profil dílčích schopností – východisko pro terapii a rehabilitaci
- podrobná anamnéza – vliv biologických a sociálních faktorů, informace o dosavadním vývoji
- popsat podrobně behaviorální i emocionální stav dítěte
- vyšetření by mělo být zaměřeno i na dynamické schopnosti (jakým způsobem se dítě učí), co ho nejvíce motivuje
- diagnostika rodinná – popis rodinného funkčního stylu
- na základě toho stanovit kvalitní stimulační program

### Dif. dg:

- emoční a podnětová deprivace** (ústavy, zanedbávající prostředí) – porovnáváme výsledky testů se schopností se učit novým věcem při vyš. – deprivované se učí rychleji než odpovídá stupni defektu, nejvíce bývá opožděna řeč a nejméně jemná motorika
- SPU a specifické poruchy řeči** – oslabeny jsou jen některé výkony, jiných je průměrně
- kombinovaná postižení** – jsou-li i tělesná a smyslová postižení > adekvátní mírou schopností bývá nejvyšší dosažený výkon
- autismus** – časté v kombinaci, vycházíme z pozorování spontánních projevů
- demence** = deteriorace intelektových schopností po nejméně 1-2 letech normálního vývoje, liší se od demence dospělých – ovlivňuje vývoj > dochází ke zpomalení či stagnaci vývoje nebo regresi (u dospělých vždy regres)

### Metody:

- do mentálního věku 3 roky: **vývojové škály**
- u starších: **komplexní inteligenční test** – výhodné ty které střídají různé úkoly a mají hodně praktických a manipulačních položek (SB, škála Arthurové) a další (kresba, hra s kostkami), WISC používáme i u dospělých s MR
- pozorování + anamnéza** (odlišení od smyslově postižených – upravujeme vyš. tak abychom minimalizovali vliv postižení)
- pozor na vliv únavy, motivace, separační úzkosti, neklidu či apatie > jen když jsme ho zaujali je výsledek validní
- Transdisciplinární herní diagnostika** – v týmu psycholog, neurolog, pediatr, speciální pedagog, logoped, sociální pracovník atd., pozorují volnou a řízenou hru s různými pomůckami, o samotě, s rodičem, s jiným dítětem apod., hodnotí se na základě posuzovacích škál s orientačním věkovým zařazením projevů, zaměřuje se na dynamické askety myšlení a učení > *jak se dítě učí, které smysly používá, na které podněty reaguje, co ho nejvíce motivuje, u čeho vydrží, jak složitou činnost vyvine, jak řeší problémy, jak vstupuje do interakce s okolím, jak reaguje na emoce druhých, jak sděluje své potřeby, jak používá komunikaci, jaká je frustrační tolerance, jak je přizpůsobivé, když dojde ke změně, co ho ruší, co ho inhibuje, sebeobsluha, sociálně adekvátní chování, chování ve skupině, stupeň dosažené separace.....(toto vše je důležité zohlednit i v běžném vyšetření!)*
- důležitá je **diagnostika motivační** – individuální hierarchie odměn (jídlo / hračka / pochvala / houpání...)
- adaptivní chování**: z anamnézy, nebo přesněji - **Vineladnská škála sociální zralosti** (3-9 let česká verze) – zjišťuje stupeň dosažené sociální nezávislosti a odpovědnosti – 8 oblastí: celková soběstačnost, soběstačnost v jídle, v oblékání, samostatnost, zaměstnání, komunikace, motorika, sociální začlenění (při hrách). Položky skórujeme na základě rodičů či jiných osob. Výsledky se převádí na věkové skóre.

## Smyslově a tělesně postižené dítě

### 1. Zrakově postižené dítě

a, zraková ostrost – schopnost vidět zřetelně

b, vliv osvětlení (vidí špatně za šera nebo při ostrém světle?)

c, rozsah zorného pole (snížené)

d, barvocit (nepředstavuje větší praktické omezení)

Stupně: praktická nevidomost - zbytky zraku - těžká a lehká slabozrakost

#### Nejčastější vady:

- porucha sítnice – retinopatie, vrozené vady – anophthalmus a microphthalmus
- neschopnost akomodace čočky (těžká krátkozrakost)
- postižení částí oka (mimo sítnici a nerv) např. glaukom, zánět žilnatky
- postižení sítnice a zrakového nervu - často kombinace s postižením CNS = atrofie zrakového nervu, kortikální postižení mozku, DMO, někdy i poruchy sluchu
- centrální slepota (postižení zraku) postižení CNS; proměnlivost využívání zraku (jeden den na podnět reaguje, druhý ne)

lépe poznává známé předměty, krátká spontánní zraková aktivita, nemžikají mu oči, jejich oči vypadají normálně, pohyby očí plynulé – rodiče si myslí, že dítě normálně vidí

-jen malá část dětí – zcela slepá – většinou jen buď se světlocitem nebo nevyužívané zbytky zraku

-zrání a učení bez účasti zraku – složité

-vizuální podněty jsou důležité pro: aktivaci dítěte, jako zdroj informací, aktivizují pohybový vývoj (zvedá hlavu, leze za ním)

-velmi důležitá – speciální záměrná stimulace zbytků zraku v raném dětství – speciální techniky (běžné podněty pro ně nemají stimulační hodnotu) – lesklé plochy, černobílé plochy, kontrasty, neónové barvy kontrastní, ozvučené hračky, spojování výrazného vizuálního podnětu se zvukem, využívání periferního vidění – zraková stimulace v černé komoře

-důležitá je ale také činnost zaměřená na rozvoj ostatních smyslů, které nejsou postižené (zejména sluch a hmat – předměty s různými povrchy)

-u nás velmi dobře funguje „raná péče - střediska pro děti se zrakovým postižením“ (Praha, Brno, Olomouc, Ostrava, Plzeň)

#### Vývojové charakteristiky:

- důležité je, zda je postižení vrozené nebo získané
- dítě se opoždíuje *v motorice, adaptivním chování a sociálním chování*; většinou nelezou, ale posunují se po zadečku; chůze – průměrný věk 19 měsíců – 2 roky; jemný úchop až po druhém roce, volný úchop – po zvuku mezi ½ a ¾ roku, pokud je stimulované, hledání rukama kolem ½ roku
- *řeč* – někdy se může opoždovat (je-li prostředí podnětné, nemusí), dítě nemá možnost pozorovat artikulaci dospělého; více než normální děti experimentují s hlasem, melodií, rytmem – získávají tak představy o prostoru, opakují to, co právě slyšely, nechápou obsah řady slov – chybí zraková zkušenost – mluví, aby udrželo kontakt

- **sociální chování** – typická nápadná tichost, aby dobře mohly vnímat sluchově své okolí; nereagují na separaci matky pláčem, sledují sluchem, zda se ozve; v 6ti týdnech – selektivní úsměv na hlas matky; může vymizet, není posilován úsměvem matky; matka může mít pocit, že ji nepotřebuje; separační úzkost – přibližně v normě 10.-18. měsíc, ale trvá déle než dosáhne permanence objektu – teprve kolem 4-5ti let vnitřní reprezentace matky, separace od matky bývá opožděná (větší závislost), rychlost socializace je ovlivněna výchovou rodiny (zde se mu speciálně věnují)
- **stereotypie časté** – houpání, kývání, hopsání, mžikání očí, doplňují si tak svoji hladinu aktivace; dlouho trvá, než je schopné toto chování kontrolovat; obvykle se lépe osvědčuje převést tuto aktivitu do společensky přijatelné formy = houpání na houpačce apod., než odvádění pacienta k jiné činnosti
- děti jsou **zvýšeně úzkostné**, špatně se adaptují na nové prostředí
- **hmat** je kompenzační smysl, ale nemá takovou informační hodnotu – hmatové vnímání je pomalejší, analytické, má mnoho dílčích kroků

### Diagnostika

- některé děti – optické pomůcky
- dotazníky a projektivní techniky lze administrovat ústně
- u slabozrakých – jako u normálních s optickými pomůckami, na psaní fixy, obrázky se zdůrazněnou konturou
- prodloužené období závislosti, potřebuje fyzickou pomoc blízké osoby při každodenní rutinně dítě se zrakovým postižením vyšetřujeme vždy na několik sezení, nejlépe v jemu známém prostředí (doma, v MŠ); potřebuje delší dobu na seznámení
- problematicky navazují kontakt, neadekvátní mimika (nemá komunikační význam)
- do 2 let se moc standardní vyšetření udělat nedá, musí se přizpůsobit:
- **Gessel a Baylleyová** – příliš zatížené položkami na zrakovou zkušenost (lze použít položky na vývoj řeči, motorickou škálu lze vyplnit i anamnesticky, senzomotorickou dle stupně poruchy)
- u nás k dispozici překlad manuálu **škály Reynell – Zinkin** (1979) – určena pro děti od 0 do 5 let = škála vývojová; nemá standardní škály; místo obrázků jsou zde konkrétní předměty, zjišťuje vývoj v 6 oblastech: sociální adaptace, senzomotorické poznávání, orientace v prostředí, reagování na zvukové podněty, porozumění řeči

### předškolní:

- u starších dětí lze použít verbální části testů (pokud řeč v normě) – **S-B, PDW, Vineladnská škála sociální zralosti** – pro posouzení socializační úrovně v předškolním věku (pozor zastaralé normy!)

### škola:

- **PDW / WISC** – verbální část, pozor je ale sycena jinými faktory – dílčí subtesty mají specifický význam (nižší bývá POR, POD jsou taky o zkušenosti s předměty z položek, OČ bývá nejlepší, SLO a INF jsou o podnětnosti rodiny)
- Raven (Barevné progresivní matice) – u slabozrakých lze použít, stejně tak lze u těchto dětí použít Kostky a Skládanky z Wechslera, lépe bez časového limitu
- **Hmatová úprava Kohsových event. Wechslerových kostek** – pro děti od 6 let (místo č/b barvy je použit hladký/drsný povrch), obohaené o další úlohy
- **Blind Learning Aptitude Test (BLAT)** – neverbální zkouška dětí na ZŠ, obsahuje úkoly převzaté z Ravena (formou plastových výlisků), sleduje se proces učení
- Kresebné zkoušky u slabozrakých – vývoj je obvykle zpomalen, horší senzomotorická koordinace – (nepřesnosti, asymetrie, nenavazování) – lze ale použít Test kresby lidské postavy (obsahově dosahují průměrně stenu 4, formálně stenu 3) a Matějčkův test obkreslování – zjišťujeme míru zrakového defektu, nehodnotíme tím konitivní vývoj



- Osobnost: dotazníky verbálně administrované – **JEPI, SPAS**, u slabozrakých **CATO**, v kolektivu sociometrika **SORAD**, škály sebeposouzení, posouzení sociálních kompetencí rozhovorem, pozorováním

profesní poradenství: - méně adekvátní ambice (vliv kompenzace, tlaky rodičů) – vzít v úvahu stav zraku, dosavadní prospěch, motivaci, předpoklady (verbál. Wechsler, neverbál. Raven, Kohsovy kostky), orientačně osobnost JEPI, škály sebeposouzení

### **Vzdělávání:**

- integrace do běžné ZŠ – obtížně se zařazují, bývají izolováni (rizikové jsou závislé a přecitlivělé děti, egocentrické, s malým rodinným zázemím)

- internátní speciální škola – problém v odloučení od rodiny, chybí běžné sociální zkušenosti

-

### **Podpora rodiny**

- základ ve střediscích rané péče – naslouchat, dát prostor pro vyjádření emocí, podpora, respekt, akceptace
- pravidelné návštěvy rodičů
- rehabilitační pobyty (týdenní)
- schůzky rodičů ve střediscích RP
- dospívání – školy, SPC; Tyfloservis – pomůcky

## **2. Sluchově postižené dítě**

- záleží na stupni; je-li zbytek – nutné co nejdříve sluchadla (v kojeneckém věku)
- rané období – kritická perioda pro rozvoj řeči a abstraktního myšlení
- **1. nedoslýchavé** (sluchadla); **2. neslyšící**; **3. ohluchlé**
- u úplně sluchově postižených lidí – narušené i abstraktní myšlení
- pokud dojde ke ztrátě sluchu po 1. roce života, někdy není postižení tak vážné – naučí se lépe mluvit, než když ztráta sluchu od narození
- mírné postižení – většinou pozdě diagnostikováno

### **Vývoj:**

- na počátku tyto děti nejsou nápadné; schopnosti slyšet se člověk v prvním roce života učí?; i neslyšící kojeneček brouká, ale už nežvatlá - kolem 20. týdne ustává, protože neslyší svůj hlas (5 měsíců), důležité je včasné zachycení a užití sluchadla aby se neopožďoval vývoj, v interakci s matkou se nechová očekávaně a matka na něj neumí často reagovat
- v batolecím a předškolním věku – do 2 let (citlivé období pro rozvoj řeči) se rozhodnout pro vhodný způsob komunikace (normální řeč x znaková – vhodnější u těžších postižení)

#### **1. nejtěžší poruchy**

- od raného věku se dítě nenaučí spontánně mluvit (jen se zvláštním výchovným postupem – pomocí zrakových vjemů, kinesteticko-motorických)

2. myšlenkové pochody pouze na úrovni konkrétních činností – manipulace s předměty, pozorování, obtížně se tvoří obecné pojmy (vlivem vypadnutí jednoho smyslu nedochází k dokonalé integraci sensorických modalit) – myšlení obtížně dosahuje stadia symbolických operací

3. pokud se neřívají, nemají žádné informace

4. omezené komunikační možnosti - nechápou motivy jednání svého okolí, neorientují se v mezilidských vztazích, (v rodině je bezbranné, neschopné vyjádřit pocity a potřeby, závislé na rodičích, často se cítí vyděleni od zbytku slyšící rodiny)

## 5. citová a podnětová deprivace – internátní výchova

### **Etiologie:**

- hlavní = dysfunkce CNS; dále nedonošenost, hypoxie, zarděnkový syndrom, meningitida, inkompatibilita Rh – faktorů; genetický faktor + pojí se s dalšími vadami (v 11- 40%) > tím že jsou vlastně organické, častěji kombinované vady (MR, DMO, vady zraku...)
- výskyt neurotických projevů – signifikantně vyšší než u běžné populace – tím že jsou vystaveni podnětové deprivaci, citové deprivaci, mají více mozkových dysfunkcí, často prožívají zklamání, neboť nejsou schopny splnit nároky učitelů, jsou ve stresu když musí komunikovat slovně či odezírat
- v kojeneckém období zvýšená dráždivost, plačtivost, zvýšená spavost / bdělost, vyhýbají se očnímu kontaktu s matkami
- v batolecím a předškolním věku – problémy s jídlem, vyměšováním, spaním, záchvaty vzteku, instabilita, zvláštní rituály a návyky, poruchy přizpůsobení
- ve školním věku a adolescenci – poruchy chování

### **Terapie**

- práce s dítětem omezená kvůli komunikační bariéře > hlavní je práce s rodiči
- individuální terapeutický plán – prvky behaviorální terapie
- zpočátku rodiče, kteří potřebují pomoc; typické prožívání vyrovnávání se s faktem nevyléčitelného onemocnění (Kübler Rossová):
  - 1. šok – popření
  - 2. hněv – kritika
  - 3. smlouvání
  - 4. deprese
  - 5. přijetí
- zpočátku je důležitá podpora rodiny (lépe se vyrovnávají matky, také lépe lidé se SŠ, VŠ mívají na děti větší očekávání-hůře se smírují, lidé s nižším vzděláním špatně odhadují druhotné následky)
- Cíle: - poskytnout emoční podporu při překonání krize
  - korigovat pocity bezmocnosti
  - hledat přiměřené perspektivy a pozitivní cíle
  - posílit integritu rodiny
  -
- fungují i Rodičovské skupiny (mají dojem, že jsou na společné lodi, že si rozumí, setkávají se jedinci v různém stádiu a předávají si zkušenosti, skupiny poskytuje zázemí když se izolují od okolí)
  - kochleární implantáty = protetická pomůcka, přímá stimulace sluchového nervu

### **Zařazení do školy**

- častěji pozdější nástup
- speciální školy pro sluchově postižené (podle normálních osnov, s redukovanými osnovami) – MŠ, SPC – většinou internátní, kde to umí (x izolace od rodiny)
- integrace do běžné ZŠ – obtížné, často nerozumí, okolí nerozumí jim, ideální s tlumočnickem, výhodou je lepší sociální rozvoj
- ZŠ s redukovanými osnovami (následně speciální učební obory, a speciální odborné sš)
- absolventi – do běžných učilišť a středních odborných škol
- gymnázium pro sluchově postiženou mládež – dále pak pro slyšící

- speciální školy – pedagogická, elektr., zubní laborant, oděvní, ZVŠ

### **Diagnostika**

-nedoslýchavost x těžká sluchová porucha x totální hluchota,  
 -prelingválně (zde je postižen celý vývoj řeči, >senz. deprivace)x postlingválně získaná vada  
 -sekundárně opožděný vývoj sociální inteligence

-v batolecím věku škála Bayleyové

-v intelektu vycházíme hlavně z neverbálního (verbální se rozvíjí nerovnoměrně) – Raven, Leiterova performační škála, neverbální část PDW (WISC-R) s úpravami v zadání, z celkových např. S-B rozdíl mezi IQv a IQp bývá 15-30b!

-kresebné zkoušky: kresba lidské postavy, Matějčkův test obkreslování

-predikce studijních předpokladů: Váňův inteligenční test VIT, Amthauerův IST, Kaufmanův ABC

-vyš. osobnosti: rozhovor (s tlumočnickem), projektivní – Test barevného sémantického odiferenciálu, Luscher, Test stromu, Kreba rodiny

### **3. Dětská mozková obrna (DMO)**

- závažné postižení hybného vývoje – podmínkou pre-, peri, postnatálně (časně) – hypoxie, mechanické vlivy porodu, krvácení do mozku, velmi častá mentální retardace

### **Formy:**

**1. Hypotonická DMO** – nejlepší prognóza

**2. Hypertonická (spastická)** – kvadruparézy, hemi-, di- parézy (dobíhání?)

**3. Ahetoiní?** – nejméně postižen intelekt, ale pohybově značně postižené, včetně řeči

**4. Mozečková** – postižena motorika i intelekt (vzácná); diagnóza z neurologického hlediska jasná obvykle až kolem prvního roku

### **Motoricky postižené dítě**

- méně mimických a emočních projevů, postihuje i vývoj řeči
- děti si nemohou aktivně vybírat podněty
- opoždování separace
- negativismus dlouho přetrvává
- dráždivé děti – v rodičích to vzbuzuje pocity viny; dítě celkově pro rodiče méně srozumitelné
- děti s motorickým a smyslovým postižením – riziko v interakci s rodiči
- ve vývojových škálách je nutné se u motoricky postižených dětí orientovat podle toho, o co se zajímá: zda se v 11 měsících více zajímá o malé nebo velké předměty --- ne podle toho na co sahá, ale podle toho na co se dívá očima
- zkoumat sociální úroveň
- **práce s rodiči** – stres – neplní očekávání rodičů; cvičení – rehabilitace = Vojta (velká emoční zátěž pro rodiče)
- **interakce** – přizpůsobena v běžném životě chronologickému věku dítěte a ne mentálnímu, svět se pro dítě stává nesrozumitelný!!!
- pro postižené děti – mentálně retardované – systém „PORTAGE“ – nácvik různých dovedností (psycholog, speciální pedagog) – do rodiny 1x týdně

