

## Mentální retardace

- hovoříme o ní, pokud dítě nebo dospělý trpí závažným postižením vývoje rozumových schopností **pre-, peri- a časně postnatální etiologii** a kterého 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 optim. vzdělávacího a výchovného vedení
- čísla jsou spíše orientační, důležitá kvalita zvládnutí životních nároků
- postižení kognitivních funkcí – nerovnoměrné (nejvíce většinou řeč + verb. 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 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
- zákl. znak – opoždění 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 (opožděný 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!)

### **Psychodiagnostika**

- 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 průměrné
- 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, speckař, 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 aspekty 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 přizpůsobivý 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, samostatsnost, zaměstnání, komunikace, motorika, sociální začlenění (při hrách). Položky skórujeme na základě roidců či jiných osob. Výsledky se převádí na věkové skóre, či selkový Z skór (prům 0, sd 1)

## 15 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 micropthalmus
- neschopnost akomodace čočky (těžká krátkozrakost)
- postižení částí oka (mimo sítnici a nerv) např. galukom, zánět živnatky
- 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, jak 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 pro děti se zrakovým postižením“ (Praha, Brno, Olomouc, Ostrava, Plzeň)

#### Vývojové charakteristiky:

- důležité je, zda je postižení vrozené nebo získané
- dítě se opoždí 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 opožďovat (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 její fyzickou pomoc 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 nvažují 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 výv. 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 5ti 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, Perkins-Binet Test of Intelligence for the Blind** (modifikace S-B pro nevidomé) **WPPSI** ?, **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 haldký/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
- Kresběné 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: dozaníky 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, talky 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 precitlivělé 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, kinestetickomotorických)

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 neřádívají, nemají žádné informace

4. omezené komunikační možnosti - nechápou motivy jednání svého okolí, neorientují se v mezilidských vztazích, (v rodinné 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 – faktor; 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 – významně 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 (Kubler 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, SOU 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 poskytují zázemí když se izolují od okolí)
  - kochleární implantáty = protetická pomůcka, přímá stimulace sluchového nervu

## Zařzení 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 tlumočníkem, 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 11ti 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

## 16 Dítě ohrožené prostředím

### Traumata a závažné události

Následky traumat a špatného zacházení závisí na:

- 1) **povaze události** – to jak ji dítě vnímá a hodnotí, jak dlouho to trvalo, důsledky pro další život dítěte, míra přímého ohrožení dítěte
- 2) **věku, vývojové úrovni a zranitelnosti dítěte** – osobnost dítěte, strategie zvládnání zátěže (aktivní / vyhýbavé) a flexibilita jejich užití (např. řešení problémů, hledání sociální opory / distancování se, externalizace, internalizace)
- 3) **míře sociální opory** – v rodině a širším prostředí (přímá fyzická pomoc, otevřená komunikace, pozitivní emoce, zážitek porozumění, pocit stability) > to vše snižuje u dítěte reakci oběti (adekvátněji hodnotí situaci, nabízí mu možnosti řešení, redukuje význam události apod.) – dítě se pak lépe adaptuje

Následky traumat:

-krátkodobé x dlouhodobé – mohou vést až k trvalým osobnostním změnám

-normální reakce (1-2m) > u menších dětí zvýšená závislost na rodině, poruchy spánku, přechodný vývojový regres, u školních podrážděnost, hostilita, únava

-u některých dojde k rozvoji posttraumatické poruchy:

#### ***F 43.1 Posttraumatická stresová porucha***

- bezprostředně bouřlivá reakce emoční a behaviorální, ztráta sebekontroly, panika
- protražovaná reakce na trauma (do půl roku od události)
- znovuprožívání traumatu ve snech, vzpomínkách, snaha se vyhýbat tomu co ji připomíná, úzkostné reakce v některých situacích, úlekové reakce, disociativní stavy (např. disociativní amnézie na opakované trauma), dráždivost, poruchy spánku, ztráta zájmu o hru a sociální kontakt
- často po sex. zneužívání, násilných činech, katastrofách, autonehodách, vážném onemocnění (pocit ohrožení života)
- v terapii: otevření komunikace, volné vyjádření pocitů, zajištění bezpečí dítěte

#### ***Poruchy přizpůsobení***

- v reakci na závažné změny či události (ztráta blízkého)
- pestrý obraz: emoční poruchy (deprese, vlna, vztek, úzkost), poruchy chování (násilné chování) regresivní projevy (ztráta samostatnosti a iniciativy, naučených dovedností), časté somatizační symptomy (bolesti, únava), u dětí často potíže v učení (poruchy soustředění a motivace) a sociálních vztahů
- u předškolních dětí - zvládnutí opozičnictví a vzdor, záchvaty zlosti, poruchy spánku, regres
- ve školním věku - somatické obtíže, poruchy školního výkonu, nepozornost, poruchy chování
- u dospívajících – deprese, zhoršený školní výkon, suicidální úvahy, únik k drogám, alkoholu, promiskuitě, delikventní aktivity

### Děti ohrožené prostředím

1/ **týrání dítěte** – tělesné včetně nepřiměřených trestů, emoční (nadměrná kritika, výsměch, ponižování, izolování apod.)

2/ **zneužívání dítěte** – k uspokojení vlastních potřeb, především sexuální zneužívání (exibicionismus až kontaktní formy), následky jsou tím vážnější čím bylo dítě mladší, čím bylo použito více násilí, čím bylo kontaktnější

+ patří sem i zneužívání k nepřiměřené práci, ekonomické zneužívání (nucení ke krádežím, žebráání, prostituci)

+ Münchhasenuv syndrom v zastoupení – rodiče předstírají nebo vyvolávají u dítěte soamtické obtíže a dožadují se opakovaných i invazivních vyšetření a léčby pro uspokojení vlastních psychických potřeb

**3/ zanedbávání dítěte** – nedostatečná výživa, hygiena, nedostatečný dohled, zdravotní péče, vzdělávání – to se překrývá s kulturní deprivací, nemusí však nutně znamenat emoční deprivaci (děti mnohou být šťastné, emočně saturované)

**4/ psychická deprivace** – emoční a podnětová znamená **dlouhodobý nedostatek uspokojení potřeby lásky, vřelého stabilního vztahu, dostatečného přísunu přiměřených podnětů**

-typické pro ústavní výchovu, ale i u rodin materiálně zajištěných, kde chybí „čas na děti“

Rizikové faktory vztahové patologie v rodině:

A/ na straně rodičů: individuální **psychopatologie rodičů** (deprese, abusus alkoholu a drog, poruchy osobnosti, psychózy), ve většině případů spíše **osobnostní rysy** = impulzivita, nízká frustrační tolerance, nezvládnání vzteku, dítě vidí jako záměrně neposlušné, agresivní, chybí jim empatie vůči dítěti, dítě často reaguje nežádoucím chováním aby si zajistilo pozornost (i když negativní)

-rodiče mívají nedostatečné znalosti o vývojově přiměřeném chování dítěte

-vlastní negativní zážitky z dětství

-svobodné a zejména velmi mladé a nezralé matky

-časté manželské konflikty, **domácí násilí**

-autoritativní styl výchovy s užíváním trestů, hrozeb a agrese

B/ na straně dítěte: **postižené děti** (smyslově, tělesně, mentálně, organické) a děti s **odlišnou reaktivitou v útlém věku** = dráždivé, plativé, neklidné či velmi pasivní a málo reaktivní, či s obtížným temperamentem

C/ na straně prostředí: četné stresové situace, sociálně izolované rodiny (např. nechtěné těhotenství mladé matky – nemá byt, peníze, podporu a tím ani čas na dítě), prodloužená separace matky a dítěte brzy po narození

## DEPRIVACE

Důsledky psychické časné deprivace:

**1. Narušení kognitivního a motorického vývoje** dítěte (i mentálně retardovaného)

- u nás – děti z ústavní péče do 3let – celkové lehké opoždění > po umístění do rodiny se zpravidla upraví

- obraz: apatie, somatické neprospívání, nerovnoměrný vývoj, opožděná řeč a sociální chování

**2. Narušení vývoje osobnosti**

- především schopnost navazovat hlubší sociální vztahy (v extrémních případech – asociální porucha osobnosti)

Projevy chování deprivovaných dětí:

**1. Sociální hyperaktivita**

- snadno a rychle navazují kontakt s dospělými a dožadují se pozornosti, chybí strach z cizích lidí, chybí sociální inhibice; vztahy povrchní, rozptýlené, špatné vztahy s vrstevníky > **F 94.2 – Desinhibovaná přichylnost v dětství**

**2. Sociální provokace**

- od batolecího věku se domáhá pozornosti dospělých provokací – agresivní projevy, demonstrační chování, destruktivita, tyto děti bývají zvýšeně úzkostné, nezralé

### 3. Útlumový typ

- pasivní až apatické děti, plaché, časté bývá náhradní uspokojování citových a sociálních potřeb (jídlo, masturbace apod.)

Společné: snížené sebehodnocení, trvalé obtíže v navazování stabilních vztahů, časté poruchy chování ve školním věku, v dospívání sklon k nadměrné identifikaci s vrstevnickou skupinou, častěji zneužívají alkohol a drogy, promiskuita, v dospělosti se hůře adaptují, častěji se sami dopouští zneužívání či týrání

### TÝRÁNÍ

#### Tělesné týrání

–nepřiměřené tresty, bití až zabití, ale často v kombinaci s emočním týráním, s násilím v rodině, vysokou mírou stresu a emoční deprivací

-často přicházejí k lékaři po delší době od úrazu, mechanismus „úrazu“ neodpovídá stavu dítěte, objevují se strašá hematomy, srostlé zlomeniny apod.

-časté u malých dětí

-nejčastější situace: A/ **explozivní rodič** (často nevlastní otec) – má na dítě nepřiměřené očekávání a i na malé podněty reaguje silně, B/ **týrající vychovatel** (často otec) – nepřiměřené tresty u „neposlušnosti“ dítěte, často samy v dětství týrání, matka to akceptuje C/ **dítě vymykající se rodičovské kontrole** – dítě se dopouští antisociálních činů

-při vyšetření nadměrně ostražitě, zvedají ruce do obranného p