

Speciální pedagogika

Edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým
a sociálním znevýhodněním

Slavomil Fischer, Jiří Škoda





TRITON
Praha / Kroměříž

Slavomil Fischer, Jiří Škoda

Speciální pedagogika

Edukace a rozvoj osob se somatickým,
psychickým a sociálním znevýhodněním

Speciální pedagogika

Edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním

Slavomil Fischer, Jiří Škoda

Slavomil Fischer, Jiří Škoda
Speciální pedagogika

Tato kniha ani žádná její část nesmí být kopírována, rozmnožována ani jinak šířena bez písemného souhlasu vydavatele.

Autoři:

PhDr. Jiří Škoda, Ph.D.

Katedra pedagogiky, Pedagogická fakulta UJEP, Ústí nad Labem

PhDr. Slavomil Fischer, Ph.D., M.B.A.

Katedra pedagogiky, Pedagogická fakulta UJEP, Ústí nad Labem

Recenzovala:

prof. PhDr. Marie Vítková, CSc.

Vedoucí katedry speciální pedagogiky, Pedagogická fakulta MU, Brno

© Slavomil Fischer, Jiří Škoda, 2008

© TRITON, 2008

Cover © Jiří Toman, 2008

Vydalo Nakladatelství TRITON, Vykáňská 5, 100 00 Praha 10,
www.triton-books.cz

ISBN 978-80-7387-014-0

Obsah

ÚVOD	11
------------	----

TEORETICKÁ VÝCHODISKA SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKY

1 Vymezení speciální pedagogiky	13
1.1 Vymezení speciální pedagogiky, jejího předmětu a cílů	13
1.2 Pojetí a charakter speciální pedagogiky	14
1.3 Členění speciální pedagogiky	16
1.4 Souhrn	18
2 Znevýhodnění a integrace	19
2.1 Znevýhodnění a jejich klasifikace	19
2.2 Znevýhodnění a možnosti integrace	23
2.3 Souhrn	25
3 Základní metody pro diagnostiku a praxi	26
3.1 Speciálně pedagogická diagnostika a její obecné cíle	26
3.2 Charakteristika speciálně pedagogické diagnostiky	27
3.3 Základní metody speciálně pedagogické diagnostiky	28
3.4 Obecné metody speciálně pedagogické praxe	30
3.5 Souhrn	32

PROBLEMATIKA EDUKACE A ROZVOJE OSOB SE SOMATICKÝM ZNEVÝHODNĚNÍM

4 Osoby s tělesným postižením a jejich edukace	33
4.1 Vymezení zdravotního a tělesného postižení	33
4.2 Vymezení a význam somatopedie	35
4.3 Centrální obrny	37
4.4 Míšní obrny	52
4.5 Periferní obrny	52
4.6 Myopatie	53
4.7 Vrozené malformace	55
4.8 Specifika edukace žáků s tělesným postižením	58
4.9 Souhrn	71
5 Zdravotní znevýhodnění	73
5.1 Vymezení zdravotního znevýhodnění	73

5.2 Epilepsie	74
5.3 Alergie a astma	81
5.5 Souhrn	89

EDUKACE A ROZVOJ OSOB S MENTÁLNÍ RETARDACÍ

6 Mentální retardace	91
6.1 Mentální retardace a příčiny jejího vzniku	91
6.2 Hodnocení mentální retardace	93
6.3 Typické znaky a klinické projevy	95
6.4 Možnosti výchovy a vzdělávání mentálně retardovaných	99
6.5 Souhrn	105

EDUKACE A ROZVOJ OSOB S VYBRANÝMI PORUCHAMI PSYCHICKÉHO VÝVOJE

7 Specifické poruchy školních dovedností a motorické funkce	107
7.1 Specifické poruchy školních dovedností (poruchy učení)	107
7.2 Druhy SPU a jejich základní charakteristika	111
7.3 Specifická vývojová porucha motorické funkce	115
7.4 Charakteristika žáka s poruchami školních dovedností a motorické funkce	115
7.5 Organizace péče o žáky s poruchami školních dovedností a motorické funkce	118
7.6 Souhrn	121
8 Pervazivní vývojové poruchy	122
8.1 Vybrané pervazivní poruchy a jejich charakteristika	123
8.2 Charakteristika projevů autismu	124
8.3 Edukace a rozvoj jedinců s autismem	125
8.4 Souhrn	126

SPECIÁLNĚ PEDAGOGICKÁ PRAXE U OSOB S VYBRANÝMI PORUCHAMI CHOVÁNÍ A SOCIÁLNÍCH VZTAHŮ

9 Vývojové poruchy chování v dětském věku a dospívání	128
9.1 Terminologické pojetí poruch chování	128
9.2 Faktory zvyšující pravděpodobnost vzniku a rozvoje poruch chování	129
9.3 Klasifikace poruch chování	132
9.4 Vybrané vývojové poruchy chování	133
9.5 Možnosti práce s jedinci s vývojovými poruchami chování	138
9.6 Souhrn	141

10 Závislost a zneužívání psychoaktivních látek	143
10.1 Psychoaktivní látky	143
10.2 Poruchy vyvolané zneužíváním psychoaktivních látek	144
10.3 Faktory zvyšující pravděpodobnost rozvoje závislosti na psychoaktivních látkách	147
10.4 Závislost a škodlivé užívání alkoholu	149
10.5 Závislost a škodlivé užívání vybraných nealkoholových látek	151
10.6 Sociální důsledky, možnosti léčby a prevence	154
10.7 Souhrn	157
 11 Delikventní chování	 159
11.1 K pojmům delikvent, delikvence, kriminalita	159
11.2 Faktory zvyšující pravděpodobnost kriminálního chování	160
11.3 Psychické charakteristiky delikventů	162
11.4 Typologie delikventní subkultury	164
11.5 Penitenciární proces a jeho zvláštnosti	169
11.6 Možnosti práce s delikventními jedinci	179
11.7 Souhrn	185
 12 Patologické jevy spojené s prostředím rodiny jako problém pro speciální pedagogiku	 187
12.1 Rodina a její funkce	187
12.2 Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte (syndrom CAN)	188
12.3 Psychická deprivace v dětství	191
12.4 Rizikové faktory a důsledky syndromu CAN a psychické deprivace	192
12.5 Souhrn	194
 SUMMARY	 195
 POUŽITÁ LITERATURA	 200

Úvod

Cíl publikace Speciální pedagogika, edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním, je obsažen již v jejím názvu. Spočívá v uvedení studentů a čtenářů do vědního oboru speciální pedagogika, a to zejména do důležitých okruhů problémů, které jsou jejím předmětem. V předloženém textu jsou proto diskutována nejprve základní teoretická východiska, akcentující stávající trendy speciální pedagogiky. Tyto trendy se promítají jednak do terminologie tohoto vědního oboru, ale zejména do přístupu a postoje k jeho předmětu, tj. k jedincům, kteří z důvodu svého handicapu v oblasti fyzické, psychické či sociální mají speciální edukační potřeby, a speciální potřeby v oblasti rozvoje a společenské seberealizace.

Dále jsou v textu rozebírány vybrané základní problémy speciálně pedagogické praxe. Jedná se o problematiku edukace a rozvoje osob se zdravotními a tělesnými handicapy a osob s mentální retardací. Dále je to mimo jiné otázka edukace a další práce s jedinci s vybranými poruchami psychického vývoje. Učební text je zakončen rozbořem problematiky vývojových poruch chování a sociálních vztahů. Pozornost je věnována nejprve vývojovým obdobím jedince, souvisejícím se školní docházkou a dospíváním. V následných kapitolách se učební text zabývá společensky závažnějšími poruchami chování.

Publikace je určena širšímu okruhu čtenářů. Je určena všem, kteří chtějí nebo potřebují získat základní přehled o speciální pedagogice jako vědním oboru, o základních okruzích problémů, se kterými se ve své praxi setkává a potýká. Text je připraven pro posluchače učitelských i neučitelských oborů na vysokých školách. Je sestaven takovým způsobem, aby mohl být využit i pedagogickými pracovníky, kteří se na výchově a vzdělávání již podílejí. Spektrum využití je větší. Může se jednat o studenty i pracovníky, kteří budou pracovat či pracují v rámci hlavního pedagogického proudu. Stejně tak jej mohou využít studující a pracovníci specializovaných institucí, poraden, ústavů, apod.

Předložený text samozřejmě nemůže poskytnout vyčerpávající informaci o každém diskutovaném okruhu speciální pedagogiky. Tato problematika je natolik obsáhlá, že je otázkou, zda ji vůbec lze celou postihnout a komplexní formou předložit z důvodu prostoru i času. Pozornost je proto věnována jevům, se kterými se mohou všichni, jimž je publikace určena, s vyšší mírou pravděpodobnosti setkat ve své praxi.

K jednotlivým okruhům problémů je v publikaci přistupováno multidisciplinárním způsobem. Každý okruh či problém speciální pedagogiky uvedený v textu předložené publikace je stručně definován a charakterizován. Pozor-

nost je soustředěna na postižení biopsychosociálních příčin vzniku a rozvoje konkrétní poruchy či znevýhodnění a na specifčnost odlišností v oblasti fyzické, psychické a sociální, které se znevýhodněním souvisí a jsou jeho důsledkem. Jedná se o důsledky jak pro jedince, tak i pro jeho okolí. Součástí každé kapitoly je otázka organizace, způsobu a možností edukace a rozvoje znevýhodněných spoluobčanů. Text publikace není pojata jako vybrané kapitoly, autoři byli vedeni při zpracování snahou postihnout vzájemné souvislosti diskutovaných jevů a předložit čtenářům text mající charakter kompaktního celku.

Teoretická východiska speciální pedagogiky

1 Vymezení speciální pedagogiky

Cílem této kapitoly je:

- vymezit speciální pedagogiku, její předmět a zásadní cíl, její místo v systému věd, klasifikovat její členění na dílčí disciplíny,
- informovat o trendech, které se aktuálně ve speciální pedagogice a v přístupu ke znevýhodněným jedincům uplatňují.

■ 1.1 Vymezení speciální pedagogiky, jejího předmětu a cílů

Speciální pedagogika je velmi významný a rozvinutý obor pedagogiky. Její poslání a význam spočívá ve speciální edukaci a rozvoji jedinců, kteří mají oproti většině ostatních speciální edukační potřeby a kteří pro svůj rozvoj potřebují speciální přístup a péči.

V tomto textu se snažíme vymezit speciální pedagogiku jako samostatný vědní obor v systému pedagogických věd, s jeho specifickým předmětem a cíli v podobě, v jaké je aktuálně vymezován předními odborníky. Z tohoto hlediska má naše vymezení charakter paradigmatu. Ve vymezení vycházíme ze stávajících **trendů**, o kterých se stručně zmiňujeme v další části textu. Jejich uplatňování se odráží mimo jiné i v používané terminologii. V současnosti se můžeme setkat s pojmy postižení, handicap, znevýhodnění. V našem učebním textu v souladu s trendy a vývojem postoje společnosti používáme pojmy **znevýhodnění** nebo **handicap**. Dále v textu používáme pojem **porucha**. Důvodem je ta skutečnost, že pro řadu problémů, se kterými se speciální pedagogika potýká, je převzata lékařská terminologie. U této otázky se lze setkat s názorem, že je potřebné lékařské pojmy nahradit pojmy pedagogickými¹. Tento pedagogický optimismus nechceme zpochybňovat. Je však nutné konstatovat, že terminologie a přesný popis symptomatologie poruch, kterými se

¹ NOVOTNÁ, M., KREMLÍČKOVÁ, M.: *Kapitoly ze speciální pedagogiky pro učitele*. Praha, SPN 1997.

speciální pedagogika zabývá, jsou nezbytné z důvodů správné diagnostiky vedoucí ke stanovení speciálních způsobů rozvoje a edukace jedince.

Speciální pedagogiku můžeme definovat jako vědní obor, který se zabývá zákonitostmi výchovy a vzdělávání a rozvojem jedinců, kteří jsou znevýhodnění vůči většinové populaci v oblasti fyzické, psychické nebo sociální a mají speciální výchovně vzdělávací potřeby.

Předmětem speciální pedagogiky a objektem jejích cílů jsou jedinci, kteří mají vzhledem ke svému znevýhodnění specifické (speciální) potřeby v oblasti fyzické, psychické či sociální. K dosažení uspokojování specifických potřeb, jejichž specifičnost je determinována charakterem konkrétního znevýhodnění, je pak nutné stanovovat a aplikovat speciální metody a postupy. Jedná se o potřeby edukační, potřebu společenské seberealizace a rozvoje.

Základní cíl speciální pedagogiky bychom mohli vymezit jako dosažení maximální možné socializace znevýhodněného jedince s ohledem na charakter, rozsah a závažnost (stupeň) jeho znevýhodnění v některé či některých z výše uvedených oblastí. S tímto obecným cílem souvisí vytváření nezbytných podmínek a předpokladů k jeho dosažení.

Dílčí cíle pak spočívají například v dosažení určitého stupně edukace či postupného rozvoje některé oblasti u konkrétního znevýhodněného jedince. **Cílem** speciální pedagogiky je také **dosažení změny v postojích některých členů společnosti vůči znevýhodněným spoluobčanům.**

■ 1.2 Pojetí a charakter speciální pedagogiky

Jak jsme v úvodu tohoto textu konstatovali, naším záměrem je předložit čtenářům materiál, jehož cílem je poskytnout základní orientaci v oboru a seznámit je se stěžejními okruhy problémů, a to takovými, se kterými se mohou ve své praxi i v životě s vyšší pravděpodobností setkat. Z tohoto důvodu nechceme podrobněji postihovat vývoj speciální pedagogiky. Stručně však chceme charakterizovat nejdůležitější **trendy**, které do speciální pedagogiky pronikly a pronikají, a významným způsobem **utváří její pojetí a charakter**. Tyto trendy však s vývojem samozřejmě souvisí. Z praktických důvodů se proto omezíme pouze na stručné postihu vývoje z hlediska přístupu společnosti ke znevýhodněnému člověku.

Jedná se o **vývoj oscilující od²:**

- postoje **represivního**, spočívajícího v přidělení nálepky neschopného, nepotřebného, dokonce nežádoucího jedince. V přístupu lze zaznamenat **lhostej-**

² NOVOTNÁ, M., KREMLÍČKOVÁ, M.: *Kapitoly ze speciální pedagogiky pro učitele*. Praha, SPN 1997.

nost, odmítání pomoci až likvidaci. (Období starověku i částečně raného středověku.)

- postoj **segregativního**, spočívajícího ve vyloučení jedince ze společnosti, ponechání znevýhodněných jedinců náhodné pomoci blízkých, ve vymezení minimálních možností pro seberealizaci. (Období středověku.)
- postoj **charitativního**, spočívajícího v přidělení nálepky ubožáka, neschopného se o sebe postarat, potřebujícího ošetření a pomoc. Tento postoj je již odlišný od předchozích, postižení nejsou odmítáni, objevuje se soucit a první organizované formy institucionalizované pomoci, avšak dobrovolné. (Na péči se začínají podílet různé subjekty, např. církve a církevní řády. Zaznamenat můžeme i působení jednotlivců z řad šlechty. Toto období můžeme datovat cca od nástupu renesance.)
- po postoj **humanistický**, charakteristický pro současnost. Základním východiskem tohoto přístupu ke znevýhodněnému jedinci je zachování **přirozeného principu důstojnosti** každého člověka.

Současná speciální pedagogika je prostoupena snahou (trendy) o **humanizaci a integraci**. Humanistický přístup je jedním z významných trendů ve stávající speciální pedagogice, hovoříme o **humanizační tendenci**³. Projevuje se výše označeným přístupem a postojem chápání každého člověka jako osoby hodné důstojnosti s akceptací jeho odlišností, v našem případě znevýhodnění, chápáním odlišností v jeho potřebách i způsobech vedoucích k jejich uspokojování. Uvedená tendence se projevuje různým způsobem, zřetelné změny můžeme spatřit například v terminologii⁴.

Nedílně s humanizačními tendencemi souvisí **tendence integrační**. Snaha o integraci handicapovaných osob do většinové populace je jedním z ukazatelů stavu vyspělosti a uvědomění společnosti. Současným trendem je snaha o integraci těch, u nichž je to alespoň částečně možné, do společenského okolí. S tímto trendem souvisí **materiální, ekonomické, psychosociální podmínky a jejich vytváření**. Dále s ním souvisí **vyšší nabídka počtu, variability a kvality sociálních a poradenských služeb a opora v legislativě**. Také se objevuje tendence vytvářet speciální pracovní příležitosti. O pojetí integrace vzhledem ke znevýhodnění blíže pojednáváme v kapitole 2 tohoto textu.

Dalším trendem je ta skutečnost, že se speciální pedagogika neomezuje pouze na problematiku speciálního vzdělávání, zabývá se problémy spojenými s konkrétním jedincem **v průběhu jeho celého života**. Proto její východiska

³ VÍTKOVÁ, M. ET AL.: *Integrativní speciální pedagogika*. Brno, Paido 2004.

⁴ Příkladem je snaha o odstranění nádechu hanlivosti či psychiatrického nálepkování. Nedávno patřily k diagnostice termíny debilita, imbecilita, idiocie, dnes hovoříme o opožděnosti (retardaci). Totéž platí pro vymezení speciální pedagogiky (postižení vs. znevýhodnění) Poznámka autorů.

odpovídají výše uvedenému vymezení. Zabývá se jak zákonitostmi výchovy a vzdělávání, tak i otázkami společenské seberealizace a jejími mezemi, možnostmi kompenzace, terapie a rehabilitace.

To se odráží i na **vztahu speciální pedagogiky k ostatním vědním oborům**. Vzhledem k jejímu pojetí jako samostatného vědního oboru v rámci pedagogických věd má nejtěsnější vztah a propojenost s **pedagogikou**. Ke svým speciálním postupům a metodám, jak edukačním, tak rehabilitačním a terapeutickým apod., speciální pedagogika využívá teoretická východiska a praktické zkušenosti z **psychologických disciplín** (například vývojová, pedagogická, sociální psychologie, psychopatologie), **medicínských oborů** (například somatologie, psychiatrie), **biologických oborů** (například fyziologie) a **sociologie**. Dále čerpá a je spjata s dalšími vědními obory, nechceme mimo řadu jiných opomenout **filozofii a etiku**.

■ 1.3 Členění speciální pedagogiky

Z výše uvedeného vymezení je zřejmé, že k dosažení tohoto cíle je nutná aplikace metod a přístupů, které se musí nutně lišit. Jiné metody a přístupy budou aplikovány pro kompenzaci a pomoc těm, kteří mají například poruchu či znevýhodnění somatické, a těm jedincům, u nichž došlo k rozvoji poruchy chování. Z tohoto důvodu a z důvodu intenzivního vědeckého rozvoje oboru speciální pedagogiky včetně její terminologie⁵ se **speciální pedagogika vnitřně člení na dílčí subdisciplíny**. Členění ve své podstatě reflektuje **druh poruchy a handicapu, a z něho vyplývající znevýhodnění vůči většinové populaci**.

Jedná se o následující dílčí disciplíny, někdy vymezované vzhledem k pojmovému teoretickému aparátu a metodice, umožňující systematické poznávání předmětu, jako vědní obor:

- **Etopedie**

Etopedie je dílčí disciplína speciální pedagogiky, jež se zabývá postižením zákonitostí výchovy, vzdělávání a také terapií a korekcí⁶ vzorců chování jedinců, kteří jsou mravně narušeni, trpí poruchami chování a mají související problémy v sociálních vztazích.

- **Psychopedie**

Psychopedie je dílčí disciplína speciální pedagogiky, jež se zabývá postižením zákonitostí výchovy a vzdělávání jedinců, kteří mají poruchu, handicap a jsou znevýhodnění v oblasti mentální. Patří sem jak vrozené, tak získané

⁵ PRŮCHA, J.: *Přehled pedagogiky. Úvod do studia oboru*. Praha, Portál 2000.

⁶ Často se setkáváme s pojmem resocializace. Zdůvodnění našeho vymezení uvádíme v kapitole XI.

poruchy a handicap. Psychopedie se také zabývá rehabilitací a terapií těchto jedinců.

- **Somatopedie**

Somatopedie je dílčí disciplína speciální pedagogiky, jež se zabývá postižením zákonitostí výchovy a vzdělávání osob, které mají handicap v oblasti fyzické (tělesné), které jsou nemocné, zdravotně oslabené, nebo mají omezenou mobilitu. Somatopedie se rovněž zabývá rehabilitací a terapií.

- **Logopedie**

Logopedie je dílčí disciplína speciální pedagogiky, jež se zabývá postižením zákonitostí výchovy a vzdělávání osob, které mají handicap v oblasti **kommunikačních schopností**. Zabývá se **odstraňováním a korekcí poruch v uvedené oblasti**.

- **Surdopedie**

Surdopedie je dílčí disciplína speciální pedagogiky, jež se zabývá postižením zákonitostí výchovy a vzdělávání osob, které mají handicap z důvodu poruchy v oblasti **vnímání sluchem**.

- **Oftalmopedie**

Oftalmopedie je dílčí disciplína speciální pedagogiky, jež se zabývá postižením zákonitostí výchovy a vzdělávání osob, které mají handicap z důvodu poruchy v oblasti **vnímání zrakem**. Někdy se můžeme setkat se starším názvem **tyflopédie** (tyflos = slepý). Přesnější vymezení je oftalmopedie, neboť předmětem jejího zájmu jsou nejen nevidomí, ale i jedinci s jinými poruchami a handicapem.

V současnosti se můžeme setkat s vymezováním dvou dalších subdisciplín⁷. Jsou jimi:

- **Speciální pedagogika osob s kombinovaným handicapem**

(jedinci s více vadami)

- **Parciální nedostatky,**

kam patří problematiky výchovy a vzdělávání osob **se specifickými poruchami učení**.

Problematikou jedinců, kteří trpí specifickými poruchami učení, se zabývá etopedie. Přistupovat k těmto jedincům odlišným způsobem než vůči těm, kteří se dopouští z různých příčin poruch chování, je dle našeho názoru zcela správné a na místě. Je otázkou, zda toto minimální znevýhodnění je vhodné označovat za poruchu. Vždyť se ve skutečnosti jedná o potíže při plnění školních požadavků, o obtíže při nabývání různých školních dovedností. Mezinárodní klasifikace nemocí zatím tyto obtíže označuje jako poruchy⁸, označení je z výše popsaných důvodů diskutováno.

⁷ PIPEKOVÁ, J. ET AL.: *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno, Paido 1998, s. 25.

⁸ *Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize*. Praha, ÚZIS ČR 1992.

V případě druhém zastáváme názor takový, že k členění speciální pedagogiky došlo zejména z důvodu nezbytnosti odlišných přístupů vzhledem k různosti druhů poruch, handicapů a následných znevýhodnění. Univerzalismus pokládáme aktuálně za překonanou etapu ve vývoji speciálně pedagogické vědy, nezbytnost multidisciplinárního přístupu nezpochybňujeme.

■ 1.4 Souhrn

Speciální pedagogiku můžeme definovat jako vědní obor, který se zabývá zákonitostmi výchovy a vzdělávání a rozvojem jedinců, kteří jsou znevýhodnění vůči většinové populaci v oblasti fyzické, psychické nebo sociální a mají speciální výchovně vzdělávací potřeby. Předmětem speciální pedagogiky jsou jedinci, kteří mají vzhledem ke svému znevýhodnění specifické (speciální) potřeby v oblasti fyzické, psychické či sociální. Základní cíl speciální pedagogiky bychom mohli vymezit jako dosažení maximální možné socializace znevýhodněného jedince s ohledem na charakter, rozsah a závažnost (stupeň) jeho znevýhodnění.

Klíčová slova:

Speciální pedagogika, Znevýhodnění, Handicap, Humanizace, Integrace, Postoj společnosti

Kontrolní otázky a úkoly:

1. Vymezte speciální pedagogiku, její předmět a cíl.
2. Popište významné trendy uplatňované ve speciální pedagogice, jak ovlivňují současné pojetí tohoto oboru?
3. Jak je vnitřně speciální pedagogika členěna? Charakterizujte jednotlivé sub-disciplíny speciální pedagogiky.

2 Znevýhodnění a integrace

Cílem této kapitoly je:

- vymezit vybrané způsoby používané pro klasifikaci a třídění handicapů a znevýhodnění, vysvětlit jejich účelnost
- vysvětlit speciálně pedagogické pojetí integrace znevýhodněných osob a související základní pojmy a kategorie

■ 2.1 Znevýhodnění a jejich klasifikace

V současnosti **můžeme ve speciálně pedagogické teorii zaznamenat následující podstatné znaky**. Ty souvisejí s aplikací řady nových paradigmat⁹, postulátů a postupů, a dále s orientací na vývoj v evropských i dalších vyspělých státech. Paradigmata současné speciální pedagogiky se v různém rozsahu promítají do jednotlivých kategorií a pojmů.

- **Poruchu** můžeme vymezit jako jakoukoliv ztrátu nebo abnormalitu v psychologické, fyziologické nebo anatomické struktuře nebo funkci.
- **Handicap** lze vymezit jako nepříznivý stav nebo situaci pro daného jedince, vyplývající z poruchy nebo defektu, který omezuje nebo znemožňuje plnění úloh, ztěžuje jeho uplatnění v porovnání s většinovou populací, ztěžuje dosahování běžných společenských cílů.
- **Znevýhodnění** je totožné s pojmem handicap, znevýhodněný jedinec je handicapovaný v důsledku poruchy nebo defektu.

Dříve se ve speciální pedagogice vycházelo při členění poruch a handicapů z lékařské terminologie. Poruchy a handicapy byly chápány jako kategorie. Na základě tohoto přístupu vznikala specializovaná zařízení pro konkrétní typy poruch a handicapů: školy pro smyslově postižené, zdravotně postižené apod. **V současnosti**, v souvislosti s integračními tendencemi, o kterých pojednáváme v další části této kapitoly, **se vychází ze stupně a rozsahu handicapu**. Znevýhodnění je chápáno jako dimenze. K souvisejícím speciálním edukačním potřebám a potřebám rozvoje je přistupováno podpůrnými opatřeními. Ti, jejichž stupeň handicapu je závažnější, se vzdělávají a rozvíjejí ve specializovaných institucích. Ostatní, tj. ti, jejichž znevýhodnění jim to alespoň i z části

⁹ JESENSKÝ, J.: *Základy komprehensivní speciální pedagogiky*. Hradec Králové, Gaudeamus 2000.

umožňuje, se společensky seberealizují v rámci většinové populace. U vzdělávání hovoříme o **hlavním vzdělávacím proudu**¹⁰.

Handicap, poruchy a znevýhodnění je možné (a pro speciálně pedagogickou praxi **účelné a nutné**) určitým způsobem třídit a **klasifikovat**.¹¹ To lze činit na základě různých pohledů a kritérií. V našem textu se seznámíme s klasifikacemi, které patří k nejčastěji používaným. Mohou sloužit i jako určité systematické vodítko pro pochopení logiky vnitřního členění speciální pedagogiky na její dílčí disciplíny. **Zejména však mohou sloužit pro chápání handicapu jako dimenze z hlediska seberealizace v souvislosti s výše zmíněnými integračními tendencemi.** Jako východiska pro tyto koncepty slouží **druh** handicapu a znevýhodnění, jeho **rozsah** (stupeň, hloubka) a hledisko **doby**, kdy k jeho vzniku došlo.

■ 2.1.1 Klasifikace handicapů a znevýhodnění podle druhu

a) poruchy tělesné (somatické)

Do této kategorie patří různé poruchy, defekty a handicapy vzniklé **v důsledku onemocnění, úrazů nebo ztráty hybnosti a mobility**. Může se jednat jak o vrozené, tak získané poruchy či defekty. K získaným patří například důsledky chronických nemocí, závažných chorob, úrazů apod.

b) poruchy komunikace

K poruchám komunikace patří velká řada problémů **spojená s vnímáním, přijímáním podnětů, s jejich zpracováním a s následnou reakcí**. Do této kategorie patří poruchy v oblasti vnímání smysly (zrak a sluch) a poruchy řeči. Zařadit do této kategorie můžeme i problematiku specifických poruch učení.

c) poruchy mentální

Do této kategorie patří různé handicapy a znevýhodnění v oblasti **rozumových schopností**. Jedná se například o důsledek vrozených defektů (mentální retardaci) a o defekty a poruchy získané v průběhu života (demence).

d) poruchy chování

Do této kategorie patří různě závažné odchylky ve vzorcích chování, které jsou z hlediska sociokulturní normy, psaných i nepsaných pravidel společenského soužití pro danou společnost nežádoucí, nechtěné nebo až nepřijatelné. Z tohoto vymezení je zřetelné, že **zásadní otázkou při jejich další klasifikaci je**

¹⁰ VÍTKOVÁ, M.: *Integrativní speciální pedagogika*. Brno, Paido 2004.

¹¹ z latinského classis=třída, facere= činit.

jejich společenská závažnost a nebezpečnost. Proto je účelné jejich další třídění na poruchy chování¹²:

- **disociální**, kdy se jedná o relativně málo společensky závažné nechtěné formy chování (například lhaní nebo vzdorovitost v dětském věku)
- **asociální**, které pro společnost představují jistou míru nebezpečí, jsou již společensky závažnější. Vyšší závažnost mají pro jejich nositele, pro společnost jsou nebezpečné sekundárně vzhledem ke svým důsledkům (typickým příkladem je závislostní chování)
- **antisociální**, kde je již z vymezení patrné, že se jedná o vzorce a způsoby chování zaměřené proti společnosti a jejím členům. Patří sem velmi závažné způsoby protisociálního chování, které jsou sankcionovány (delikvence, kriminalita)¹³

■ 2.1.2 Klasifikace handicapů a znevýhodnění podle stupně

a) handicap a poruchy lehkého stupně

Handicapy a znevýhodnění zahrnované do této kategorie bychom mohli charakterizovat jako **minimální odlišnosti od normy**, někdy i jevy ještě normální či hraniční. Defekty, poruchy a z nich vyplývající handicap lze zvládnout bez zvláštní, speciální, institucionalizované pomoci. Někdy k nápravě stačí **běžné pedagogické prostředky** (například u poruch chování v dětském věku), v některých případech je zapotřebí speciálních metod při **plné integraci do společnosti nebo prostředí školy** (metody a techniky pro specifické poruchy učení).

b) handicap a poruchy středního stupně

Handicapy a znevýhodnění středního stupně již **vyžadují speciální přístup, metody a pomoc**. Často je již zkomplikována nebo znemožněna účast na normálním vyučování. Pro práci s těmito osobami je ve většině případů nutná **účast specialistů a speciálních institucí**. V případě tělesných handicapů to mohou být školy pro děti se smyslovými poruchami, v případě rozumových handicapů školy praktické a speciální, v případě psychických poruch nebo poruch v oblasti sociálních vztahů se může rozvoj a působení na tyto jedince odehrávat v prostředí ústavní ochranné výchovy.

c) handicap a poruchy těžkého stupně

Do této kategorie patří jedinci, jejichž handicap lze charakterizovat jako potřebu celodenní speciální péče, tito jedinci jsou **plně odkázáni na pomoc okolí**

¹² Problematice etopedie, která se právě problematikou poruch chování zabývá, se věnujeme v kapitole č. 9–12 tohoto textu, proto má výše uvedené vymezení orientační charakter.

¹³ FISCHER, S.: *Etopedie v penitenciární praxi*. Ústí nad Labem, UJEP 2006.

a společnosti. Péče je vysoce specializovaná, handicap v oblasti fyzické, psychické či sociální již **velmi omezuje možnost edukace i společenské seberealizace.** Péče o tyto osoby je v naprosté většině případů realizována ve speciálních institucích. U osob s defektem v oblasti mentální jsou nutné ústavy sociální péče s celodenním pobytem. U osob s poruchami osobnosti jsou to například detenční ústavy.

■ 2.1.3 Klasifikace handicapů a znevýhodnění podle doby jejich vzniku

a) handicapy a poruchy prenatalní

- **genetické predispozice:**

Vznik a rozvoj handicapů a poruch může být podmíněn geneticky. Dle Vágnerové je jejich základem porucha struktury či funkce genetického aparátu¹⁴, různé chromozomální odchylky a aberace (typickým příkladem je trizomie 21. páru chromosomů a následný Downův syndrom)

- **vliv teratogenních faktorů:**

- **vliv chemických faktorů**, například užívání některých léků v době vývoje plodu, zneužívání psychoaktivních látek (alkohol, nikotin, drogy), různé intoxikace (například i v souvislosti s potravinami) apod.
- **vliv fyzikálních faktorů**, například vliv záření (ozáření dělohy matky v době raného těhotenství)
- **vliv biologických faktorů**, ke kterým patří mimo jiné virová a infekční onemocnění matky v průběhu vývoje plodu (virus zarděnek), zátěžové situace (stres, deprivace) apod.

b) handicapy a poruchy perinatální

- **důsledky komplikovaného, nešetrného a protražovaného porodu:**

- důsledek **asfyxie** z důvodu protražovaného porodu, dušení plodu, jehož příčinou je obtočení pupeční šňůrou, vdechnutí plodové vody
- mechanické poškození plodu (stlačení hlavičky) při klešťovém porodu a následné krvácení do mozku

c) handicapy a poruchy postnatální

- **vliv chemických, biologických a sociálních faktorů:**

- **vliv chemických faktorů**, například – stejně jako je tomu u příčin handicapů vzniklých v prenatalním období, je to zneužívání psychoaktivních látek (alkohol, nikotin, drogy), různé intoxikace v souvislosti se

¹⁴ VÁGNEROVÁ, M.: *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha, Portál 2004.

zneužíváním těchto látek, působení chemických látek a jedů v souvislosti s životním prostředím (vznik a rozvoj chronických onemocnění, karcinogenní látky) apod.

- **vliv biologických faktorů**, ke kterým patří opět virová a infekční onemocnění jedince v průběhu jeho vývoje a života (závažná onemocnění mozku), různé úrazy
- **vliv sociálních faktorů**, například nevhodné výchovné podmínky, nízká sociální úroveň, zátěžové situace jako stres, deprivace, strádání až izolace, a to psychická i senzorická, apod.

Poruchy a handicapy mohou vznikat **v průběhu celého života**, míra rizika je odlišná vzhledem k věku a typu, druhu poruchy (například pro virové onemocnění je více rizikový věk malého dítěte, pro závislostní chování je to věk adolescentní, pro rozvoj atroficko degenerativních demencí je to stáří).

■ 2.2 Znevýhodnění a možnosti integrace

Předmětem speciální pedagogiky jsou osoby s různým druhem a stupněm znevýhodnění, k jehož vzniku došlo v různé době. Cílem speciální pedagogiky je **integrace** těchto jedinců do většinové společnosti. Jedná se o integraci **adekvátní**.

Postoj a přístup ke znevýhodněným spoluobčanům se totiž může pohybovat mezi dvěma protipóly, kterými jsou integrace a segregace. Současný postoj české speciální pedagogiky směřuje jednoznačně k integraci znevýhodněných jedinců do většinové („zdravé“) populace. Jedná se o ukazatel úrovně povědomí a kulturní vyspělosti naší společnosti.

V rámci integračního procesu je nezbytné vymezit hranice integrace. Ty jsou dány druhem a stupněm znevýhodnění. Ta mohou být taková, že lze jedince integrovat bez větších problémů. Mohou být také taková, že integrační proces je obtížný a problematický. Existují i handicap, kdy integrace prakticky není možná, kdy je nutný například trvalý ústavní pobyt.

- **integraci** (z latinského integer = neporušený) můžeme vymezit jako snahu o **úplné zapojení** handicapovaného jedince, splynutí, začlenění a zapojení ve společnosti. WHO definuje integraci jako sociální rehabilitaci, jako schopnost osoby podílet se na obvyklých sociálních procesech.
- **integrované vzdělávání** můžeme v souladu s výše uvedenou definicí vymezit jako **úplné zapojení jedince do běžného edukačního procesu**. Obvyklé edukační procesy se přes znevýhodnění odehrávají v rámci běžného školního prostředí.
- **segregace** (z latinského segregatio = oddělování), je opačným pojmem integrace, jedná se o společenské oddělování, vylučování.

Integrativní snahy jsou popisovány v následujících modelech¹⁵:

- **medicínský model**,
který vychází z biologických, organických nebo funkčních příčin. Vede k péči, která je orientována medicínsky. Cílem je léčba a překonání poruchy a handicapu. Integrace znamená reintegraci po léčbě, změna školského systému není nutná, integrace spočívá v přizpůsobení se stávající struktuře.
- **sociálně patologický model**
vychází z toho, že integrační obtíže nevycházejí z biologických odlišností, ale z problémů sociálních. Základním problémem je otázka společenské přizpůsobivosti a diskriminace. Integrace je podporována speciální terapií.
- **model prostředí**
řeší otázku, jak se má škola či jiné zařízení či instituce změnit, aby změna byla ve prospěch znevýhodněného jedince. Jedinci jsou integrováni do běžného prostředí, které se mění vzhledem ke specifčnosti potřeb všech účastníků.
- **antropologický model**,
u něhož nejde primárně o zlepšení prostředí, úpravy, speciální nabídku, ale o lepší interpersonální vztahy a interakce. Jedná se nejen o to, aby se handicapovaní jedinci mohli podílet na společenské seberealizaci dohromady s okolím, ale zejména je důležité vzájemné respektování všech s ohledem na jejich jedinečnost a potřeby.

Integrace se pokládá za **vzájemný proces, ve kterém se obě strany k sobě přibližují a mění se**. Roste oboustranná pospolitost a sounáležitost. Cílem integrace je vytvoření akceptace znevýhodněných a „zdravých“ – to znamená dávat i brát na obou stranách. Akceptace může být různá. Můžeme se setkat se třemi procesy přizpůsobení v rámci integrace¹⁶.

- **asimilace**
Asimilace znamená, že se handicapovaný jedinec vypořádá se způsoby a pravidly chování většiny a že je převezme tak dalece, jak toho bude schopen.
- **akomodace**
Akomodace rovněž znamená přizpůsobení se způsobům a pravidlům většiny, chybí však nutnost (tlak) na potlačování odlišností. Handicapovaný jedinec si utváří pozitivní sebeobraz.
- **adaptace**
Adaptací se rozumí oboustranné přizpůsobování obou stran. Cílem je vzájemné úsilí o přiblížení se.
K rozsáhlým, stále probíhajícím a interaktivním formám integrace vede právě vzájemná adaptace.

¹⁵ BÜRLI, A.: *Sonderpädagogik international, Vergleiche, Tendenzen, Perspektiven*. Luzern, Edition SZH 1997.

¹⁶ VÍTKOVÁ, M.: *Integrativní speciální pedagogika*. Brno, Paido 2004.

■ 2.3 Souhrn

Handicapy, poruchy a znevýhodnění je pro speciálně pedagogickou praxi účelné a nutné určitým způsobem třídit a klasifikovat. K často používaným patří koncepce pracující s druhem a stupněm handicapů a nebo s dobou, kdy došlo k jejich vzniku. Handicap (znevýhodnění) omezuje nebo znemožňuje plnění úloh, dosahování běžných společenských cílů. Cílem speciální pedagogiky je integrace znevýhodněných jedinců do většinové společnosti. Integraci můžeme vymezit jako snahu o úplné zapojení handicapovaného jedince, splynutí, začlenění a zapojení ve společnosti.

Klíčová slova:

Handicap, Znevýhodnění, Klasifikace handicapů a znevýhodnění, Integrace, Adaptace, Segregace

Kontrolní otázky a úkoly:

1. Vymezte pojmy porucha, handicap, znevýhodnění.
2. Vysvětlete podobněji klasifikaci handicapů podle doby jejich vzniku. Jak se liší faktory v prenatálním a v postnatálním období?
3. Vysvětlete integrační cíle a snahy speciální pedagogiky. Jakým způsobem se mohou znevýhodněné osoby zapojit a podílet na společenském dění?

Cílem této kapitoly je:

- vymezit základní cíle, poslání, charakteristiku a metody speciálně pedagogické diagnostiky
- vymezit a charakterizovat základní (obecné) metody speciálně pedagogické praxe

■ 3.1 Speciálně pedagogická diagnostika a její obecné cíle

Nedílnou součástí vědního oboru speciální pedagogika je speciálně pedagogická diagnostika. **Obecným cílem speciálně pedagogické diagnostiky je co možná nejlépe a nejpečlivěji rozpoznat a charakterizovat konkrétní handicap, a to v oblasti fyzické, psychické a sociální.** Další cíle a úkoly speciálně pedagogické diagnostiky jsou specifické a spočívají mimo jiné ve:

- vymezení, které jevy do speciální pedagogiky patří obecně, co je předmětem jejího zájmu a co není¹⁷,
- stanovení, zda je konkrétní vyšetřovaný (diagnostikovaný) jedinec předmětem zájmu speciální pedagogiky,
- rozpoznání, zda je jedinec s vyšší pravděpodobností ohrožen vznikem handicapu,
- rozpoznání a stanovení, zda je znevýhodnění, které již existuje, ve fázi začínající či vyvinuté (do jaké míry z hlediska fixace),
- stanovení příčin, které zvyšují pravděpodobnost handicapu či které k němu a jeho rozvoji již vedly,
- stanovení následných metod a postupů, které by ve svém důsledku vedly k odstranění, korekci a eliminaci handicapu.

Vzhledem k tomu, že příčiny vzniku handicapů a znevýhodnění jsou multifaktoriální, je nutné konstatovat, že **nedílnou součástí speciálně pedagogické diagnostiky je multidisciplinarita.** Na diagnostice (i na následné edukaci a rozvoji) jedince se spolupodílí řada specialistů. Zejména se jedná o specialisty jednotlivých dílčích disciplín speciální pedagogiky, dále o psychology, jako naprosto nezbytné se jeví stanovisko lékařské. Do diagnostického procesu a následné péče také vstupují duchovní, sociální pracovníci a další specialisté a terapeutičtí pracovníci. Multidisciplinární přístup zvyšuje účinnost odborné intervence a pomoci.

¹⁷ SOVÁK, M. ET AL.: *Defektologický slovník*. Praha, SPN 1984, s. 79.

Zjištění příčin, které vedly k následnému znevýhodnění (nebo zvyšují pravděpodobnost jeho vzniku) má pro speciální pedagogiku a její praxi značný význam. Se znalostí příčin totiž souvisí následný výběr edukačních metod a metod rozvoje osob se speciálními potřebami a také způsob jejich aplikace. V rámci vyšetření a diagnostiky je rovněž možné také odhalit eventuální další poruchy.

Výsledkem speciálně pedagogické diagnostiky je **diagnóza** (z řeckého *gnósis* = poznávání). **Diagnózu můžeme charakterizovat jako komplexní posouzení jedince pro proces speciálně pedagogické péče, a to z hlediska fyziologického (zdravotního), psychologického a sociálního. Je východiskem pro výběr, stanovení a způsob aplikace edukačních metod a metod rozvoje znevýhodněného jedince.**

■ 3.2 Charakteristika speciálně pedagogické diagnostiky

Diagnostický proces **není ukončen jedním stanoviskem**. Speciálně pedagogická diagnostika **má dynamický, kontinuální charakter**. Můžeme hovořit o třech základních fázích¹⁸, ve kterých diagnostika probíhá:

- **vstupní diagnostické vyšetření** (úvodní zpráva),
- **průběžné diagnostické šetření** (dílčí, průběžná zpráva),
- **závěrečná diagnostické posouzení** (závěrečná, hodnotící zpráva).

Diagnostické vyšetření je zaměřeno obecně na komplexní poznání příčin a charakteru handicapu konkrétního jedince. Vzhledem k další práci a její prognóze a způsobu, jakým budeme s konkrétním jedincem pracovat, je nezbytná také znalost jeho osobnosti (psychických funkcí, vlastností, předpokladů apod.). To je zásadním úkolem úvodního diagnostického vyšetření.

Druhá fáze spočívá v řadě průběžných šetření, pozorování a hodnocení výsledků speciálně pedagogické práce. Cíl těchto diagnostických šetření může spočívat v upřesnění původního diagnostického stanoviska vzhledem k novým zjištěním i zkušenostem, a zejména v **posouzení efektivity edukačních metod a metod rozvoje a práce s klientem z kvalitativního i kvantitativního hlediska**. Upřesnění vstupní diagnózy se může týkat například případů rozvoje různých dalších poruch.

Edukační proces a rozvoj handicapovaného jedince, a tedy i úsilí speciálních pedagogů o dosažení maximální možnosti rozvoje jedince, je z hlediska diagnostiky posuzován vyšetřením závěrečným. To následuje po předem stanovené době, pevně časově i obsahově ohraničeném úseku práce (školní docházka, pobyt v ústavu, apod.). Hlavním úkolem je posouzení efektivity práce, stupně dosažení stanovených cílů, změny klienta z pohledu jeho znevý-

¹⁸ FISCHER, S.: *Etopedie v penitenciární praxi*. Ústí nad Labem, UJEP 2006.

hodnění. **Závěrečná diagnóza se může stát diagnózou vstupní, východiskem pro další práci.**

■ 3.3 Základní metody speciálně pedagogické diagnostiky

V této části textu se zabýváme výčtem metod, které jsou nejčastěji používány v rámci diagnostiky handicapovaného jedince. **Proto je nelze zaměňovat za metody speciálně pedagogického výzkumu, a to přesto, že mohou být některé zcela pochopitelně totožné!**

Metody speciální diagnostiky lze dělit různým způsobem. Vhodné je dělení na metody **klinické a testové**¹⁹.

• metody klinické

Cílem klinických metod speciálně pedagogické diagnostiky je **sběr dat a základních údajů o vyšetřovaném jednotlivci**. Jedná se o **nestandardní postupy**, které nejsou psychometricky podloženy. Klinické metody mají idiografický charakter (jsou orientovány na poznání individua, jedinečnosti). Ke klinickým metodám patří zejména:

- **pozorování**, spočívající v záměrném systematickém pozorování jedince, s cílem rozpoznat důležité znaky a charakteristiku jeho handicapu. Tato metoda slouží dále ke zjišťování osobnostních vlastností, specifčnosti sociálních vztahů, které šetřený jedinec manifestuje zjevným způsobem. **Pozorování probíhá zaměřeně, za pevně stanovených podmínek** (může být i náhodné, mající orientační význam). Může mít formou přímou či nepřímou, zúčastněnou nebo nezúčastněnou.
- **rozhovor (interview)**, který je poměrně náročnou diagnostickou metodou, vyžadující vyšší zkušenost posuzovatele. Rovněž s touto metodou souvisejí vyšší nároky na schopnost interpretace dosažených zjištění. Rozhovor probíhá podle určitých kritérií a pravidel. Interview může mít různou formu: **strukturovanou, polostrukturovanou nebo nestrukturovanou**. Zde je vyhodnocení těžší, ale tato forma nám může přinést nečekané poznatky²⁰.
- **rodinná anamnéza (RA)**, (z řec. anamnesis = rozpomenutí), která zjišťuje důležité údaje o rodičích i prarodičích, o sourozencích nebo o dalších rodinných příslušnících. Zkoumá případný výskyt neobvyklých jevů abnormalit a patologií v rodině.
- **osobní anamnéza (OA)**, navazuje na rodinnou anamnézu a je zaměřena na postižení biologického, psychomotorického a sociálního vývoje šetřeného

¹⁹ SVOBODA, M., VÁGNEROVÁ, M., KREJČÍŘOVÁ, D.: *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha, Portál 2001.

²⁰ GAVORA, P.: *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno, Paido 2000.

klienta. Vývoj se snaží postihnout již od prenatálního období, zjišťuje průběh období perinatálního a postnatálního. Obecně se zabývá všemi neobvyklostmi, abnormalitami, ale pečlivě hodnotí i působení různých faktorů (biologických, chemických, fyzikálních a sociálních) na jedince a jeho dosaavadní vývoj. Součástí anamnestického vyšetření je i **získávání poznatků o prostředí**, ve kterém se jedinec vyskytoval, ve kterém docházelo k interakcím významným z hlediska jeho handicapu. Nejčastěji je to škola či zaměstnání. Zjišťování stavu a vývoje klienta po léčbě v určitém časovém odstupu se označuje jako **katamnéza**.

- **analýza produktů činnosti.** Cenným nástrojem v diagnostické praxi jsou výsledky činnosti šetřeného jedince a jejich rozbor. Může se jednat například o kresby, básně, výrobky. Velmi **významnou hodnotu mají dopisy, deníky a další obdobné dokumenty**. Za spontánní produkt využitelný v diagnostice lze považovat i písmo (rukopis). Ve shodě s Říčanem²¹ je nutné upozornit na disciplinovanost, odbornou erudici, střízlivost při činění závěrů. **Analýza produktů činnosti vyžaduje značnou schopnost interpretace zjištěných skutečností. Grafologie není všemocná, může být vhodným doplňkem, součástí testové baterie!**

• metody testové

Testové metody představují **standardizovaný** způsob vyšetření, při kterém se dodržují určitá pravidla, užívají jednotné pomůcky a jednotným způsobem se vyhodnocují získané poznatky²². Test je v podstatě experimentem, neboť vyvolává reakci šetřené osoby v kontrolovaných podmínkách.

Cílem aplikace testových metod je realizovat **specializované vyšetření s následným odborným stanoviskem**. Tyto písemné i ústní explorační metody nám přinášejí cenné poznatky o různých oblastech, které vyšetřujeme. **Většinou zkoumáme jejich prostřednictvím určité vymezené osobnostní znaky²³**: schopnosti a vlastnosti. Ve speciální pedagogice to může být například oblast kognitivních procesů (myšlení, inteligence, paměť, učení), otázka postojů, zájmů, potřeb a hodnot, získávání poznatků o negativních jevech souvisejících s prostředím rodiny či školy apod. Aplikace těchto metod si často vyžaduje multidisciplinární přístup (viz kapitolu 3.1.).

Vedle idiografického charakteru mají i charakter **nomotetický** (vzhledem ke standardizaci mohou zobecňovat a nacházet analogické znaky). Testových metod a technik diagnostiky je celá řada. K základním metodám patřícím do této skupiny se řadí:

²¹ ŘÍČAN, P.: *Psychologie osobnosti*. Praha, Orbis 1972.

²² SVOBODA, M.: *Psychologická diagnostika dospělých*. Praha, Portál 1999.

²³ KERN, H., ET AL.: *Přehled psychologie*. Praha, Portál 1999.

- **výkonové testy.** Výkonové testy, nebo také testy schopností, patří k známým diagnostickým metodám. Jsou poměrně dobře propracovány, poskytují dobrou možnost měření a následného srovnání. Patří sem například **testy inteligence** (jednodimenzionální i komplexní). Dále jsou to **testy speciálních schopností a jednotlivých psychických funkcí** (paměti, zkoušky kreativity, testy organicity atd.) a **testy vědomostí** (například didaktické).
- **testy osobnosti.** Konstrukce této skupiny testů reflektuje různé osobnostní teorie. Vnitřní dělení těchto metod vyplývá z jejich vnější charakteristiky. Patří sem metody **projektivní, objektivní, dotazníky a posuzovací stupnice.**

■ 3.4 Obecné metody speciálně pedagogické praxe

Níže uvedený přehled základních metod speciálně pedagogické praxe, tj. procesu edukace a rozvoje znevýhodněného jedince, platí přiměřeně pro všechny druhy handicapů v oblasti fyzické, psychické a sociální. **Jejich společným základním posláním je odstranění nebo dosažení alespoň částečné eliminace negativních aspektů, které se znevýhodněním souvisejí. Dále je to nalezení alternativních, speciálních způsobů uspokojování edukačních potřeb a potřeb rozvoje znevýhodněného člověka.**

Jedná se o následující metody speciální pedagogiky:

- **reedukace**

Reedukaci (z lat. Re = zpět, znovu, edukace = výchova) můžeme vymezit jako souhrn postupů speciální pedagogiky, kterými můžeme zlepšit a, přiměřeně k možnostem konkrétního jedince, **zdokonalit výkonnost poškozené či narušené funkce**²⁴. S metodou reedukace souvisí přístup **monosenzoriální a multisenzoriální** (monos = jeden, kultus = mnohý, census = smysl). Monosenzoriální přístup spočívá v maximálním využití všech možností pro rozvoj funkce. Multisenzoriální vychází z tvorby podpůrných asociací z jiných smyslových oblastí pro rozvoj reedukované funkce.

- **kompensace**

Kompensaci (z lat. Compensatio = vyvážení, vyrovnání) lze vymezit jako souhrn postupů speciální pedagogiky, zaměřený na **zlepšení a zdokonalení jiných funkcí** než funkce narušené či poškozené. Podstatným rysem je **multisenzoriální přístup.**

- **rehabilitace**

Rehabilitaci (z lat. Habilitas = schopnost, re = znovu) lze vymezit jako souhrn postupů speciální pedagogiky, zaměřených na úpravu společenských vztahů, **možností společenské a pracovní seberealizace.** Cílem je subjek-

²⁴ SOVÁK, M.: *Nárys speciální pedagogiky*. Praha, SPN 1983.

tivní uspokojení speciálních potřeb handicapovaného jedince. Navazuje na předchozí metody.

Vzhledem k výše uvedeným cílům rehabilitace tento proces zasahuje řadu aspektů a oblastí společenského života. Proto se objevuje i přístup, hovořící o **komprehenzivní (ucelené) rehabilitaci**²⁵. Rehabilitace je komplexně realizována v oblasti:

- **léčebné** – léčba medikamentózní, operace, rehabilitace, fyzioterapie
- **výchovně vzdělávací** – výchova a vzdělávání obecně, profesní příprava
- **pracovní** – kvalifikace a rekvalifikace, rozvoj dovedností a návyků, zvyšování profesní a odborné pracovní úrovně
- **sociální** – pomoc při zajištění zaměstnání, bydlení, úkonů nutných k životu ve společnosti
- **psychologické** – psychoterapie, ovlivňování motivace a postoju
- **technické** – protézy a pomůcky, bezbariérové přístupy
- **právní** – legislativní opora k zajištění práv a nezbytné péče
- **ekonomické** – organizace specifické pracovní činnosti jedinců s handicapem
- **speciální výchova a vzdělávání**
Pod touto „metodou“ se skrývá možnost výchovy a vzdělávání znevýhodněných dětí, mládeže i dospělých v rámci institucí a zařízení **školské soustavy**. Rovněž sem patří **jiné formy** vzdělávání a výchovy z hlediska charakteru institucí (ústavní výchova). Tato problematika je velmi obsáhlá. **Podrobnější přehled je součástí dalších kapitol** tohoto učebního textu, jejichž obsahem je problematika práce, a tedy i edukace osob s konkrétním typem znevýhodnění.
- **prevence**
Prevenci (z latinského *praeventus* = zákrok předem, ochrana) lze rovněž zařadit mezi metody speciálně pedagogické praxe. Speciálně pedagogická prevence může být:
 - **primární**, kdy se jedná o soubor opatření majících za cíl **zabránění vzniku** poruchy nebo defektu a následného handicapu,
 - **sekundární**, kdy se jedná o opatření a postupy mající za cíl zabránit negativnímu vývoji již existující či vzniklé poruchy a defektu,
 - **terciární**, spočívající v ochraně společnosti a okolí, tento stupeň prevence má opodstatnění v etopedické péči²⁶.

První dvě metody (reedukace, kompenzace) jsou zaměřeny na **příčiny** handicapu, tj. na konkrétní poruchu. Další dvě metody (rehabilitace, speciální

²⁵ JESENSKÝ, J.: *Základy komprehenzivní speciální pedagogiky*. Hradec Králové, Gaudeamus 2000.

²⁶ FISCHER, S.: *Etopedie v penitenciární praxi*. Ústí nad Labem, UJEP 2006.

výchova a vzdělávání) jsou zaměřeny na **eliminaci důsledků** handicapu. **Prevence** je zaměřena na **předcházení vzniku handicapů** a znevýhodnění nebo jejich dalšímu negativnímu vývoji.

■ 3.5 Souhrn

Jedním ze základních východisek pro speciálně pedagogickou praxi je speciálně pedagogická diagnostika. Diagnóza je výsledkem týmové kooperace specialistů, speciálních pedagogů, etopeda, psychologa, lékaře, sociálního pracovníka a případně potřeb dalšího specialisty. Závěry diagnostiky můžeme charakterizovat jako komplexní posouzení jedince pro proces speciálně pedagogické péče, a to z hlediska fyziologického (zdravotního), psychologického a sociálního. Jsou východiskem pro výběr, stanovení a způsob aplikace edukačních metod a metod rozvoje znevýhodněného jedince.

K základním metodám speciálně pedagogické praxe patří metody reedukace, kompenzace a rehabilitace. Lze sem zařadit i metodu speciální výchovy a vzdělávání samu o sobě. Tyto metody jsou zaměřeny na příčiny a na eliminaci důsledků handicapu.

Klíčová slova:

Speciálně pedagogická diagnostika, Diagnóza, Anamnéza, Klinické metody a testy, Reedukace, Kompenzace, Rehabilitace, Speciální výchova a vzdělávání

Kontrolní otázky a úkoly:

1. V čem spočívá poslání a význam speciálně pedagogické diagnostiky?
2. Uveďte přehled nejpoužívanějších diagnostických metod. Mezi které metody byste zařadili analýzu písemného projevu?
3. Vysvětlíte rozdíl mezi reedukací a kompenzací. Co je míněno pod pojmem ucelené (komprehenzivní) rehabilitace?

Problematika edukace a rozvoje osob se somatickým znevýhodněním

4 Osoby s tělesným postižením a jejich edukace

Cílem této kapitoly je:

- charakterizovat a vymezit zdravotní a tělesného postižení
- vymezit význam a úkoly somatopedie
- popsat syndrom centrální parézy, zejména dětskou mozkovou obrnu
- specifikovat jednotlivé formy DMO, popsat psychomotorický vývoj postiženého jedince
- seznámit se s používanými terapeutickými a rehabilitačními postupy v souvislosti s DMO
- seznámit se s periferními obrnami, malformacemi, myopatiemi
- seznámit se s edukačními důsledky tělesného postižení a se systémem vzdělávání tělesně postižených osob v ČR

■ 4.1 Vymezení zdravotního a tělesného postižení

V řadě případů prezentovaných např. v médiích pojmy zdravotní a tělesné postižení v podstatě splývají. Někdy bývají udávána jako synonyma, jindy jako souhrnný pojem. Zákon č. 561/2004 Sb.²⁷ zařazuje **tělesné postižení** (vedle mentálního, zrakového nebo sluchového postižení, vad řeči, souběžného postižení více vadami, autismu a vývojových poruch učení nebo chování) jako jednu z forem **zdravotního postižení**. Jako **zdravotní znevýhodnění** je pak chápáno zdravotní oslabení, dlouhodobá nemoc nebo lehčí zdravotní poruchy vedoucí k poruchám učení a chování, které vyžadují zohlednění při vzdělávání. Zákon č. 435/2004 Sb.²⁸ hovoří v širších souvislostech o zdravotním postižení a rozděluje zdravotně postižené občany pro účely uplatnění v soustavném zaměstnání do tří kategorií podle stupně zdravotního postižení:

- **osoba zdravotně znevýhodněná** (dříve občan se změněnou pracovní schopností)

²⁷ Zákon o předškolním, základním a středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání

²⁸ Zákon o zaměstnanosti

- **osoba se zdravotním postižením** (pobírá částečný invalidní důchod)
- **osoba s těžším zdravotním postižením** (pobírá plný invalidní důchod)

H. Gruber a V. Lendl (1992)²⁹ vymezují tělesné postižení jako **přetrvávající nebo trvalé nápadnosti v pohybových schopnostech se stálým nebo značným vlivem na kognitivní, emocionální a sociální výkony**. Veřejnost vnímá tělesně postiženého jedince obvykle jako člověka, jehož motorický handicap je naprosto zjevný a nepřehlédnutelný. Základním symptomem tělesného postižení je tedy **porušení motoriky**, a to jak z hlediska kvalitativního, tak kvantitativního. U tělesně postižených se jedná o viditelné postižení dolních či horních končetin.

Tělesná postižení mohou být **vrozená** (kongenitální) nebo **získaná**. Vrozené vady vznikly v průběhu prenatálního vývoje, v průběhu porodu nebo krátce v postnatálním období. Získaná postižení jsou způsobena buď úrazem, nebo různými chorobami a jejich následky, které mají negativní vliv na pohybové ústrojí. Získaná postižení mohou vzniknout v kterémkoliv období života člověka. M. Vítková (1999)³⁰ chápe tělesné postižení jako **vady pohybového a nosného ústrojí, tj. kostí, kloubů, šlach i svalů a cévního zásobení, jakož i poškození nebo poruchy nervového ústrojí, které se projevují porušenou hybností**. Ať už tato poškození vznikají na základě dědičnosti, nemoci nebo úrazem.

Vzhledem k tomu, že pohyb je jedním ze základních životních projevů člověka, projevuje se jeho nedostatečnost i v psychické oblasti. Psychika těchto lidí je často ovlivněna nápadností postižení. Tato nápadnost je veřejností často chápána jako určité stigma. Toto společenské označení v postiženém vyvolává řadu nepříjemných pocitů, které mohou vyústit v pocity méněcennosti. Tělesné postižení má z psychologického hlediska dva základní aspekty: **nedostatečnost pohybových kompetencí a deformovaný zevnějšek**. Rozhodující je **úroveň soběstačnosti**, která je dána schopností samostatné lokomoce a sebeobsluhy (především schopností používat ruce). Tyto dva aspekty jsou určující z hlediska závislosti postiženého jedince na jiných lidech a z hlediska jejich možných pracovních aktivit. Lidé s tělesným postižením však nebývají nikdy plně samostatní, vždy se najdou situace, v nichž budou závislí na zdravých. Na druhou stranu pohybově postižení mají, pokud je zvolen vhodný kompenzační prostředek a okolí není plné bariér, dobré vyhlídky na integraci do majoritní společnosti. Je třeba konstatovat, že viditelná tělesná deformace má vždy sociální dopad, jenž může být větší, než je vliv funkčního handicapu daného druhem postižení. Nápadné změny snižují status postiženého jedince a nepříznivě ovlivňují jeho sociální hodnocení i akceptaci okolím, včetně sebehodnocení (M. Vágnerová, 2000).³¹

²⁹ GRUBER, H., LENDL, V.: *Allgemeine Sonderpädagogik*. Wien, 1992.

³⁰ VÍTKOVÁ, M.: *Somatopedické aspekty*. Brno, Paido 1999.

³¹ VÁGNEROVÁ, M.: *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 2. vyd., Praha, Portál 2000.

K tělesnému postižení se často přidružují i další postižení, která výrazně snižují úroveň soběstačnosti a zvyšují nároky na péči o takto postižené jedince. Jedná se zejména o mentální retardaci, epilepsie, těžké vady zraku nebo sluchu.

Propedeutické disciplíny somatopedie

Somatopedie se opírá o poznatky především těchto disciplín, které lze ve vztahu k somatopedii chápat jako propedeutické:

- **somatologie** ve smyslu anatomie a fyziologie orgánů, orgánových soustav a lidského organismu jako celku,
- **neurofyziologie** zabývající se neuromotorickou koordinací, hrubou i jemnou motorikou, mluvní motorikou a grafomotorikou,
- **somatopatologie** a neuropatologie vyšší nervové soustavy, zabývající se vznikem a vývojem chorob,
- **pediatrie**, ze které jmenujme především dětskou ortopedii, chirurgii, neurologii a psychiatrii,
- **kineziologie** zabývající se biologickými a fyzikálními zákonitostmi lidského těla a jeho motoriky,
- **ortopedická protetika**, která se zabývá principy konstrukce ortopedických pomůcek, přístrojů, protéz atd.

■ 4.2 Vymezení a význam somatopedie

Výchovou a vzděláváním osob s tělesným postižením a zdravotním znevýhodněním se zabývá vědní obor speciální pedagogiky, nazývaný somatopedie. Vedle výchovně vzdělávací funkce zahrnuje somatopedie rovněž péči směřující k socializaci nebo resocializaci dětí, mládeže i dospělých (F. Kábele et al, 1993).³² Somatopedie jako samostatný obor se vyvinula mnohem později než péče o osoby mentálně a smyslově postižené. Vznik oboru můžeme klást do roku 1946, kdy na Pedagogické fakultě UK v Praze vznikla tzv. defektologie, později nazývaná jako defektologie orthopedická, dnes somatopedie.

Význam somatopedie

Ve kterémkoliv stadiu vývoje se v lidské společnosti vždy nacházelo určité procento jedinců s tělesným postižením či zdravotním znevýhodněním. V historických dobách šlo především o postižení jedince následkem zranění získa-

³² KÁBELE, F., KOLLÁROVÁ, E., KOČÍ, J., KRACÍK, J.: *Somatopedie*. Praha, Karolinum 1993.

ných během četných válek. Vyskytovaly se však i kongenitální malformace, jejichž oběti bývaly označovány za ďáblovzy zplozence a pod vlivem církevní inkvizice, ale i mnoha náboženských reformátorů nezřídka upalovány. Na zdravotních oslabeních se podepisovaly především infekční choroby – mor, cholera, tuberkulóza, tyfus, později např. španělská chřipka apod.

V současné době je nejvýznamnější příčinou tělesného postižení **dětská mozková obrna (DMO)**. Klienti s DMO tvoří přibližně polovinu všech svěřenců v ústavech sociální péče (ÚSP) a školách pro tělesně postižené a zdravotně oslabené (F. Kábele et al, 1993).³³ Ve srovnání s minulými dobami nedochází zřejmě k nárůstu počtu dětí narozených s DMO, ale pokrok lékařské vědy umožňuje nyní přežít i jedincům, kteří by dříve na následky svého postižení umírali. Výrazně však vzrůstá množství tzv. civilizačních chorob a jejich následků (nemoci oběhové soustavy, onkologická onemocnění, duševní choroby atd.). Objevují se rovněž nebezpečné virové choroby – AIDS (virus HIV), ptačí chřipka (virus H5N1), krvácivá horečka (virus Ebola) atd. Civilizační vlivy se projevují i ve vyšším výskytu pracovních úrazů, otrav různými škodlivými látkami, chorob způsobených vlivem ionizujícího záření a především vzrůstem počtu úrazů s trvalými následky, způsobených při dopravních nehodách.

Léčebná, rehabilitační a výchovně vzdělávací zařízení pro tělesně postiženou a zdravotně oslabenou mládež jsou proto stále nevyhnutelně potřebná. Následující tabulka ukazuje počty tělesně postižených žáků v mateřských a základních školách v letech 1993–2006:³⁴

Tabulka I. Počty tělesně postižených žáků v mateřských a základních školách

rok	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Celkové počty žáků s tělesným postižením														
celkem	2628	3379	3055	3262	3297	3413	3625	3763	3531	3380	3589	3690		
Počty individuálně integrovaných žáků s tělesným postižením														
celkem	2582	1922	1385	1472	1526	1602	1670	1748	1738	1771	1749	1712	1623	1570
Počty tělesně postižených žáků ve speciálních třídách														
celkem		5	14	18	3	24	39	53	61	75	75	73	1135	1065

Výrazný nárůst počtu tělesně postižených žáků ve speciálních třídách v letech 2005 a 2006 je důsledkem legislativních změn. Některé dříve samostatné speciální školy byly formou speciálních tříd integrovány do běžných škol.

³³ KÁBELE, F., KOLLÁROVÁ, E., KOČÍ, J., KRACÍK, J.: *Somatopedie*. Praha, Karolinum 1993.

³⁴ *Statistické výkazy*. [online] Dostupné: <http://founder.uiv.cz/virtodd/vyber.asp>. cit. [8. 12. 2006]

Z těchto statistických údajů vyplývá rozsah potřebné péče a nároky na počet kvalifikovaných učitelů a vychovatelů zabývajících se výchovou a vzděláváním žáků s tělesným postižením. Jejich úzkou spoluprací s dalšími pomáhajícími profesemi (lékaři, psychologové, sociální pracovníci atd.) je možné tělesné postižení alespoň částečně kompenzovat, a tak zmírnit dopad postižení na osobnost a psychický vývoj jedince (B. Welmitz, B. Pawel, 1993).³⁵

■ 4.3 Centrální obrny

Nervová soustava člověka zahrnuje jednak centrální nervovou soustavu, a jednak periferní nervy. **Centrální nervová soustava** se skládá z **mozku** a **míchy**. Hovoříme-li o centrálních obrnách, máme na mysli postižení centrální nervové soustavy, které se podle rozsahu a stupně závažnosti dělí na **parézy**, které představují částečné ochrnutí, a **plegie**, představující úplné ochrnutí. Podle lokalizace postižené části těla se pak parézy a plegie dále dělí:

- **diparéza (diplegie)** představuje ochrnutí dolní části těla, především dolních končetin,
- **hemiparéza (hemiplegie)** představuje vertikální ochrnutí poloviny těla, přičemž je v důsledku překřížení nervových drah ochrnutá vždy opačná polovina těla, než na které je lokalizována léze mozku. Hemiparéza tedy může být levostranná nebo pravostranná. Při hemiparézě je vždy více postižena horní končetina než dolní končetina. Při pravostranné hemiparéze se častěji vyskytují poruchy řeči vzhledem k lokalizaci korové Brodmanovy arey 44 a 45, která je považována za tzv. Brocovo centrum řeči, v levé části frontálního laloku koncového mozku (P. Chlebus et al, 2004).³⁶
- **kvadruparéza (kvadruplegie)** představuje částečné, resp. úplné ochrnutí všech čtyř končetin. Úplná ochrnutí vznikají nejčastěji následkem úrazu, v jehož průběhu došlo k přerušení míchy (skoky do vody, dopravní nehody atd.) nebo jako důsledek rozsáhlého krvácení do mozku.

Při vzdělávání tělesně postižených se nejčastěji setkáváme s tzv. **syndromem centrální parézy**, který vzniká v důsledku léze (zranění, poškození) mozku. Obrny mohou být způsobené mozkovými záněty, mozkovými nádory, zraněním hlavy (tzv. traumatické obrny) či postupujícím degenerativním onemocněním mozku a míchy. Mohou se objevit jako následek ictus cerebri, krvácení do mozku či nedokrvení v důsledku embolie atd. Nejvýznamnější z těchto centrálních paréz je dětská mozková obrna (infantilní cerebrální paréza, Littleova nemoc, Cerebral Palsy).

³⁵ WELMITZ, B., PAWEL, B.: *Körperbehinderung*. Berlin, Ullstein Mosby 1993.

³⁶ CHLEBUS, P., ET AL.: Lokalizace korových řečových center a hodnocení jejich lateralizace pomocí funkční MRI, *Neurologie pro praxi*, 2004, č. 3, s. 172–175.

■ 4.3.1 Základní údaje o dětské mozkové obrně

Dětská mozková obrna (DMO) je zastřešující pojem pro označení skupiny chronických onemocnění charakterizovaných **poruchou centrální kontroly hybnosti**, která se objevuje v několika prvních letech života (max. do 4. roku života) a která se zpravidla v dalším průběhu nezhoršuje. J. Tichý (1998)³⁷ definuje DMO jako **syndrom nepokračujícího postižení nezralého mozku**. DMO není nakažlivá (na rozdíl od poliomyelitidy, známé též jako dětská obrna) ani dědičná. Přes veškerý dosavadní výzkum není toto onemocnění vyléčitelné, ani neexistuje jeho spolehlivá prevence. Současná medicína přesto nabízí nemocným s DMO pomoc alespoň částečným zmírňováním některých projevů nemoci vedoucím ke zlepšení jejich kvality života (symptomatologická léčba).

Příznaky DMO zahrnují široké spektrum rozsahu postižení. Nemocný s DMO může mít problémy s jemnými pohybovými vzorci, jako je psaní nebo střihání nůžkami, může mít obtíže s udržením rovnováhy a s chůzí, může strádat mimovolními pohyby, jako jsou například krouivé pohyby rukou nebo vůlí neovladatelné pohyby úst. Může být přítomen motorický neklid, nesoustředěnost, těkavost, nedokonalost vnímání, nedostatečná představitivost, překotné a impulzivní reakce, střídání nálad, výkyvy v duševní výkonnosti, opožděný vývoj řeči, vady řeči. **Příznaky DMO jsou značně individuální** a u téhož nemocného se mohou v průběhu času různě měnit.

Jedním z nejcharakterističtějších projevů syndromu centrální parézy jsou poruchy svalového **tonusu** nebo svalové **koordinace**. Mezi poruchy svalového tonusu patří:

- **hypertonie**, která se projevuje vyšším svalovým napětím, než je fyziologický stav. Označuje se také jako **spasticita** nebo rigidita. Může kolísat v závislosti na různých podmínkách, včetně např. držení těla, polohy, stresu, teploty atd. Spasticita obvykle postihuje svalovou skupinu flexorů (ohybačů) horních končetin a svalovou skupinu extensorů (natahovačů) dolních končetin.
- **hypotonie**, která se projevuje snížením svalového napětí. Bývá označována také jako **ataxie**. Jedná se o neschopnost provádět cílené pohyby. Chůze je nejistá, při provádění pohybů jemné motoriky nastupuje silný třes.
- **střídavý tonus**, jenž se projevuje krouivými mimovolními pohyby, které jsou nekontrolovatelné, nepravidelné a trhavé. Četnost těchto pohybů často narůstá v závislosti na prožívaných emocích a stresu. Označuje se jako **ate-tóza**.

³⁷ TICHÝ, J., ET AL.: *Neurologie*. Praha, Karolinum 1998.

■ 4.3.2 Prevalence dětské mozkové obrny v populaci

Počet dětí nemocných dětskou mozkovou obrnou se zvyšuje přibližně od 50. let 20. století, kdy se začala výrazněji zlepšovat péče o matku a dítě a odkdy se také snižuje novorozenecká a kojenecká úmrtnost. V důsledku tohoto pokroku v pediatrii je zachráněno mnoho dětí, které by dříve umíraly. Tyto děti jsou však nyní často postiženy právě dětskou mozkovou obrnou (V. Komárek, A. Zumrová, 2000).³⁸ Relativní výskyt DMO v populaci se udává v rozmezí 2–5 ‰, což představuje 2–5 případů na každých 1000 živě narozených dětí. Počet živě narozených dětí s DMO však výrazně souvisí s jejich porodní hmotností. V souvislosti s porodní hmotností nižší než 1500 g se uvádí výskyt DMO okolo 5–10 %. U kriticky nízké porodní hmotnosti, tj. nižší než 1000 g, se výskyt DMO pohybuje v rozmezí 12–23 %. Výsledky výzkumů prováděných v České republice u dětí narozených v letech 1997–1999 udávají hodnoty mírně vyšší. U dětí s porodní hmotností nižší než 1500 g se výskyt DMO pohybuje kolem 14 %. U porodní hmotnosti nižší než 1000 g je to kolem 25 % (J. Kraus et al, 2005).³⁹

■ 4.3.3 Formy dětské mozkové obrny

Ve vymezení forem DMO je možné nalézt v různých informačních zdrojích určité nejednotnosti. D. Opařilová (2003)⁴⁰ udává tyto formy:

- **spastické formy DMO**
- **nespastické formy DMO**
- **lehká mozková dysfunkce (LMD)**

Problematické se však jeví zařazení lehké mozkové dysfunkce mezi formy DMO. S tímto zařazením nesouhlasí např. F. Kábele (1986).⁴¹ Budeme tedy nadále používat dělení forem DMO navrhované např. M. Vítkovou (2004):⁴²

- | | |
|--------------------------------|--------------------------------|
| – spastické formy DMO | – diparetická forma |
| | – hemiparetická forma |
| | – kvadruparetická forma |
| – nespastické formy DMO | – dyskinetická forma |
| | – hypotonická forma |

³⁸ KOMÁREK, V., ZUMROVÁ, A.: *Dětská neurologie*. Praha, Univerzita Karlova 2000.

³⁹ KRAUS, J., ET AL.: *Dětská mozková obrna*. 1. vyd., Praha, Grada Publishing 2005.

⁴⁰ OPATŘILOVÁ, D.: *Pedagogická intervence v raném a předškolním věku u jedinců s dětskou mozkovou obrnou*. Brn, Masarykova univerzita 2003.

⁴¹ KÁBELE, F.: *Rozvíjení hybnosti a řeči dětí s dětskou mozkovou obrnou*. Praha, Státní pedagogické nakladatelství 1986.

⁴² VÍTKOVÁ, M. (ed.): *Integrativní speciální pedagogika. Integrace školní a sociální*. 2. vyd., Brno, Paido 2004.

V následující tabulce je uvedeno třídění forem DMO podle mezinárodní klasifikace nemocí (MKN–10).

Tabulka II. Rozdělení forem DMO podle mezinárodní klasifikace nemocí (MKN–10).

KÓD DLE MKN–10	SLOVNÍ OZNAČENÍ
G80	Mozková obrna
G80.0	Spastická kvadraplegická mozková obrna
G80.1	Spastická diplegická mozková obrna
G80.2	Spastická hemiplegická mozková obrna
G80.3	Dyskinetická mozková obrna
G80.4	Ataktická mozková obrna
G80.8	Směšená mozková obrna
G80.9	Neurčená mozková obrna

Spastické formy dětské mozkové obrny

Vznikají jako následek poškození centrálních **motorických neuronů**. Motorická oblast mozkové kůry je složena ze šesti vrstev pyramidových neuronů. Pyramidové neurony mají charakteristický tvar buňky s bohatě se větvícím apikálním dendritem, který je orientován kolmo k povrchu kůry. Axony pyramidových neuronů v povrchových vrstvách kůry (II. a III. vrstva) spojují blízké i vzdálenější oblasti kůry, nevychází však mimo oblast kůry. Axony neuronů páté vrstvy vstupují do bílé hmoty hemisfér koncového mozku a vrůstají i do vzdálených struktur: do bazálních ganglií, mozkového kmene, thalamu, retikulární formaci, k jádřům hlavových nervů a k alfa-motoneuronům a inter-neuronům předních rohů míšních. Toto uspořádání se označuje jako **pyramidová (kortikospinální) dráha**. Primární motorická kůra (korové motorické centrum) leží před středovou mozkovou rýhou (*sulcus centralis*) v **gyrus praecentralis**. Je klíčovou strukturou pro řízení úmyslných pohybů.

Nejvýznamnější neuronální vrstvou primární motorické kůry je pátá vrstva, která je složena z tzv. **Becových pyramidových buněk**. Becovy neurony jsou seřazeny podle vztahu k jednotlivým svalovým skupinám. Tomuto uspořádání říkáme somatotopická organizace kůry. Skupiny neuronů vytvářejí tzv. jádra, která řídí určité svalové jednotky. Kolem jader jsou další skupiny neuronů, tzv. pole, která zřejmě mají koordinační funkce. Mezi „dokonalostí“ pohybu, přesností řízení a počtem řídících neuronů je úzký vztah. Nejpočetnější jsou neurony řídící svaly jazyka, hrtanu a ruky.

Mezi základní charakteristické znaky spastických forem DMO patří porucha aktivní volní hybnosti, svalová hypertonie, stereotypní pohyby. Spastické formy tvoří asi 60 % všech DMO.

Diparetická forma dětské mozkové obrny

Jedná se o nejčastější ze všech forem DMO. Příčinou je poškození mozku v oblasti temenního laloku. Poškození je časté u předčasných porodů, při nezralosti plodu. Může také vzniknout při komplikovaných porodech v důsledku krvácení do mozku, nebo přerušením zásobování mozkové tkáně kyslíkem. Čím větší je poškozená oblast, tím větší je rozšíření diparézy. Spastická diparéza vzniká pouze v dětství, a to dříve než dítě začne chodit. Velké procento dětí postižených touto formou DMO se rodí předčasně. Přibližně třetina dětí se rodí do 32. týdne gestace, třetina mezi 32.–36. týdnem a pouze jedna třetina se rodí v termínu (J. Kraus et al, 2005).⁴³

Diparetická forma DMO se projevuje **postižením obou dolních končetin**, které jsou slabší, zvláště v bérkách. Charakteristická je spastická hypertonie svalových skupin dolních končetin. Postižení může být **symetrické**, ale i asymetrické, kdy hovoříme o **diparéze s pravou či levou orientací**.

Ve výjimečných případech dochází k postižení obou horních končetin, avšak toto postižení nebývá tolik závažné. J. Jankovský (2001)⁴⁴ uvádí, že je to zapříčiněno tím, že dolní končetiny na rozdíl od horních končetin nejsou ještě v okamžiku poškození mozku ve svých funkcích vývojově zralé.

Chůze je ve většině případů možná, avšak dítě většinou začíná chodit až mezi třetím a pátým rokem. Dolní končetiny se díky spasmu adduktorů mohou vtáčet dovnitř a při chůzi se mohou kolena křížit přes sebe. Pokud takto nemocný vůbec chodí, je jeho chůze nemotorná a velmi obtížná, dolní končetiny má toporné a při chůzi se jeho kolena navzájem dotýkají. Vzniká tak charakteristický obraz chůze, který je popisován jako **nůžkovitá chůze**, chůze s křížením dolních končetin. Při chůzi dochází k předsouvání ramen, předklánění pánve a trupu, našlapováním na špičky. Nejčastěji je chůze možná za pomoci berlí nebo s oporou druhé osoby (M. Renotiérová, 2003).⁴⁵ V nejzávažnějších případech se dítě chodit nenaučí.

U dítěte s diparetickým vývojem není v prvních měsících postnatálního vývoje snad kromě snížené pohyblivosti nic nápadného. Vzhledem ke **kranio-kaudálnímu** směru vývoje pohybových vzorců probíhá psychomotorický vývoj diparetika ze začátku stejně jako u zdravého jedince. Ve 3.–4. měsíci se objevuje vzpor na předloktí („pase koníčky“), později **vzpor na rukou**. Od 6. měsíce se dítě začíná **převalovat**. Zde se objevují první chybné pohybové vzorce typické pro diparézu. Zatímco zdravé dítě se převaluje šroubovitým pohybem, diparetik otáčí po hlavě a ramenou celé tělo najednou, en bloc.

⁴³ KRAUS, J., ET AL.: *Dětská mozková obrna*. 1. vyd., Praha, Grada Publishing 2005.

⁴⁴ JANKOVSKÝ, J.: *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením. Somatologická a psychologická hlediska*. 1. vyd., Praha, Triton 2001.

⁴⁵ RENOTIÉROVÁ, M.: *Somatopedické minimum*. Olomouc, Univerzita Palackého 2003.

Ve 3. trimenonu se vyvíjí **lezení** a u diparetika se objevuje další chybný pohybový vzorec. Zdravé dítě leze střídavým způsobem, přičemž do pohybu zapojuje všechny čtyři končetiny (lezení je jakýsi pohybový „předobraz“ pozdější bipední chůze, při které rovněž dochází ke střídavému pohybu všech čtyř končetin). Diparetické dítě leze pomocí tzv. zajčích prískoků. Zatímco horní končetiny dělají střídavým způsobem „kroky“, dolní končetiny jsou vždy ve skrčené poloze obě současně přitaženy.

Sezení diparetiků se děje se zakloněnou hlavou, dorsální kyfózou a s ohnutými zády. **Stoj** diparetiků je ve špičkovém postavení v důsledku zkrácení Achillovy šlachy, která táhne patu vzhůru (zdravé dítě stojí na celé ploše nohy, nikoliv pouze na špičce) s flexí a addukcí v kolenních kloubech a vnitřní rotací dolních končetin.

Komplikací spastické diparézy jsou časté **luxace kyčelních kloubů**, ke kterým dochází v důsledku značné addukce dolních končetin. Bez včasné terapie zaměřené na udržování pohyblivosti kloubů dolních končetin a chodidel dochází k určité vývojové regresi. Kritické období je na začátku školní docházky, kdy dítě sedí delší dobu v lavici. Stává se, že děti, které dříve chodily, jsou později odkázány na vozík.

Epilepsie jako přidružené postižení se u diparetické formy DMO vyskytuje jen zřídka. Taktéž mentální úroveň nebývá ve většině případů narušena.

Terapie diparetické formy DMO musí být zahájena **nejpozději do konce 2. trimenonu!** Později už se pouze zabraňuje zhoršování stavu. Bohužel v těchto časných fázích vývoje nemusí být patologický rozvoj psychomotoriky charakteristický pro diparézu ještě vůbec patrný. Může tedy dojít k tomu, že optimální období pro zahájení terapie je promeškáno.

Hemiparetická forma dětské mozkové obrny

Příčinou postižení hemiparetickou formou DMO je lokalizované poškození, vznikající **krvácením do mozku v postranních komorách mozkové kůry**. Na etiologii se ze 75 % podílí prenatální a perinatální faktory, u více než 8 % jsou to malformace mozku. Oproti tomu postnatální faktory jsou zaznamenány pouze u 10 % jedinců postižených hemioaretickou formou DMO. Téměř čtvrtina dětí, u nichž je hemiparetická forma diagnostikována, se rodí předčasně. U 25 % případů zůstává etiologie nejasná. Tato forma DMO postihuje ve větší míře chlapce (J. Kraus et al, 2005).⁴⁶

U tohoto typu DMO postihne svalové napětí jednu polovinu těla (pravou či levou) a často **výrazněji na horní končetině**, která bývá ohnuta v lokti, zatímco dolní končetina je napjata tak, že postižený při chůzi došlapuje na špičku.

⁴⁶ KRAUS, J., ET AL.: *Dětská mozková obrna*. 1. vyd., Praha, Grada Publishing 2005.

J. Kraus a O. Šandera (1975)⁴⁷ uvádějí, že postižené končetiny jsou slabší a zpravidla kratší. Zkrácení může být nepatrné, ale také může dosáhnout až několika centimetrů. Také příslušná polovina obličeje bývá menší.

Hemiparéza začíná být v některých případech patrná už na konci 1. trimenonu a projevuje se omezenou motorikou postižené horní končetiny. Objevuje se rovněž jednostranné držení hlavy v asymetrickém tonickém šíjovém reflexu. S postupným vývojem dítěte se objevují i další příznaky:

- dítě se dívá ke zdravé straně těla,
- hlava je natočena ke zdravé straně těla a lehce zakloněna,
- ústa se otvírají asymetricky, jazyk směřuje ke zdravé straně těla,
- typickým příznakem je addukce palce, kdy je ruka zařata v pěst a palec sevřen (tento znak se nevyskytuje u hemiparéz získaných během života, např. při mozkové příhodě),
- páteř je ve skoliotickém vybočení tvaru C směrem ke zdravé straně.

Od 5. měsíce je při **otáčení dítěte** pohyb veden přes postiženou stranu. Postižená horní končetina zůstává ve flexi pod bříškem. Není integrována do pohybu. Při otáčení chybí vzpřímení na předloktích. **Lezení** je asymetrické – postižená horní končetina je ve flexi tažena pod trupem, postižená dolní končetina je v extenzi. **Úchop** v 6. měsíci je pouze na zdravé straně. Aktivita i vnímání je pouze na zdravé polovině těla. V průběhu 3. trimenonu je **lateralita** už velmi nápadná. Děti se podpírají zdravou rukou do sedu a pohybují se smýkačným pohybem v sedě. Ve 12.–18. měsíci dochází k pokusům o vzpřímení. Stavění se na čtyři končetiny však dítě většinou nezvládne vůbec. Při stoji začíná být patrná kyfóza, zapříčiněna přenášením rovnováhy na nepostiženou stranu.

Při každém vzrušení (pozitivním i negativním) se zvyšuje svalový tonus, čímž dochází ke znesnadnění nebo úplnému znemožnění rychlých pohybů. Tím se znesnadňuje také jemná motorika. Je proto důležité dítě ve školním prostředí nestresovat. Často se vyskytuje **postižení dominance ruky**. Dítě nebude upřednostňovat ruku dominantní, ale tu funkčnější. Vzniká tak tzv. **vynucené leváctví** nebo **vynucené praváctví** (D. Opatřilová, 2003).⁴⁸

Terapii je nutné začít nejpozději ve 4.–5. měsíci, ještě před tím, než se začne dítě vzpřimovat. Je nutné předejít spontánnímu vývinu patologických vzpřimovacích pohybových vzorců, které by znemožnily správné vzpřimování a zejména pozdější chůzi.

Hemiparéza se promítá i do **psychické oblasti** a toho, jak sami postižení vnímají své tělo. Postižená polovina je jakoby odmítnuta, ignorována. Objevuje se i deficit ve vnímání prostorových vztahů. J. Pipeková (2003)⁴⁹ uvádí, že

⁴⁷ KRAUS, J. ŠANDERA, O.: *Tělesně postižené dítě*. Praha, SPN 1975.

⁴⁸ OPATŘILOVÁ, D.: *Pedagogická intervence v raném a předškolním věku u jedinců s dětskou mozkovou obrnou*. Brno, Masarykova univerzita 2003.

⁴⁹ PIPEKOVÁ, J., ET AL.: *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno, Paido 1998.

v případě postižení pravé hemisféry bývá u 40 % případů **snížena inteligence** (průměrné IQ 90). Při poškození levé hemisféry nejvíce přibližně polovina postižených žádné známky kognitivní poruchy. U druhé poloviny postižených se inteligence dostává do pásma mentální retardace (průměrné IQ 65).

Nejčastější a nejvýznamnější komplikací, doprovázející hemiparetickou formu DMO, je **epilepsie**, která může postiženému způsobovat větší omezení než samotné pohybové postižení. Vhodnou terapií se však dají epileptické symptomy alespoň částečně kompenzovat.

Oboustranná hemiparéza

Oboustranná hemiparéza je způsobena rozsáhlejším poškozením mozku v obou hemisférách koncového mozku. Spastickou obrnou jsou postiženy všechny čtyři končetiny, avšak intenzita postižení není rovnoměrná. Tato forma dětské mozkové obrny je jedna z nejtěžších. Postižené děti jsou obvykle celoživotně odkázány na pomoc druhých, je charakteristická snížená inteligence a časté epileptické záchvaty (M. Renotírová, 2003).⁵⁰

Kvadruparetická forma dětské mozkové obrny

Kvadruparetická forma je nejzávažnější formou DMO. Vzniká jako následek **poškození rozsáhlých částí senzomotorické oblasti kortexu**. Kvadruparéza je z jedné třetiny zapříčiněna prenatálními faktory, často jsou zaznamenány malformace mozku. Nízká porodní hmotnost se vyskytuje ve 25 % případů. J. Kraus (2005)⁵¹ uvádí, že častou příčinou jsou též infekce CNS (meningitidy, encefalitidy, meningoencefalitidy). Při kvadruparézě je postiženo celé tělo, hlava, trup a všechny čtyři končetiny. Hlava se nachází v tzv. **opistotonním postavení (opistotonus)** způsobeném spasmy zádočných a šíjových svalů. Trup je v důsledku svalových spasmů ohnutý dozadu. Paže jsou převážně ohnuté v pronáčním postavení. Ruce jsou zatáty v pěst, vytočeny v zápěstí směrem dolů a ven. Ruka se nepodílí na úchopu, zůstává bez síly, pevný stisk není možný. Narušeny jsou i úchopy – kvadruparetik je obvykle schopen pouze pinzetového úchopu, kterého se neúčastní celá ruka. Nohy a kyčle jsou často v chybném postavení, natažené, s vnitřní rotací (M. Vítková, 2004).⁵²

Těžké formy kvadruparézy jsou nápadné už v novorozeneckém věku. Objevují se poruchy primárních reflexů (sání, polykání, otvírání úst), spontánní pohyblivost je podle vzoru tonických šíjových reflexů. Děti musí být krmeny

⁵⁰ RENOTÍROVÁ, M.: *Somatopedické minimum*. Olomouc, Univerzita Palackého 2003.

⁵¹ KRAUS, J., ET AL.: *Dětská mozková obrna*. 1. vyd., Praha, Grada Publishing 2005.

⁵² VÍTKOVÁ, M. (ed.): *Integrativní speciální pedagogika. Integrace školní a sociální*. 2. vyd., Brno, Paido 2004.

sondou. Od prvních týdnů života je patrné natažení dolních končetin, ohnutí rukou a konstantní opistotonus s natočením hlavy.

U **středně těžké formy kvadraparézy** je patologický vývoj patrný na konci 1. trimenonu. Dítě nezvedne hlavičku, chybí vzpor na předloktí („nepase koníčky“), patrné je asymetrické držení hlavy, nohy a kyčle jsou ohnuté.

Vnější podněty provokují u kvadraparetika Moorův reflex – úlekovou reakci s rozhozením rukou a nohou, s opistotonním postavením hlavy. Opistotonus a vysoké napětí obličejových svalů způsobují mimickou inaktivitu postižených. Často jsou otevřena ústa. Vytékají sliny, protože bývá postiženo i polykání. Příjem potravy je značně ztížen, neboť chybí pohyb mandibuly ze strany na stranu, tudíž postižení jedinci nedokáží žvýkat. Chybí také postranní pohyb jazyka.

Velmi je ztížen vývoj řeči. Dochází k **dysartrii** až **anartrii**. Osobám s dobrým intelektem mohou v dospělosti právě tyto poruchy bránit v sociálním začlenění (J. Kraus et al, 2005).⁵³ Vnímání je málo diferencované a velmi narušené. Opírá se pouze o distanční smysly (zrak, sluch), ale chybí přímé kontakty a podněty. Následkem je strach z pohybu a z prostoru. Uvědomění si vlastního těla je obvykle lokalizováno jen na oblast hlavy a rukou.

Ve většině případů doprovází kvadraparetickou formu DMO další postižení: obvykle **těžká mentální retardace**, **smyslové vady**, častý výskyt **epilepsie**. Největší riziko představuje obávaný **Westův syndrom**. Patří mezi časné epileptické encefalopatie a svou incidencí je srovnatelný s DMO, tj. postihuje cca tři promile dětí. U devadesáti sedmi procent případů se objeví do jednoho roku věku, maximum výskytu je mezi 3. až 7. měsícem. Typické pro tento syndrom jsou infantilní spasmy, tzv. bleskové křeče (rozhození paží s následnou tonickou flexí horních končetin), doprovázené hysarytmií na EEG. Mnohdy je spouštěcím faktorem prvních infantilních spasmů vakcinace, zejména proti pertussi (dávivému kašli).⁵⁴ Po vzniku záchvatů Westova syndromu dochází k zástavě nebo regresi psychomotorického vývoje dítěte (V. Šípková, 2002).⁵⁵ Persistující mentální retardace se objevuje u 85 % případů dětí postižených tímto syndromem!

Nespastické formy dětské mozkové obrny

Pro tyto formy DMO je charakteristická **absence svalového napětí** (D. Opatřilová, 2003)⁵⁶. Poškození v mozku, způsobující nespastické formy DMO, se projevují mimo pyramidovou dráhu. Pro cílenou volní motoriku je rozhodující

⁵³ KRAUS, J., ET AL.: *Dětská mozková obrna*. 1. vyd., Praha, Grada Publishing 2005.

⁵⁴ KOMÁREK, V.: Věkově vázané epileptické syndromy u dětí. *Pediatric pro praxi*, 2004, č. 5, s. 233–235.

⁵⁵ ŠÍPKOVÁ, V.: Westův syndrom. *Vox Pediatricae* 2002, roč. 2, č. 3, s. 27–28.

⁵⁶ OPATŘILOVÁ, D.: *Pedagogická intervence v raném a předškolním věku u jedinců s dětskou mozkovou obrnou*. Brno, Masarykova univerzita 2003.

korové motorické centrum. Motorická kůra má somatotopickou reprezentaci jednotlivých skupin kosterního svalstva. Určitým svalům tedy odpovídá určitá oblast kůry. Bez motorické kůry by nebyl možný úmyslný pohyb, ale bez nižších oblastí mozku (bazální ganglia, retikulární formace) by nebylo možné jeho **přesné a jemné řízení**. U člověka se při vypracovávání pomalých, ustálených motorických programů (vzorců) uplatňuje spolupráce kůry s bazálními ganglii. Po jiné dráze, zahrnující mozeček, se připravují programy pro pohyby úmyslné a rychlé.

Dyskinetická forma dětské mozkové obrny

Ve starší literatuře se objevuje celá řada synonym názvu této formy DMO (např. dyskineticko-dystonická forma, extrapyramidální forma, atetóza, atetoidní forma). Její příčinou je **poškození mozku v oblasti bazálních ganglií**. Bazální ganglia jsou součástí **extrapyramidové dráhy** podílející se na řízení pohybů člověka. Tato dráha začíná v korových motorických centrech, v podkorových centrech (bazální ganglia, retikulární formace) je přepojena na další neurony a odtud pokračuje do míchy. Extrapyramidová víceneuronová dráha představuje vývojově starší koordinační aparát zajišťující stereotypní pohyby a postoj. Bazální ganglia u člověka umožňují realizaci plynulého pohybu. Poškození bazálních ganglií vyvolává pohybový chaos, který se demonstruje jako **nepotlačitelné pohyby**.

Dyskinetická forma patří mezi méně časté formy DMO. Uvádá se, že jí trpí přibližně pětina jedinců postižených DMO. V etiologii značně převažují perinatální faktory (asfyxie, hypotrofičtí novorozenci s hypoxií), dále to jsou faktory prenatální a jen malou část tvoří postnatální nebo nezjistitelné faktory. I. Lesný (1985)⁵⁷ uvádí, že na vzniku této formy DMO se nejčastěji podílí novorozenecká žloutenka, která je následkem inkompatibility Rh-faktoru mezi matkou a plodem. Tato forma DMO je charakterizovaná **mimovolními pomalými krouživými pohyby**. Tyto abnormální pohyby postihují obvykle ruce, nohy, případně celé horní nebo dolní končetiny. V některých případech je postiženo svalstvo tváře a jazyka, což vede ke grimasám, žmoulavým pohybům úst, mlaskání apod. Abnormální pohyby se nezřídka zvyrazňují při emocionálním stresu, a naopak mizí ve spánku. J. Kraus (2005)⁵⁸ rozlišuje dvě podskupiny dyskinetické formy DMO:

- podskupina **hyperkinetická**
- podskupina **dystonická**.

U hyperkinetické podskupiny jsou velmi nápadné abnormální, masivní neúčelné pohyby. Naproti tomu u dystonické podskupiny jsou časté a charakteristické náhlé změny svalového tonu. Dystonické případy se vyskytují častěji.

⁵⁷ LESNÝ, I.: *Dětská mozková obrna ze stanoviska neurologa*. Praha, AVICENUM 1985.

⁵⁸ KRAUS, J., ET AL.: *Dětská mozková obrna*. 1. vyd., Praha, Grada Publishing 2005.

V praxi se můžeme vzácně setkat i se **smíšenou dystonicko-hyperkinetickou formou**.

Novorozenci s dyskinetickou formou DMO bývají zprvu hypotoničtí. Zvýšení svalového napětí je patrné až kolem poloviny druhého trimenonu. Vývoj dyskinetické formy DMO je pozvolný a nenápadný. Mezi první symptomy patří nadměrné otevření úst a neschopnost vydržet v jedné poloze. Teprve mezi 1. až 3. rokem se příznaky plně rozvíjejí, zejména jsou patrné mimovolní pohyby končetin. Rozsah mimovolních pohybů je různý, od malých jednotlivých záškubů až po rozsáhlé pohyby celé poloviny těla.

Řeč dystoniků bývá značně **nesrozumitelná** a pomalá. Z dalších doprovodných postižení se přidružují poruchy sluchu, zrakové problémy (strabismus), problémy s polykáním. Vzhledem k tomu, že dyskinetická forma DMO vzniká následkem postižení hlubších oblastí mozku, korové funkce zůstávají zachovány. Proto se u této formy DMO prakticky **nevyskytuje mentální retardace**, popřípadě pouze v rozsahu lehké mentální retardace. Stejně tak výskyt epilepsie je minimální.

Hypotonická forma dětské mozkové obrny

Tato forma DMO bývá ve starší literatuře označována rovněž jako ataktická nebo cerebelární. V souvislosti s etiologií Kraus⁵⁹ uvádí rozsáhlé malformace mozku, perinatální hypoxicko-ischemické poškození míchy, perinatální nebo prenatalní hypoxii. **Poškozena bývá zejména oblast mozečku** (cerebellum). Tato vzácná forma (pouze 6 % výskytu všech DMO) postihuje především **vnímání rovnováhy** a tzv. hlubokou citlivost (propriocepci). Postižení mají často špatnou pohybovou koordinaci, jejich chůze je nestabilní, o široké bázi (připomíná opileckou chůzi), chodidla pokládají nezvykle daleko od sebe (s cílem zajištění vyšší rovnováhy).

Při hypotonické formě DMO jsou motorické projevy jedince velmi chudé. Dítě bezvládně leží nebo sedí, popř. se pohybuje jen málo. Svalový tonus je velmi snížen. Je zřejmá **celková pohybová pasivita**. U menších dětí s hypotonickou formou DMO se vyskytuje **zvýšená pohyblivost v kloubech**, zejména dolních končetin, avšak i horních končetin a páteře. F. Kábele (1986)⁶⁰ uvádí, že takovým dětem je možno dát nohy až za hlavu, svinout je např. do klubíčka apod. Nemocní mohou mít také takzvaný **intenční tremor**, třes objevující se při volní hybnosti; například když se postižený snaží uchopit knihu, ruka, kterou pro ni natahuje, se mu při tom roztřepe a třes se zvyrazňuje, jak se ruka přibližuje ke kýženému předmětu.

V novorozeneckém období je patrná nápadná **svalová hypotonie**, novorozenci musí být krmeni sondou, neboť chybí některé reflexy nutné pro příjem

⁵⁹ KRAUS, J., ET AL.: *Dětská mozková obrna*. 1. vyd., Praha, Grada Publishing 2005.

⁶⁰ KÁBELE, F.: *Rozvíjení hybnosti a řeči dětí s dětskou mozkovou obrnou*. Praha, MPSV 1986.

potravy. Ve 3. měsíci je dítě bez aktivního pohybu a cíleného očního pohledu, častý je **horizontální nystagmus**. Už na konci 2. trimenonu se projevuje zřejmá **psychomotorická retardace**. V osmi měsících je první pokus o úchop provázen třesem. Dětem chybí vůle po pohybu, samostatně chodí až od 3. do 7. roku pomalým trhavým krokem. Značně je oslabena hybnost jazyka. Mohou se objevovat problémy se sliněním, kousáním a polykáním. V klinickém obraze hypotonické formy DMO jsou těžké poruchy řeči.

I. Lesný (1987)⁶¹ uvádí výskyt této formy DMO v kojeneckém věku. Většinou, kolem třetího roku života dítěte, přechází v některou ze spastických forem nebo nejčastěji ve formu dyskinetickou. Ve výjimečných případech setrvává i nadále forma hypotonická. Potom hovoříme o tzv. **hypotonickém syndromu**. Hypotonický syndrom je samostatným typem onemocnění, ale jeho výklad není zcela jednoznačný. Někdy jde zjevně o mozečkovou poruchu, která se může do značné míry postupně kompenzovat, jindy přechází hypotonická forma spíše v hypertonus a často bývá provázena značným snížením intelektu a těžkou **mentální retardací**.

■ 4.3.4 Další postižení přidružená k dětské mozkové obrně

Dětská mozková obrna přináší v závislosti na formě vedle poruch hybnosti často i další přidružená postižení. Hovoříme potom o tzv. **kombinovaném postižení**.

Nejčastějším přidruženým postižením je **mentální retardace** (blíže viz kapitola 6). Mentální retardace významně zhoršuje možnost socializace či resocializace postiženého jedince do společnosti, omezuje možnosti jeho edukace a profesního uplatnění. Osoby s DMO kombinovanou s těžkou mentální retardací jsou celoživotně odkázány na pomoc druhých.

Procentuální výskyt mentální retardace v závislosti na formě DMO udává následující tabulka:

Tabulka III. Výskyt mentální retardace (MR) u postižených s DMO⁶²

Forma DMO	Těžká MR	Středně těžká MR	Lehká MR
diparetická	5,3 %	16,7 %	26,7 %
hemiparetická	1,2 %	13,7 %	20,0 %
kvadraparetická	8,3 %	25,0 %	33,3 %
dyskinetická	0 %	19,5 %	21,9 %
hypotonická	6,2 %	31,2 %	37,5 %

⁶¹ LESNÝ, I.: *Obecná vývojová neurologie*. Praha, AVICENUM 1987.

⁶² KÁBELE, F.: *Rozvíjení hybnosti a řeči dětí s dětskou mozkovou obrnou*. Praha, MPSV 1986.

Jankovský (2001)⁶³ uvádí přibližné údaje o výskytu mentální retardace u dětí s DMO tak, že u třetiny dětí s DMO zůstává intelekt zachován, třetina dětí je v pásmu lehké mentální retardace a u zbývajících třetiny se prokáže středně těžká až těžká mentální retardace. Dalším významným doprovodným postižením DMO je **epilepsie**, která se v určité míře vyskytuje u všech forem DMO (blíže o epilepsii viz kapitola 5).

Socializaci jedince s DMO často více než samotné pohybové postižení znesnadňují **poruchy řeči**. Mozková centra ovládající řeč a porozumění řeči, tedy Brocovo centrum (Brodmannova area 44 a 45) a Wernickeovo centrum (Brodmannova area 39, 40), leží v blízkosti primárního motorického kortexu (Brodmannova area 4) a oblastí senzorické mozkové kůry (Brodmannova area 1, 2, 3), které bývají nejvíce postiženy zejména u kvadruparetické formy DMO. U dyskinetické formy DMO jsou poruchy řeči způsobené narušenou svalovou koordinací. Velmi důležitá je proto včasná **logopedická péče** nebo v horších případech nácvik metod **alternativní komunikace**. Procentuální zastoupení poruch řeči vyskytujících se při DMO ukazuje následující tabulka:

Tabulka IV. Výskyt poruch řeči u postižených s DMO⁶⁴

Porucha řeči	Výskyt
dysartrie	19,6 %
anartrie	2,8 %
dyslalie	10,2 %
opožděný vývoj řeči	6,4 %
koktavost	1,9 %
palatolalie	1,8 %

Kromě uvedených doprovodných postižení se u jedinců s diagnózou DMO vyskytují i **smyslové poruchy** a **poruchy učení** (zejména u hemiparetické formy DMO).

■ 4.3.5 Příčiny vzniku dětské mozkové obrny

Dětská mozková obrna ve své podstatě není jediným onemocněním, ale spíše celou skupinou příbuzných chorob různé etiologie. Při pátrání po příčině DMO

⁶³ JANKOVSKÝ, J.: *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením. Somatologická a psychologická hlediska*. 1. vyd., Praha, Triton 2001.

⁶⁴ KLENKOVÁ, J.: *Možnosti stimulace preverbálních a verbálních schopností vývojově postižených dětí*. 1. vyd., Brno, Paido 2000.

u konkrétního dítěte berou lékaři v úvahu zejména formu DMO, anamnézu matky (zejména průběh těhotenství a porodu) a anamnézu dítěte od porodu až do současnosti; důležitá je také doba, kdy se nemoc začala projevovat. Obecně však platí, že **ve většině případů není přesná příčina DMO známá**. Bohužel díky tomu zůstávají reálné možnosti účinné prevence DMO velmi omezené. Dále uvádíme nejčastěji se vyskytující identifikované příčiny, které mohou vést ke vzniku DMO.

Prenatální příčiny vzniku dětské mozkové obrny

Prenatálním obdobím se rozumí období od počátku těhotenství do porodu. V tomto období může působit celá řada rizikových faktorů podílejících se na vzniku DMO. Rizikové jsou především **infekce matky** v prvním trimestru těhotenství. Dříve velmi nebezpečná rubeola (zarděnky) je dnes díky očkování dívek jako příčina vzniku DMO výjimečná.

Mozek vyvíjejícího se plodu však mohou poškodit rovněž **infekce cytomegalovirem (HCMV)** z rodiny herpetovirů. Až u 40 % žen s primární infekcí v graviditě může dojít k přenosu infekce na plod, a to v jakékoli fázi gravidity. Desítky procent infikovaných žen vylučují HCMV v mléce, vzácně v kolostru. Je-li HCMV izolován z mléka, je riziko přenosu na dítě vysoké. Těhotné ženě s primární infekcí HCMV se doporučuje přerušeni gravidity.⁶⁵ Nebezpečná je rovněž infekce **toxoplazmózy**, která je způsobena prvokem *Toxoplasma gondii*. Toxoplazmózy jsou primárně zvířecí infekce, na člověka se však přenášejí jednak nedostatečně tepelně upraveným masem a masnými výrobky, ale zejména hlínou a pískem znečištěným trusem koček. Toxoplazmóza je onemocnění, jež může postihnout plod ve kterémkoliv období vývoje, a to přímo od matky, která prodělává akutní formu toxoplazmózy nebo chronickou endometritidu toxoplazmového původu. U tohoto onemocnění záleží na období gravidity, ve kterém matka onemocněla. Čím dříve k onemocnění matky došlo, tím je poškození plodu větší.⁶⁶

Rizikovým faktorem pro vznik DMO v období gravidity je i **abúzus návykových a toxických látek** – alkohol, nikotin, drogy, některé léky atd. Riziko vzniku DMO zvyšuje i **hypertenze matky**, která může vést až k vývinu tzv. preeklampsie (pozdní gestóza) projevující se mimo jiné hypoxií plodu.

Mezi prenatální příčiny vzniku DMO můžeme zařadit i **Rh-inkompatibilitu** (různý Rh-faktor v krvi matky a vyvíjejícího se plodu) s následnou **novorozeneckou žloutenkou**. Díky různému Rh-faktoru u matky a dítěte dochází v krátkém časovém úseku k rozpadu velkého množství červených krvinek.

⁶⁵ DOSTÁL, V.: *Cytomegalovirová infekce*. Praha, ČLS JEP 2002.

⁶⁶ FUSKOVÁ, E., BARTOŠOVÁ, D., TRNKOVÁ, M.: Toxoplazmóza v dětském věku. *Pediatric pro praxi*, 2003, č. 6, s. 312–313.

Zvyšuje se tak hladina bilirubinu v krvi (bilirubinémie), který vzhledem k tomu, že ještě není vytvořena hematoencefalická bariéra, přechází do mozku plodu, kde postihuje především bazální ganglia.

Perinatální příčiny vzniku dětské mozkové obrny

Perinatálním obdobím rozumíme období porodu a bezprostředně po něm. Je to období extrémní zátěže jak pro matku, tak především pro dítě. Současná vysoká úroveň neonatologické péče je úspěšná při snižování novorozenecké mortality u předčasně narozených plodů, je však třeba říci, že se tak děje na úkor zvýšené morbidity u většiny nezralých dětí.⁶⁷ Z perinatálních příčin jsou nejzávažnější **abnormální porody**, **protrahované porody**, překotné porody, dnes už výjimečně prováděný kleštový porod. Zvýšené riziko může rovněž předznamenávat porod pánevním koncem nebo užití nadměrného množství analgetik a anestetik rodičkou.

Za těchto okolností dochází k **hypoxii plodu** (nedostatečné okysličení). Prakticky každé dítě prochází v perinatálním období určitou hypoxií. Organismus plodu je uzpůsoben k jisté kompenzaci hypoxie. Hlavním kompenzačním mechanismem je schopnost redistribuce minutového srdečního výdeje krve, kdy je preferována dobrá oxygenace životně důležitých orgánů. Dochází k selektivní vazokonstrikci v řadě tkání plodu za současné dilatace krevního řečiště životně důležitých orgánů. Významné je snížení průtoku krve plicemi, játry, slezinou, střevy a také ledvinami. Zvýšený průtok je u hypoxie naopak prokázán u mozku, v koronárním řečišti a v nadledvinách. Přesáhne-li hypoxie kompenzační možnosti plodu, dojde ke generalizované vazokonstrikci. Tím klesá průtok krve a saturace kyslíkem u všech orgánů bez výjimky. Tato dekompenzace, která je provázena hypoxickými orgánovými změnami, je klinickým projevem **asfyxie**. V krátké době pak následuje **hypoxicko-ischemická encefalopatie**, rozvíjí se edém mozku spojený s nekrózou neuronů.⁶⁸

Velmi nebezpečné je rovněž **krvácení do mozku**, ke kterému dochází např. při nadměrném stlačení lebky novorozence nebo při protrahovaných porodech, kdy je tělo rodičeho se dítěte vystaveno značnému nitroděložnímu tlaku, zatímco vyčnívající hlavička se nachází již v normálním atmosferickém tlaku. Působením tohoto nižšího tlaku se nasává do vyčnívající části hlavy krev, a zatímco přítok tepenné krve neustále trvá, žilní krev proti nitroděložnímu tlaku téměř nemůže odtékat.

⁶⁷ KRAUS, J., ET AL.: *Dětská mozková obrna*. 1. vyd., Praha, Grada Publishing 2005.

⁶⁸ NEČAS, E.: *Patofyziologie zásobování organismu a jeho tkání kyslíkem*. Praha, Avicenum 1982.

Postnatální příčiny vzniku dětské mozkové obrny

V období po porodu mohou na dítě působit další faktory zapříčiňující vznik DMO. Nejsou však již ani zdaleka tak časté, jako faktory prenatální a perinatální. Patří sem zejména infekce CNS (meningitidy a encefalitidy různé etiologie), závažná traumata mozku, rané plicní a střevní infekce či otravy toxického původu. V období po porodu mohou na dítě působit další faktory zapříčiňující vznik DMO. Nejsou však již ani zdaleka tak časté, jako faktory prenatální a perinatální. Patří sem zejména infekce CNS (meningitidy a encefalitidy různé etiologie), závažná traumata mozku, rané plicní a střevní infekce či otravy toxického původu.

■ 4.4 Míšň obrny

Vznikají dnes nejčastěji **jako následek úrazu páteře** s poraněním míchy (sportovní úrazy, automobilové nehody, skoky do vody). Rozsah poškození záleží na lokalizaci léze. Čím blíže k hlavě, tím je následné postižení horší. Při zasažení lumbální a sakrální oblasti vznikají paraparézy a paraplegie (porucha citlivosti dolních končetin, někdy i spodní část trupu.) Bývají narušeny i funkce inervované z dané oblasti míchy – tj. svěrače (močení a defekace), těžké poruchy erekce atd. Pokud je zasažena krční oblast páteře, vzniká spastická kvadruparéza až kvadruplegie. Rozsáhlý rehabilitační program je zaměřen na obnovení fyzických dovedností. Problematická je doprava do školy a zpět, zvládání osobních potřeb. Nezbytným bývá přidělení osobního asistenta a obvykle zařazení postiženého dítěte do speciálních škol pro tělesně postižené.

■ 4.5 Periferní obrny

Jsou charakterizovány také jako **chabé obrny** vznikající v důsledku poruch periferních nervů. V symptomatologii periferních obrn se objevuje:

- Snížení až ztráta svalové síly a porucha aktivní hybnosti v příslušné inervační oblasti. Denervovaný sval ztrácí schopnost kontrakce.
- Snížení až vymizení šlachových okosticových a kožních reflexů v důsledku vyřazení eferentní části reflexního oblouku.
- Snížení svalového tonu v důsledku chybějící odpovědi na aktivaci svalových receptorů. Sval je ochablý, nepružný.
- Časný nástup svalových atrofií – svalová vlákna bez inervace degenerují, nahrazují se neplnohodnotnou a nekontraktilní vazivovou tkání.
- Trofické změny kůže v postiženém segmentu – změny prokrvení, ochlupení a sekrece potu jsou důsledkem poruchy vegetativních vláken v periferním nervu.

- Vznik spontánních fibrilací a fascikulací – tvorba patologických spontánních impulsů v zanikajících nervových buňkách či nervových vláknech.

■ 4.6 Myopatie

Porucha hybnosti nemusí mít svoji příčinu pouze v poškození inervace či centrálního řízení. Příčinou mohou být i různá poškození svalového vlákna, tzv. **myopatie**. Ty mohou mít genetickou příčinu, nebo mohou být způsobeny záněty, úrazy, intoxikacemi. Mohou se projevovat i faktory endokrinní a metabolické (porucha funkce štítné žlázy nebo nadledvinek). Více než 50 % postižených myopatií má některou z forem **progresivní svalové dystrofie**. Při těchto onemocněních dochází k degeneraci svalových vláken příčně pruhovaného svalstva. Vlákná jsou nahrazována neplnohodnotnou až nefunkční vazivovou a tukovou tkání.

■ 4.6.1 Duchenneova svalová dystrofie (DMD)

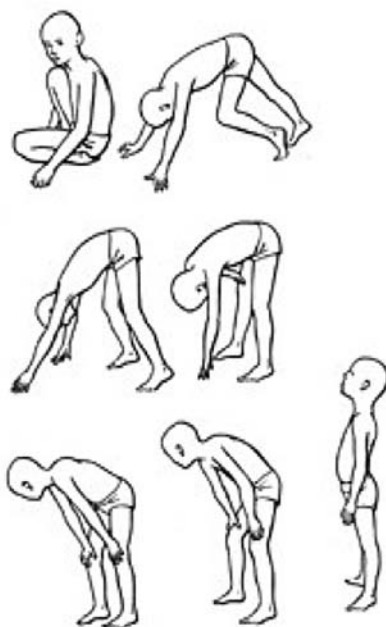
(*Duchenne Muscular Dystrophy*)

Jedná se o onemocnění, které je způsobeno mutacemi různých proteinů dystrofinového glykoproteinového komplexu. Příčinou vzniku této choroby je delece (typ **genové mutace**) určité části řetězce DNA lokalizovaná na **chromozomu X**. Poškozený úsek chromozomu X produkuje při transkripci defektní mRNA, podle které se při translaci vytvářejí chybné či nefunkční proteiny. Ty pak neumožňují správnou funkci svalového vlákna. DMD je onemocnění, které postihuje téměř výhradně **chlapce**. U dívek jsou totiž funkční bílkoviny syntetizovány podle nepoškozené DNA lokalizované na druhém chromozomu X. (U chlapců se sadou pohlavních chromozomů XY však není druhý chromozom X s nepoškozeným úsekem DNA k dispozici.) Incidence DMD v populaci činí přibližně jeden případ na 3500 narozených chlapců.⁶⁹

Postižení novorozenců není pro DMD typické, ale u některých případů je popisovaná novorozenecká hypotonie. Obvykle prvním, zatím nenápadným příznakem DMD je, že děti většinou začnou později chodit. Další, již nápadnější příznaky se objevují ve 3.–5. roce věku. Časté jsou pády a brzy se vyvíjí typický způsob kolébavé, tzv. **kachní chůze** – dítě chodí kolébavě v hyperlordóze s vystrčeným bříškem. Postižení mívají zkrácené Achillovy šlachy, což vede k typické chůzi po špičkách. Dalším typickým příznakem DMD je **pseudohypertrofie lýtek**. Postižené děti těžko chodí do schodů, mají problémy se

⁶⁹ KOČÁREK, E., MAŘÍKOVÁ, T., NOVOTNÁ, D.: *Vybrané kapitoly z lékařské cytogenetiky a genetického poradenství*. Praha, 2. LF UK 2004.

zvedáním rukou nad hlavu a nemají schopnost skákat. Dalším charakteristickým symptomem DMD je tzv. **myopatický šplh** (Gowersovo znamení, Gowersův příznak) po vlastním těle, pomocí nějž postižení vstávají ze země. Patrné je to na následujícím obrázku.



Obr. č. 1: Myopatický šplh při DMD⁷⁰

Téměř všechny děti ztrácí schopnost chůze mezi 7. až 12. rokem. Postižené dítě je odsouzeno na invalidní vozík. Kolem 19. roku jsou zasaženy již i dýchací svaly a srdeční svalovina. Mezi 20.–25. rokem postižení umírají většinou na respirační selhání, při plném vědomí si svého stavu, což bývá někdy „komplikováno“ i jejich inteligencí (pouze jedna třetina postižených DMD má intelekt v pásmu lehké mentální retardace. U ostatních je intelekt v normě a může být i nadprůměrný). Délka přežití se v posledních letech v důsledku symptomatické léčby a zejména aplikací umělé plicní ventilace o několik let prodloužila. Pedagog, případně vychovatel přesto musí zodpovídat citlivé otázky týkající se umírání a přípravy na smrt. Onemocnění zatím není vyléčitelné. Léčba je pouze symptomatická.

Duchenneova svalová dystrofie však nepřináší problémy pouze v motorické oblasti. Dalším charakteristickým příznakem je **fibróza levé srdeční komory**.

⁷⁰ JEDLIČKA, P., KELLER, O., ET AL.: *Speciální neurologie*. Praha: Galén 2005.

U postižených mladších 18 let má postižení srdce asi třetina osob u starších 18 let asi polovina z nich. V pozdních stádiích bývá přítomna městnavá choroba srdeční a arytmie. Klinická symptomatologie je často způsobena rostoucí celkovou chronickou hypoxií organismu, jejíž příčinou je **pokles vitální kapacity plic**. Objevují se recidivující **respirační infekce**, problémy při odkašlávání a řeči. Po probuzení pociťují postižení velmi často vyčerpanost, únavu, během dne se objevuje spavost, pokles koncentrace, pacienti mají třes, jsou úzkostní. Objevují se i **symptomy gastrointestinálního traktu**, např. akutní žaludeční dilatace.⁷¹

Většina dětí s diagnózou DMD může navštěvovat mateřskou a základní školu bez velkých problémů. Jakmile se však chůze stává pro dítě problémem, je třeba udělat zvláštní opatření pro usnadnění pohybu dítěte ve škole. Je třeba zajistit dopravu do školy a ze školy. Někdy je třeba zvážit variantu, zda není lepší speciální škola. S postupující chorobou je integrace postiženého stále náročnější. Ve finálních stádiích nemoci je postižený odkázán na pomoc druhých lidí.

■ 4.6.2 Beckerova svalová dystrofie (BMD) (*Becker Muscular Dystrophy*)

Tato choroba má velmi podobný průběh a stejné příčiny jako DMD, její nástup je však pozdější a progresse mnohem pomalejší. Může se rovněž objevit výraznější postižení srdce, a to dokonce i u osob s minimálním postižením svalů. U dětí s BMD začínají první příznaky mezi 5. až 15. rokem života. Není však výjimkou, že první projevy přicházejí v pozdějším věku, dokonce i ve 3.–4. dekadě života člověka. Postižení s BMD mají sice snížený věk přežití ve srovnání se zdravou populací, ale dožití 4. a 5. dekády je běžné.

■ 4.7 Vrozené malformace

■ 4.7.1 Vrozený rozštěp páteře (spina bifida)

Spina bifida je jednou z nejfrekventovanějších vrozených vad s výskytem u 0,2–0,25 % narozených dětí. Patří do skupiny **defektů vývoje neurální trubice** (NTD – *Neural Tube Defect*). Nervová soustava se u člověka vyvíjí jako jedna z prvních. Neurální trubice se vytváří v prvních 25 dnech těhotenství a z ní se vytváří mozek a mícha. Spina bifida vzniká v důsledku nesprávného

⁷¹ MAŘÍKOVÁ, T., ET AL.: *Neurogenetika svalových dystrofií a kongenitálních myopatií*. Praha, Maxdorf 2004.

vývoje této trubice. Podstatou této choroby je **nedokonalé uzavření páteřního kanálku**, přesněji obratlových oblouků; nejčastěji v oblasti bederní páteře (lumbální oblast). MKN–10 označuje skupinu těchto malformací kódem Q05. Podle stupně závažnosti postižení existují tři formy spiny bifidy:

Spina bifida occulta („utajená“ spina bifida)

Při tomto postižení se neuzavírá páteřní kanálek, mícha a míšní pleny však uzavřeny jsou. Postižení nebývá ani na první pohled patrné. Existuje několik znaků, podle kterých je možné soudit na vyšší pravděpodobnost výskytu této malformace. Jedná se např. o vyšší ochlupení v úseku bederní páteře nebo výskyt lipomu pod kůží, existence kožního záhybu (důlek), který vede z povrchu kůže směrem do páteře aj. Tato forma spiny bifidy nepřináší obvykle člověku žádné zdravotní komplikace ani **žádná pohybová omezení**.

Meningokéla

Meningokéla je již závažnější formou spiny bifidy. Skrze neuzavřené obratle dochází k **vyhřeznutí míšních obalů** ven z páteře. Na povrchu těla, nejčastěji v lumbální oblasti, se pak vytváří viditelný vak naplněný mozkomíšním mokem. Samotná mícha však poškozená není. Ve většině případů postačí chirurgické řešení této malformace.

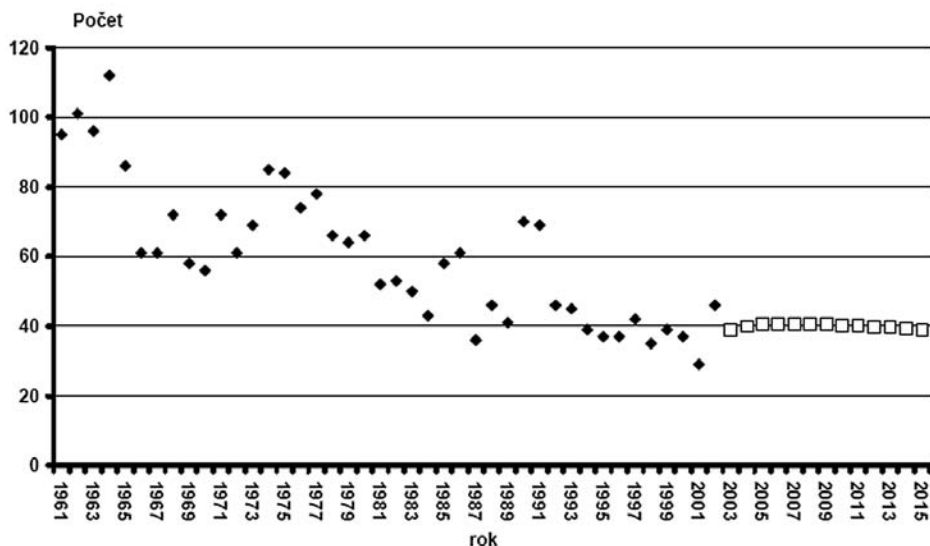
Meningomyelokéla

Meningomyelokéla je nejzávažnější formou spiny bifidy. Dochází k **vyhřeznutí** jak **míšních obalů**, tak samotné **míchy** z páteřního kanálku. Asi u 20 % postižených je vzniklý defekt malý a může být překryt kůží nebo dokonce tenkou vrstvou tkáně. Daleko častější formou projevu jsou však obnažené viditelné útvary na zádech dítěte. Meningomyelokéla je závažná malformace především vzhledem k vysokému riziku poškození míchy v místě vyhřeznutí. Toto poškození má za následek postižení inervace svalů, nejčastěji dolních končetin (částečné až úplné ochrnutí), postižení ovládání svěrače močového měchýře a střeva (dochází k inkontinencím spolu s nebezpečím infekce močových cest), erektilní dysfunkci u mužů, postižení středivých nervů (např. vnímání bolesti, teploty, svalového tonu atd.). Časté mohou být rovněž potíže jako bolesti zad, skolióza, poruchy držení těla, zvýšený svalový tonus aj.

S meningomyelokélou se v 70–90 % případů vyskytuje současně i **hydrocefalus**. Jedná se o stav, kdy je narušena přirozená cirkulace a odtok mozkomíšního moku. Normálně je tvorba a pohlcování liquoru v rovnováze. Pokud jsou odvodné cesty poškozeny, tekutina se hromadí v mozkových komorách a tlačí na okolní tkáň. U novorozence a batolat se v důsledku toho zvětšuje hlava.

Hydrocefalus se léčí zavedením shuntu (ventilu). Shunt je vlastně drenáž, která odvádí nahromaděný liquor z poškozených odvodných cest zpět do krevního řečiště.

Výskyt spiny bifidy a prognózu dalšího vývoje uvádí následující obrázek:



Obr. č. 2: Spina bifida v ČR celkem – skutečné hodnoty (1961–2002) a odhadované počty (2003–2030)⁷²

4.7.2 Malformace končetin

Malformace končetin, zvláště pokud jsou většího rozsahu, patří obecně mezi velmi nápadná postižení, přinášející svému nositeli řadu problémů. V některých případech se jedná pouze o kosmetický efekt, v jiných případech má postižení za následek závažné poruchy a omezení hybnosti. **Vrozenými vadami končetin rozumíme odchylky od normálního stavu končetiny přítomné v okamžiku narození.** Tato postižení se v odborné literatuře někdy označují souborným názvem **dysmelie**. V závislosti na stupni postižení rozeznáváme potom následující formy dysmelie:

- **amelie**, což je vrozená absence celé končetiny,
- **peromelie**, což je vrozená absence části paže (předloktí, ruka),

⁷² ŠÍPEK, A., GREGOR, V., HORÁČEK, J., KROFTA, L., MAŠÁTOVÁ, D.: *Vrozené vady v České republice – odhady incidencí v příštích letech*. [online] Dostupné: <http://www.vrozenevady.cz/odhady.php> [cit. 21. 12. 2006]

- **mikromelie**, což je celkové zmenšení končetiny,
- **fokomelie**, při které malformované končetiny ve tvaru ploutve nasedají přímo na ramena.

Při postižení samotné ruky se nejčastěji vyskytují tyto vady⁷³:

- **Polydaktylie**, kdy končetina obsahuje více než 5 prstů. Vyskytuje se nejčastěji na straně malíku nebo palce, zmnožen však může být i některý z centrálních prstů. Řešením je chirurgická amputace nadbytečného prstu.
- **Oligodaktylie** je stav, kdy končetina obsahuje méně než 5 prstů. Nejčastěji chybí palec a malík. Zatímco chybějící malík je spíše kosmetická záležitost, chybějící palec znamená těžké postižení úchopových funkcí ruky.
- **Syndaktylie** představuje srůst dvou a více prstů. Srůstem mohou být postiženy jak měkké tkáně, tak i kosti (syndaktylie synosální). Srůst většího počtu prstů dává vznik extrémní deformitě, která je nazývána „lžicovitá ruka“. Tyto závažné deformity se upravují chirurgickým rozdělením prstových paprsků.

Kongenitální malformace mají jednak příčiny **genetické**, a jednak mohou vznikat i na základě **účinku některých látek** (např. cytostatika, thalidomid) na vyvíjející se plod.⁷⁴ Abúzus drog, tabáku či alkoholu může rovněž ovlivnit vývoj dítěte, ale tyto látky nejsou přímo spojovány se vznikem některé vrozené vady.

■ 4.8 Specifika edukace žáků s tělesným postižením

Výchova a vzdělávání žáků s tělesným postižením (a v širších souvislostech je možné hovořit i o výchově a vzdělávání mládeže a dospělých) je nezastupitelnou **součástí komprehenzivní rehabilitační péče**, spolu s rehabilitací léčebnou, pracovní a sociální. Tělesně postižení žáci jsou žáci se speciálními vzdělávacími potřebami. Ve většině případů tělesného postižení však **nedochází ke snížení mentálních schopností** žáků, což předurčuje i přístupy k edukaci tělesně postižených.

⁷³ PECH, J.: *Deformity ruky nerevmatického původu*. Praha, ČLS JEP 2001.

⁷⁴ Známy je případ thalidomidu, který byl indikován v 50. a 60. letech 20. století ve 38 zemích světa jako sedativum a hypnotikum pro těhotné ženy. Byl přímo určen pro potlačení těhotenských nevolností. Následkem užívání tohoto farmaka se narodilo (především v západní Evropě) 12.000 dětí postižených nějakou formou malformace, především fokomelií či amelií. K vyvolání fokomelie postačilo i užití jediné tablety tohoto přípravku! Prodával se pod obchodními názvy Contergan, Thalomid, Distaval, Talimol, Kevadon, Seftedon, Neurosedyn, Imidan, Sedilab. Vyroben byl firmou Grünenthal Chemie v Německu v roce 1957. V bývalém Československu však nikdy nebyl v oficiální distribuci.

Podle současné legislativní úpravy⁷⁵ probíhá vzdělávání žáků s tělesným postižením:

- formou **individuální integrace** (především v běžné škole nebo ve speciální škole určené pro žáky s jiným druhem zdravotního postižení),
- formou **skupinové integrace** (vzdělávání žáka ve třídě, oddělení nebo studijní skupině zřízené pro žáky se zdravotním postižením v běžné škole nebo ve speciální škole určené pro žáky s jiným druhem zdravotního postižení),
- ve **škole samostatně zřízené pro žáky se zdravotním postižením** (mateřská škola pro tělesně postižené, základní škola pro tělesně postižené, střední škola pro tělesně postižené – tj. střední odborné učiliště pro tělesně postižené, odborné učiliště pro tělesně postižené, praktická škola pro tělesně postižené, gymnázium pro tělesně postižené, střední odborná škola pro tělesně postižené),
- kombinací výše uvedených forem.

Žák se zdravotním postižením se přednostně vzdělává formou individuální integrace v běžné škole, pokud to odpovídá jeho potřebám a možnostem a podmínkám a možnostem školy.

Pro individuálně integrovaného žáka, ale případně i pro žáka integrovaného skupinově a žáka speciální školy, se podle vyhlášky MŠMT ČR č. 73/2005 Sb. stanovuje tzv. **individuální vzdělávací plán (IVP)**. Ten vychází ze školního vzdělávacího programu příslušné školy, závěrů speciálně pedagogického vyšetření, popřípadě psychologického vyšetření školským poradenským zařízením, popřípadě doporučení registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost nebo odborného lékaře nebo dalšího odborníka, a vyjádření zákonného zástupce žáka nebo zletilého žáka. **Individuální vzdělávací plán je závazným dokumentem pro zajištění speciálních vzdělávacích potřeb žáků.**⁷⁶

Podle O. Zelinkové (2001)⁷⁷ je v obecné rovině chápán význam IVP na těchto úrovních:

Úroveň první:

- umožňuje žákovi pracovat podle jeho schopností, individuálním tempem, bez ohledu na učební osnovy, bez stresujícího porovnávání se spolužáky;
- není překážkou k dalšímu vzdělávání, ale pomůckou k lepšímu využití předpokladu;

⁷⁵ Vyhláška MŠMT ČR č. 73/2005 Sb. o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných, ze dne 9. února 2005

⁷⁶ §6, odst. 2 vyhlášky MŠMT ČR č. 73/2005 Sb. o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných, ze dne 9. února 2005

⁷⁷ ZELINKOVÁ, O.: *Pedagogická diagnostika a individuální vzdělávací program*. Praha, Portál 2001.

- má též hodnotu motivační;
- pozitivně působí pocit, že učitel chce dítěti pomoci, dává mu šanci být lepší;
- cílem není hledat úlevy, ale najít optimální úroveň, na níž může žák pracovat.

Úroveň druhá:

- umožňuje učiteli pracovat s dítětem na úrovni, které dítě dosahuje;
- je východiskem plánovitě aktivity ve vztahu ke konkrétnímu žákovi;
- je vodítkem pro individuální vyučování a hodnocení;
- údaje získávané v průběhu edukace slouží jako zpětná vazba a vedou k úpravě plánu podle dosažených výsledků.

Úroveň třetí:

- do přípravy se zapojují i rodiče, kteří se tak stávají spoluodpovědnými za výsledky práce žáka;
- jsou seznámeni se stávající situací a perspektivou dítěte;
- využívají svého práva ve vztahu k dítěti, ale též na sebe přebírají odpovědnost.

Úroveň čtvrtá:

- aktivní účast žáka mění jeho roli;
- žák není pasivním objektem působení učitele a rodičů;
- žák přebírá odpovědnost za výsledky reedukace.

O. Zelinková (2001)⁷⁸ vymezuje rovněž obecné principy při tvorbě a sestavování IVP:

- Vychází z diagnostiky odborného pracoviště (pedagogicko psychologická poradna, speciálně pedagogické centrum), bere na vědomí rodinnou anamnézu, osobní anamnézu, přebírá údaje o úrovni rozumového vývoje žáka a shromažďuje poznatky upřesňující diagnózu.
- Vychází z pedagogické diagnostiky učitele, využívá údajů získaných testy, uplatňuje vlastní zkušenosti a intuice.
- Respektuje závěry z diskuse se žákem a rodiči. Aktivitu rodičů je třeba podpořit přesnými informacemi. Podíl žáka se mění v závislosti na jeho věku a vyspělosti.
- IVP vychází ze školního vzdělávacího programu příslušné školy a je vypracováván pro ty předměty (případně složky výchovy), kde se handicap výrazně projevuje. Zpracovává ho osoba, která provádí reedukaci, přičemž respektuje obsah vzdělávání a cílové kompetence žáka. Je závazným dokumentem pro zajištění speciálních vzdělávacích potřeb žáka.

⁷⁸ ZELINKOVÁ, O.: *Pedagogická diagnostika a individuální vzdělávací program*. Praha, Portál 2001.

- Reedukační proces je zaměřený na zmírnění nebo odstranění poruchy a příznaků s ní spojených, sleduje cíle vzdálené (přechod na další stupeň vzdělávání), cíle dlouhodobé (co by se měl žák naučit v daném roce), cíle krátkodobé (co by měl zvládnout v nejbližší době) a respektuje individuální potřeby žáka (alternativní činnosti v průběhu intervence).

Tělesně postižený žák (pokud samotné pohybové postižení nedoprovází další postižení, jako jsou smyslové vady, mentální retardace či závažné vady řeči) **by měl plnit požadavky RVP ZV**, resp. školních vzdělávacích programů. Může využít možnosti rozložení učiva do deseti ročníků. Obecně platí, že s použitím **kompensačních pomůcek** může tělesně postižený žák úspěšně absolvovat všechny předměty. Obtíže činí obvykle předměty náročné na psychomotorickou koordinaci a zejména rozvoj jemné motoriky, jako jsou geometrie, výtvarná výchova a tělesná výchova. V těchto případech je třeba upravit obsah vzdělávání těchto předmětů, aby vyhovoval individuálním možnostem a schopnostem postiženého jedince.

Gruber (1992) uvádí následující speciální metodická a didaktická opatření pro vyučování tělesně postižených žáků⁷⁹:

- Výběr obsahu vzdělávání musí zohledňovat různé zkušenosti a zájmy tělesně postižených dětí.
- Ohraničení učební látky na podstatné procesy, důraz klást na logickou stavbu učiva.
- Poskytnout dostatečný výběr pomůcek, pracovních prostředků, technických přístrojů a pomůcek při psaní každého druhu.
- Poskytovat tělesně postiženému dítěti více podnětů k vlastní práci, k samostatnému myšlení a činnosti.

■ 4.8.1 Podmínky integrace tělesně postiženého žáka

Integraci postiženého člověka do běžné školy chápe J. Jesenský (1995) jako „dynamický, postupně se rozvíjející pedagogický jev, ve kterém dochází k partnerskému soužití postižených a intaktních na úrovni vzájemné adaptace podílu na řešení výchovně vzdělávacích situací.“⁸⁰ **Individuální integrace** znamená plné začlenění dítěte s tělesným postižením do přirozeného sociálního prostředí majoritní společnosti, zde představované skupinou zdravých spolužáků. Je náročná na odborné vedení a **prostředky speciálně pedagogické podpory**. Na druhé straně kontakt žáků s přirozeným prostředím není ome-

⁷⁹ GRUBER, H.: *Allgemeine Sonderpädagogik: Grundlagen des Unterrichts für Schüler mit Schulschwierigkeiten und Behinderungen*. Vien, Jugen und Volk 1992.

⁸⁰ JESENSKÝ, J.: *Kontrapunkt integrace zdravotně postižených*. Praha, Karolinum 1995.

zen tak výrazně, jako je tomu u speciálních škol, a vůbec ne tak drasticky, jako je tomu u internátních škol či dokonce ústavů.

Individuální integrace žáka s tělesným postižením vyžaduje splnění celé řady podmínek, na které se nyní blíže zaměříme.

Připravenost dítěte

Dítě, jež chceme integrovat, musí být přiměřeně adaptabilní, mít dostatečnou míru volných vlastností, aby svým chováním a svými projevy nenarušovalo průběh vyučování. Za základní podmínku přitom považujeme zejména **odpovídající rozumové schopnosti**, aby bylo schopno zvládat požadavky individuálního vzdělávacího plánu, který mnohdy představuje podstatu ŠVP s různou úrovní redukce, případně vypuštění některých předmětů. Pokud je však dítě osvobozeno z více předmětů, je vhodnější jeho umístění do speciální školy. Druh a stupeň postižení nesmí vyžadovat nadměrnou individuální péči v hodinách na úkor ostatních, což by mohlo být příčinou negativního postoje ostatních dětí a často také jejich rodičů. Na druhé straně je podle současné legislativní úpravy možné zřízení funkce **asistenta pedagoga**⁸¹. Stejně jako u dítěte zdravého je vhodné, aby bylo k návštěvě školy připravováno a motivováno. Nemělo by být stresováno případnými obavami či nereálnými očekáváními rodičů a ostatních dospělých.⁸²

Připravenost rodiny

Úspěšná integrace dítěte s tělesným postižením do běžné školy se neobejde bez aktivního přístupu jeho rodičů. Ti nejprve musí dospět k rozhodnutí o daném typu vzdělávání svého dítěte a najít školu schopnou a ochotnou přijmout dítě s postižením. Přitom musí počítat s nutností větší osobní angažovanosti než v případě umístění ve speciální škole. Rodiče musí především zajistit **bezpečnou dopravu dítěte** do školy a ze školy, případně další **obslužné činnosti**.⁸³

⁸¹ *Vyhláška MŠMT ČR č. 73/2005 Sb. o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných, ze dne 9. února 2005*: Hlavními činnostmi asistenta pedagoga podle této právní úpravy jsou pomoc žákům při přizpůsobení se školnímu prostředí, pomoc pedagogickým pracovníkům školy při výchovné a vzdělávací činnosti, pomoc při komunikaci se žáky, při spolupráci se zákonnými zástupci žáků a komunitou, ze které žák pochází. V současné době je však zřizování funkcí pedagogického asistenta na školách značně limitováno ekonomickými podmínkami škol.

⁸² MICHALÍK, J.: *Škola pro všechny aneb integrace je když*. Vsetín, Integraf 2002.

⁸³ Velmi výrazně může být rodině nápomocna služba osobní asistence. Osobní asistent pomáhá většinou při školní docházce a též při volnočasových aktivitách. Poskytuje se především dětem na základních a speciálních školách. Jeho činnost spočívá v doprovodech a dopravě

Je třeba rovněž zajistit **kvalifikovanou podporu při učení dítěte doma**. Ve vyučovacím procesu postižených dětí se často i rodiče dopouštějí vážné chyby, pokud se domnívají, že dítěti pomohou odstranit školní nedostatky tím, že se s ním budou dlouho individuálně učit. Především dítě s diagnózou dětské mozkové obrny musí zvládat spíše **menší celky učiva**, které jsou v různých obměnách opakovány, a musí se **učit v krátkých časových intervalech s přestávkami**.⁸⁴

Velmi důležitá je spolupráce rodičů se školou a včasná informovanost učitelů o změnách zdravotního stavu dítěte. Spolupráce rodičů se školou by měla spočívat ve vytvoření optimálního denního režimu dítěte, v jednotném výchovně vzdělávacím postupu a v **přiměřenosti požadavků na dítě** v závislosti na jeho individuálních schopnostech. Velkou pomoc může rodič poskytnout zejména při motivování dítěte, při vyhledávání jeho oblíbených činností a zvláštních dovedností.

J. Svobodová (1997) uvádí, že je třeba sledovat pozitivní znaky, nejen překážky edukativního procesu. Přesto je nutná připravenost rodičů na neúspěch. Je třeba brát vzdělávací proces jejich dítěte za otevřený různým možnostem a formám vzdělávání.⁸⁵

Připravenost učitelů

Jednou z velmi významných podmínek úspěšné integrace žáka s tělesným postižením je motivovanost učitele a jeho kladný postoj k integraci. Učitel musí být dostatečně připravený, speciálně pedagogicky informovaný.⁸⁶ Nedostatečné **vzdělání v oblasti speciální pedagogiky** považují samotní učitelé za jeden z faktorů bránící integraci. A. Malach (1998) tvrdí, že „integrace žáků, vyžadujících zvláštní péči, vyžaduje speciální přípravu učitelů v pregraduální i postgraduální přípravě učitelů tak, aby nedocházelo k újmě postižených ani ostatních žáků a k přetížení učitelů“⁸⁷. Hlavním úkolem učitele v běžné škole

do školy a ze školy, v pomoci při vlastním vyučování, při přesunech v rámci školy, při použití toalety apod. Osobní asistent tedy dělá to, co dítě k výuce nutně potřebuje, ale co vzhledem ke svému postižení dělat samo nemůže. Pouze díky této službě může těžce zdravotně postižené dítě navštěvovat běžná školská zařízení, a tím dosáhnout integrace mezi zdravé děti. Osobní asistenci provádí pracovník sociální péče. Osobní asistenci poskytují nestátní neziskové subjekty, kterým je MPSV ČR poskytována dotace na provoz. Díky finančním omezením není možné plně uspokojovat poptávku po osobní asistenci. Rodiče postiženého žáka mohou však služby osobní asistence uhradit.

⁸⁴ KRAUS, J., ŠANDERA, O.: *Tělesně postižené dítě*. Praha, SPN 1975.

⁸⁵ SVOBODOVÁ, J.: *Předškolní příprava dítěte s postižením hybnosti v SPC*. Brno, MU 1997.

⁸⁶ TITZL, B.: *Péče o tělesně postižené dítě*. Praha, Sborník 1985.

⁸⁷ MALACH, A.: *Obec a škola v procesu druhé vlny porevolučních změn*. Brno, Masarykova Univerzita 1998.

je **pomoci dítěti s tělesným postižením začlenit se do kolektivu**. Nezanebatelným úkolem je připravit na jeho příchod jeho spolužáky. Před nástupem handicapovaného žáka se doporučuje nastávajícím spolužákům náležitě vysvětlit problémy dítěte, eventuálně pro ně zorganizovat praktické zkoušení například jízdy na vozíku, psaní nedominantní rukou, práce pouze jednou rukou, apod.⁸⁸ **Jednání učitele s handicapovaným žákem a jeho postoje jsou vzorem pro ostatní děti.** (Lang, Berberichová 1998).

Ke správnému zprostředkování a vysvětlení problému musí být učitel nejdříve sám seznámen se zdravotním, fyzickým i psychickým stavem nového žáka, s případnými poruchami percepce, s jeho specifickými poruchami učení, atd. Znalost zdravotního stavu a vcítění se do situace žáka je základem k vhodnému přístupu k dítěti. Například při výuce žáka s dětskou mozkovou obrnou je nutné mít na paměti, že stres výrazně zvyšuje jeho psychické i svalové napětí a důrazné povzbuzování dítěte ke slovnímu projevu nepomáhá, spíše naopak.

Připravenost školy

Požadavky na vybavení školy integrující tělesně postiženého žáka jsou determinovány především snahou o **zajištění maximální mobility žáka**. Žák se sníženou mobilitou potřebuje mít všechny učebny a další části školy, které využívá (WC, jídelna, šatna apod.), dobře přístupné. Postižený žák by měl být ve škole co nejméně závislý na druhých osobách. Je tedy zapotřebí technicky upravit školní zařízení, rozšířit dveře pro žáky na vozíku, snížit umístění klik u dveří, bezbariérově zpřístupnit učebny, vybavit schodiště výtahem či výtahovou plošinou, madly apod.

Další z problematických otázek je **sezení a polohování žáka** během vyučování. V praxi se osvědčilo využít zkušeností fyzioterapeutů a rehabilitačního personálu, vybrat vhodné polohovací židle, vertikalizační stojany, mechanické či elektrické vozíky, odpočinkové pohovky, relaxační kouty. Žákům je rovněž třeba umožnit v závislosti na jejich individuálním stavu měnit polohy během vyučování. Důležité je, aby žák měl možnost co nejvíce **samostatného pohybu**. Naopak při činnostech vyžadujících jeho soustředění (například při čtení a psaní) je nutné **stabilizovat** jeho tělo speciálními pomůckami (popruhy, klíny, vestičkami, polštáři atd.).⁸⁹

Škola by měla respektovat princip návštěvy školy nejbližší místu bydliště, ale právě u dětí s tělesným postižením nelze tento požadavek vždy zajistit.

⁸⁸ LANG, G., BERBERICHOVÁ, CH.: *Každé dítě potřebuje speciální přístup*. Praha, Portál 1998.

⁸⁹ MLÝNKOVÁ, E.: *Edukace žáků s více vadami v základní škole*. Brno, Masarykova Univerzita 2006.

Pokud se škola rozhodne přijmout tělesně postižené dítě, je především nutné zajistit vhodné sociální klima a zejména vhodný kolektiv spolužáků.⁹⁰ Je třeba počítat i s tím, že vhodnost sociálního klimatu bude permanentně inovována podle vztahů, které budou vznikat.

Speciální pomůcky

Tělesně postižený žák potřebuje ke své každodenní školní práci **speciální pracovní pomůcky**, případně upravené věci denní potřeby. Pro psaní a kreslení využívají trojhranný program psacího náčiní, který vede ke správnému držení psacích potřeb, používají různé molitanové či plastové nástavce, speciální držáčky, desky, protismykové podložky, těžítka apod. Pro rozvoj manuálních dovedností a jemné motoriky se využívají dřevěné hračky a stavebnice, textilní didaktické hračky, lepené modely, stavebnice z různých přírodních materiálů, tiskátka, speciálně upravené nůžky, rám na malování (do mouky, písku apod.), hlína, pískovnička a další.

V tělesné výchově se používají molitanové stavebnice, terapeutický bazén, rehabilitační míče a míčky, cvičební padák, žíněnky, gymnastický pás, různé soupravy pro tělesnou výchovu obsahující míče, stopy, kuželky, balanční půlvalce a další.⁹¹

Využití výpočetní techniky

Jednou z vůbec nejvýznamnějších pomůcek pro tělesně postižené žáky se ukazuje být **výpočetní**, resp. **hypermediální technika**. Slouží nejen jako zdroj informací (s využitím internetu takřka neomezený), ale především je prostředkem komunikace postiženého člověka s okolním světem (e-mail, webové prezentace, komunikační software typu ICQ, IRC, QIP, Trillian, Miranda, MSN, Skype atd.). Výpočetní technika se tak stává velmi **výrazným socializačním faktorem**. Stále větší uplatnění nachází hypermediální technika i jako významný **didaktický prostředek**, zvláště ve spojení s tzv. interaktivními tabulemi (Smart Board). V současné době je rovněž vytvořeno mnoho výukových programů usnadňujících žákům s tělesným postižením i kombinovanými vadami jejich výuku a vzdělávání.⁹²

Ovládání počítače je přes klávesnici. Existuje řada úprav klávesnic pro tělesně postižené s omezenou motorikou horních končetin, řada speciálních tlačí-

⁹⁰ JANOVSÝ, J.: *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. Praha, Triton 2001.

⁹¹ MLÝNKOVÁ, E.: *Edukace žáků s více vadami v základní škole*. Brno, Masarykova Univerzita 2006.

⁹² KUBÍČOVÁ, Z., KUBÍČE, J.: *Kompenzační a didaktické pomůcky*. Praha, Septima 2001.

tek citlivých na dotyk, které individuálně postiženému dítěti umožňují plnohodnotné využití počítače. Tlačítka se mohou spínat rukama, nohama, loktem, popřípadě jiným pohybem, kterého je žák schopen. Tlačítka mohou být membránová, pneumatická, magnetická, citlivá na světlo, ale např. i na proud vzduchu vyfouknutý z úst. Místo myši se používá velký trackball, který nahrazuje pohyb myši pouhým otáčením kuličky. K ovládání trackballu tak pohodlně postačí i hrubší motorika.

Žáci mají možnost využívat rovněž různě upravené alternativní klávesnice s otvory pro jednotlivá tlačítka, zvětšené klávesnice, barevně odlišené apod. Klávesnici je možno umístit do polohy vyhovující žákovi a umožnit mu její ovládání individuálně podle jeho možností a schopností. V některých případech, např. když horní končetiny nejsou schopny ani hrubé motoriky, je výhodné využití dotykového displeje a tzv. obrazovkové klávesnice umístěné přímo na monitoru počítače (tento systém využívají např. Pocket PC, PDA, některé Smartphony). Pomocí speciální tyčinky (stylusu) tak mohou postižení „vytukávat“ text přímo ústy.

Komunikativní dovednosti

Specifickým pro vzdělávání tělesně postižených žáků je předmět **dorozumívací dovednosti**. Předmět rozšiřuje na 1. stupni základní školy vyučování mateřského jazyka a na 2. stupni se zaměřuje na zvládnutí naukových předmětů, a to 1–2 hodinami týdně. Obsahem dorozumívacích dovedností je **řečová výchova**, kterou provádí učitel ve spolupráci s logopedem pomocí dechových, fonetických a artikulačních cvičení a snaží se odstranit zábrany a obavy z mluveného projevu. Dále zahrnuje speciální výcvik čtení, odstraňování těžkostí při čtení včetně dyslexie. Třetí složkou je speciální výcvik psaní pomocí **grafomotorických cvičení**, výuka **psaní alternativními způsoby** při psaní protézou, ústy apod. Poslední složkou předmětu dorozumívací dovednosti je **výuka psaní na počítači**, ovládání a obsluha počítače.⁹³

■ 4.8.2 Kurikulární aspekty vzdělávání tělesně postižených v ČR

Pokud se k tělesnému postižení nepřidružuje mentální retardace, jsou tělesně postižení žáci vzdělávání podle platných **kurikulárních dokumentů** pro příslušný stupeň vzdělávání, tedy na úrovni primárního a nižšího stupně sekundárního vzdělávání podle vzdělávacích programů Základní škola, Obecná a Občanská škola, Národní škola a podle Rámcových (resp. školních) vzdělá-

⁹³ MLÝNKOVÁ, E.: *Edukace žáků s více vadami v základní škole*. Diplomová práce. Brno, Masarykova univerzita 2006.

vacích programů, samozřejmě s možností využít individuální vzdělávací plán. Žáci s **kombinovaným postižením** (zejména tělesným a mentálním) jsou vyučováni podle vzdělávacích programů určených pro **příslušný stupeň mentální retardace** (viz kap. č. 6). Při vzdělávání tělesně postižených mohou být realizovány i vzdělávací programy Zvláštní škola, Pomocná škola a Rehabilitační program pomocné školy, v závislosti na stupni přidružené mentální retardace. Tyto vzdělávací programy je sice možné realizovat ve kterékoliv vzdělávací instituci, v řadě případů je však pro tělesně postiženého žáka vhodné nebo dokonce nezbytné vzdělávat se v některém z typů **speciálních škol pro tělesně postižené**. Edukace v těchto školách probíhá v těsné součinnosti se speciálně pedagogickými centry pro tělesně postižené a s rehabilitačním zařízením. Edukační činnost musí být v takových školách koordinována s činností rehabilitační. Přímo součástí školy bývají i **centra léčebné rehabilitace**. Ve speciálních školách pro tělesně postižené je samozřejmostí využívání speciálních pomůcek, výpočetní techniky či rozvoj komunikativních dovedností.

Dále uvádíme přehled možností edukace tělesně postižených ve školách v ČR. Přehled zahrnuje jak běžné školy, které umožňují integraci tělesně postižených, tak speciální školy pro tělesně postižené.

Tab. V. Přehled vybraných možností vzdělávání tělesně postižených v ČR

Škola	Popis
Základní školy	
Jedličkův ústav a školy pro tělesně postižené hlavního města Prahy	Nabízí základní školu, základní školu praktickou, přípravný ročník před ZŠ a kurz pro doplnění základního vzdělání.
Základní škola v Praze 4 – Michle	Bezbariérová ZŠ, rampy pro vozíčkáře, výtahy, upravené soc. zařízení a prostory pro stravování.
31. základní škola, Plzeň 1	ZŠ s integrací tělesně postižených dětí, bezbariérové přístupy, schodišťové plošiny, učebny vybaveny speciálními pomůckami.
ZŠ Zdeňka Fibicha, Valašské Meziříčí	Bezbariérové přístupy.
ZŠ Žerotínova, Valašské Meziříčí	Nainstalováno přepravní zařízení.
ZŠ Křižná, Valašské Meziříčí	Nainstalováno přepravní zařízení.
Základní škola Integraf, Vsetín	Specializuje se na výuku dětí s různými druhy postižení, snaha o celkovou bezbariérovost.
ZŠ Pod Skalkou, Rožnov pod Radhoštěm	Bezbariérový vstup, celé přízemí a pavilony s učebnami.

Škola	Popis
Základní školy	
Speciální školy pro tělesně postižené, Opava	Součástí školy jsou: speciální ZŠ pro tělesně postižené, zvláštní škola pro TP, pomocná škola pro TP, přípravný stupeň pomocné školy pro TP, školní družina, školní jídelna, rehabilitace. Speciální škola poskytuje: výuku dle individuálního výukového programu v případě potřeby, redukci učiva, případně rozložení ročníku, výuku psaní na PC u těžších forem TP, využití výukových programů na PC a internetu, v pracovním vyučování používání spec. kompenzačních pomůcek, aplikovanou tělesnou výchovu.
Soukromá základní škola praktická a základní škola speciální pro děti s více vadami	Škola s bohatou činností pro zdravotně postižené děti, vč. tělesně postižených vozíčkářů. Kromě školních vyvíjí škola i mimoškolní aktivity, rekondiční pobyty.
Střední školy a vyšší odborné školy	
Jedličkův ústav a školy pro tělesně postižené hlavního města Prahy	Nabízí gymnázium, sociálně správní školu, obchodní školu, praktickou rodinnou školu, praktický výcvik ke třem učebním oborům (obuvník, knihař, švadlena).
Gymnázium Jana Nerudy, Praha 1	Bezbariérový přístup, šestileté a osmileté gymnázium, lze si vybrat zaměření studia.
Gymnázium Jiřího Gutha-Jarkovského, Praha 1	Osmileté gymnázium s všeobecným zaměřením, škola umožňuje studium zdravotně postiženým studentům, má bezbariérový přístup, absolventi jsou připravováni pro vysokoškolské studium nebo pro práci v oblasti managementu.
Gymnázium Bernarda Bolzana, o. p. s., Praha 8	Čtyřleté gymnázium se všeobecným zaměřením, škola má vybudovány bezbariérové přístupy.
Gymnázium Jižní Město, Praha 4	Nabízí prezenční i dálkové studium (při zaměstnání), bezbariérový přístup ke škole i učebnám (výtah), škola disponuje pomůckami pro tělesně postižené.
Gymnázium Jana Keplera, Praha 6	Bezbariérová státní škola, čtyřleté a osmileté gymnázium.
Obchodní akademie, obchodní škola a praktická škola pro tělesně postižené, Jánské Lázně	Pro mládež s postižením pohybového aparátu. Škola je zcela bezbariérová, v objektu sídlí rehabilitační pracoviště s odborným personálem, v internátu je trvale služba zdravotní sestry, studentům pomáhají asistenti. Součástí školy je také Speciálně pedagogické centrum a Sportovní centrum.

Škola	Popis
Soukromá obchodní akademie Praha, s. r. o.	Česko-anglická škola zaměřená na zahraniční obchod, jazyky a výpočetní techniku. Studenti s tělesným postižením neplatí školné.
Euroškola Praha, střední odborná škola, s. r. o., Praha 9	Soukromá škola integrující vozíčkáře do výchovně vzdělávací činnosti, nabízí tříleté dálkové studium v oboru Ekonomika a podnikání.
Vyšší odborná škola, Střední průmyslová škola a Obchodní akademie, Čáslav	Část budovy školy je řešena bezbariérově (nájezdová rampa, výtah do 1. patra), pro tělesně postižené nabízí střední odborné vzdělání, vyšší odborné studium, rekvalifikační a vzdělávací kurzy.
SOŠ a SOU technické, Praha 9	Čtyřleté studium s maturitou: asistent podnikatele, dále učební obory. Částečně bezbariérový přístup.
SOŠ a SOU obchodu a služeb, s. r. o., Praha 4	Soukromá škola, pro tělesně postižené studenty otevírá obory aranžér a management obchodu.
Centrum odborné přípravy – integrovaná střední škola, Sezimovo Ústí	Nabídka vzdělání v oblastech: komplexní automatizace, mechatronika, strojírenství, elektronika a elektrotechnika, ekonomika a obchod, výpočetní technika. Zpřístupněna pro tělesně postižené.
Kociánka Brno	Umožňuje mládeži s tělesným postižením přípravu na povolání ve dvou a tříletých oborech (např. dámská a pánská krejčovská, brašnář, mechanik a opravář strojů, mechanik elektrozařízení, zahradník, výroba kožené galanterie, atd.). Pro absolventy základních škol jsou připraveny možnosti výuky v rodinné škole, obchodní škole a obchodní akademii (s maturitou). Možnost vzdělávání handicapovaných občanů z celé ČR v týdenních kurzech výpočetní techniky.
Střední odborná škola a střední odborné učiliště pro tělesně postiženou mládež, Ostrava	Výchovně vzdělávací program školy zahrnuje učební obory (jen pro ZPS, ZTP a ZTP/P), rodinnou školu (dvouletou), studijní obor Výchovná a humanitární činnost a vzdělávací programy (studijní a učební obory). Škola rozlohou a vybavením splňuje podmínky pro výuku žáků zdravotně postižených – součástí školy je bezbariérový domov mládeže, dále je zde tělocvična, bazén, hřiště, rehabilitační linka, klubovny, společenský sál atd. V areálu školy se rovněž nachází autoškola, kde mohou zdraví a zdravotně postižení žáci získat řidičské oprávnění skupiny B. Učebny jsou vybaveny kompenzačními pomůckami a technikou.

Škola	Popis
Střední polygrafická škola Praha, s. r. o.	Nabízí studium v učebním oboru knihaž/ka.
Vyšší odborná škola sociálně právní, Praha 10	Státní škola se zaměřením na obor sociální práce, škola přijímá uchazeče se zdravotním postižením, má bezbariérový přístup.
Vysoké školy	
Univerzita Karlova, Praha	Některé budovy UK (příp. jejich části) jsou již tělesně postiženým přístupné – např. Právnická fakulta (bezbariérový výtah), Fakulta tělesné výchovy a sportu (šikmá nájezdová rampa), Filozofická fakulta (nájezdy), areál Karolina a Pedagogické fakulty (výtahová plošina) atd. Speciální poradna pro handicapované studenty.
Masarykova Univerzita, Brno	Fakulta informatiky nabízí kompletně bezbariérové prostředí s mnoha nadstandardními vymoženostmi, zajištění bezplatných pomůcek, poskytování individuálního poradenství.
Stavební fakulta VUT, Brno	Bezbariérový přístup, výuka pouze v bezbariérových učebnách a laboratořích.
Vysoká škola veřejné správy a mezinárodních vztahů v Praze	Program pomoci handicapovaným mladým lidem se zájmem o vysokoškolské studium. Bezbariérový přístup, pomoc ve formě osobních asistentů, možnost studia podle individuálních studijních plánů, záruka zcela individuálního přístupu a možnost komunikace se studenty v elektronické podobě.
Vysoká škola báňská – technická univerzita, Ostrava	Umožňuje studium tělesně postiženým, nejvhodnější jsou vybrané obory na fakultě strojní a na fakultě elektrotechniky a informatiky.
Technická Univerzita v Liberci	Centrum dalšího vzdělávání – Akademická poradna pro zpřístupňování VŠ studia lidem se zdravotním postižením. Uskutečňuje program podpory zdravotně postižených studentů. Cílem tzv. „antihandicap programu“ je zpřístupnit vysokoškolské studium lidem s postižením, ke koordinování podpůrných aktivit a poskytování odborné pomoci bylo zřízeno účelové poradenské zařízení. Poradna má celostátní působnost.

■ 4.9 Souhrn

Tělesné postižení je jednou z forem zdravotního postižení a je vymezeno jako přetrvávající nebo trvalé nápadnosti v pohybových schopnostech se stálým nebo značným vlivem na kognitivní, emocionální a sociální výkony. Mezi nejčastější příčiny tělesného postižení patří malformace, svalové dystrofie a především dětská mozková obrna. Ta se vyskytuje buď ve formách spastických, nebo nespastických. Jednotlivé formy mají různou etiologii, různé příčiny a jsou charakterizovány různým stupněm postižení. Dětská mozková obrna je rovněž součástí kombinovaných postižení, kdy se k ní přidružují smyslové poruchy, epilepsie a častá mentální retardace. Vzdělávání žáků s tělesným postižením je realizováno vzhledem k individuálním možnostem postiženého formou individuální integrace, skupinové integrace, ve škole samostatně zřízené pro tělesně postižené. Nezbytnými podmínkami jsou bezbariérový přístup, vybavení školy kompenzačními a rehabilitačními pomůckami, odborná kvalifikace pedagogických pracovníků, spolupráce s příslušným speciálně pedagogickým centrem. Výhodné je využití osobní asistence.

Klíčová slova:

Poškození, Zneschopnění, Znevýhodnění, Dětská mozková obrna, Malformace, Myopatie

Kontrolní otázky a úkoly:

1. Vysvětlíte rozdíl mezi zdravotním postižením a zdravotním znevýhodněním.
2. Vymezte tělesné postižení a jeho základní charakteristiky.
3. Charakterizujte vědní disciplínu somatopedie a její význam.
4. Kterými vlivy a faktory může být způsoben syndrom centrální parézy?
5. Vymezte základní formy dětské mozkové obrny, popište anomálie v psychomotorickém vývoji postižených DMO a specifikujte edukační důsledky, které z postižení vyplývají.
6. Která další postižení mohou být přidružena k DMO?
7. Které jsou příčiny vzniku dětské mozkové obrny? Lze těmto příčinám předcházet? Pokud ano, tak jakým způsobem?
8. Charakterizujte míšní a periferní obrny.
9. Popište některé z forem svalových dystrofií (myopatií) a specifikujte edukační důsledky těchto onemocnění.
10. Vymezte formy výskytu spiny bifidy a charakterizujte vliv postižení na pohybové a mentální funkce postiženého.
11. Která postižení označujeme jako malformace?

12. Co označujeme termínem komprehenzivní rehabilitační péče? Jaká je úloha výchovy a vzdělávání v rámci této péče?
13. Které jsou možnosti vzdělávání žáků s tělesným postižením?
14. Vymezte a vysvětlete pojmy: integrace, individuální vzdělávací plán, kompenzační pomůcky.
15. Popište podmínky nutné pro individuální integraci žáka s tělesným postižením do běžné základní školy.
16. Podle jakých kurikulárních dokumentů jsou vzdělávání žáci s kombinovaným postižením?
17. Zhodnoťte možnosti vzdělávání a následného profesního uplatnění tělesně postižených v ČR.

5 Zdravotní znevýhodnění

Cílem této kapitoly je:

- charakterizovat zdravotní znevýhodnění
- vymezit skupinu nejběžnějších chronických onemocnění, se kterými je možné se ve školní praxi setkat
- popsat záchvatovitá onemocnění, zejména epilepsii
- vyspecifikovat příčiny vzniku epilepsie a její edukační důsledky
- charakterizovat další častá onemocnění ve vztahu ke vzdělávacímu systému (alergie, astma)
- popsat některá chronická onemocnění, která se mohou vyvinout v trvalé tělesné postižení (roztroušená mozkomíšní skleróza)
- seznámit se s výchovnou a vzdělávací rehabilitací zdravotně znevýhodněných

■ 5.1 Vymezení zdravotního znevýhodnění

Jak již bylo uvedeno v předcházející kapitole, současná platná legislativní úprava⁹⁴ rozlišuje mezi zdravotním postižením a zdravotním znevýhodněním. **Jako zdravotní znevýhodnění je chápáno zdravotní oslabení, dlouhodobá nemoc nebo lehčí zdravotní poruchy vedoucí k poruchám učení a chování, které vyžadují zohlednění při vzdělávání.**

Významné edukační důsledky má zejména skupina tzv. **chronických onemocnění**. Jde o onemocnění léčitelná, u kterých je možné zmírňovat příznaky, zpomalovat průběh nemoci, avšak není možné je vyléčit. Chronická onemocnění postihují všechny věkové kategorie (je možný i jejich rozvoj v dospělém věku, např. u alergií) a v každém věkovém období mají svá specifika. Zdravotně oslabený jedinec má **sníženou odolnost vůči dalším onemocněním** a **sklon k recidivám** chorob. Tělesné oslabení bývá provázáno funkčními poruchami vyšší nervové činnosti. Některé děti trpí **psychickými poruchami**, jsou brzo a snadno unavitelné, dráždivé, nemají chuť k jídlu, trpí nespavostí a úzkostnými stavy, nutkavým jednáním a hysterií. U některých dětí se projevují nesprávné hygienické a společenské návyky, objevují se poruchy chování.⁹⁵

⁹⁴ Zákon č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním a středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání

⁹⁵ VÍTKOVÁ, M.: *Paradigma somatopedie*. Brno, MU 1998.

Z medicínského hlediska je skupina chronických chorob, které nejčastěji způsobují zdravotní znevýhodnění jedince, poměrně velmi široká. Patří mezi ně zejména:

- **kardiovaskulární poruchy** (srdeční vady, revmatická postižení srdečních chlopní, vrozené srdeční vady, poruchy způsobené ischemickou chorobou srdeční),
- **onemocnění respirační soustavy** (průduškové astma, cystická fibróza, tuberkulóza),
- **poruchy imunitního systému** (alergie, astma bronchiale, AIDS, autoimunitní onemocnění, např. roztroušená mozkomíšní skleróza),
- **kožní onemocnění** (ekzémy, lupénka),
- **metabolické poruchy** (diabetes, dna, onemocnění ledvin a infekční onemocnění jater),
- **onkologická onemocnění** (benigní a maligní nádory, leukémie),
- **záchvatová onemocnění** (epilepsie, Westův syndrom),
- **poruchy psychiky a chování**

Jako zdravotní znevýhodnění lze chápat i některé **posttraumatické stavy**, které mohou přinášet vleklé zdravotní problémy, případně až vznik zdravotního postižení, a které se negativně projevují i v psychice nemocného člověka.

■ 5.2 Epilepsie

Epilepsie je nejrozšířenější ze záchvatových onemocnění. Epilepsií trpí 0,5–2 % populace, incidence u dětí je ještě větší: 3–5 %.⁹⁶ **Epilepsie je onemocnění, při kterém dochází k výskytu opakovaných časově limitovaných příhod – záchvatů, které se objevují buď spontánně, bez provokující příčiny, nebo při podmínkách, které běžně u člověka záchvaty nevyvolávají.**

Je pro ni charakteristická abnormální nadměrná elektrická, resp. elektrochemická aktivita určitých částí mozku způsobená přechodnou poruchou činnosti neuronů. Jejich zvýšená dráždivost vede ke vzniku abnormálně intenzivních výbojů. Při epileptických záchvatech (které jsou jedním z projevů epilepsie) je ve shodný časový úsek aktivováno velké množství neuronů, což se projevuje pestrou škálou symptomů, které jsou determinovány podle místa a rozsahu jako tzv. **epileptogenní zóny**. Je třeba zdůraznit, že ojedinělý výskyt epileptického záchvatu ještě neznamená, že jedinec trpí epilepsií. Nicméně nejméně 5 % všech lidí prodělá v průběhu svého života alespoň jeden epileptický záchvat. K vyvolání epileptického záchvatu mohou přispět různé okolnosti, kupříkladu nedostatek spánku, horečka, vyčerpání, některé léky, alkohol, hypoglykémie, nízké hladiny hořčíku či vitaminů B-komplexu v krvi atd. Asi

⁹⁶ VÁGNEROVÁ, M.: *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha, Portál 1998.

1% všech nemocných epilepsií trpí tzv. **fotosenzitivní epilepsií**, kdy může záchvat vyvolat určitá frekvence blikání (např. v televizi, filmech, na diskotékách atd.).

Etiologie této nemoci není jednotná. V zásadě můžeme rozlišit tři skupiny epilepsií:

- **idiopatické (primární) epilepsie** (více než 50 % případů), kde nenalezneme žádné patologické změny na mozku ani jiných orgánech. Pravděpodobnou příčinou vzniku těchto epilepsií je určitá dědičná vloha.
- **symptomatické (druhotné) epilepsie**, které se mohou vyvinout po poškození mozkové tkáně. Jejich příčinou může být vrozená anomálie, krvácení do mozku, nádory mozku, záněty mozku, cévní anomálie, gliózní jizvy po proběhnuvším zánětu mozku či po traumatu mozku, intoxikace, metabolická vada, degenerativní změny mozku atd.
- **kryptogenní epilepsie**, které mají zcela nejasnou příčinu.

Epileptické záchvaty se objevují u lidí v kterémkoliv věku. U tří čtvrtin nemocných s epilepsií se objevily první záchvatové stavy před dosažením věku dvaceti let, v tomto období potom maximum nového výskytu záchvatů je do tří let věku a kolem puberty.

■ 5.2.1 Parciální epileptické záchvaty

Je-li abnormální elektrická aktivita neuronů v mozkové kůře omezena jen na určitou oblast, hovoříme o **parciálních (částečných) záchvatech**. Tyto záchvaty vznikají náhle, mohou trvat několik sekund, minut nebo dokonce hodin, mohou přechodně vymizet a pak se opět vrátit, mohou přecházet do záchvatů generalizovaných (viz dále). Podle svého průběhu se i parciální epileptické záchvaty dělí na dva různé podtypy. Hlavní rozdíl mezi těmito dvěma skupinami je **porucha vědomí**, ke které dochází u záchvatů komplexních. Naopak u záchvatů simplexních nebývá vědomí porušeno.

Parciální záchvaty simplexní (jednoduché)

Při těchto záchvatech se mohou objevit samovolné záškuby obličeje, končetiny nebo jedné poloviny těla, přechodné pocity brnění jedné poloviny těla, záblesky před očima, vnímání různých pachů nebo divná chuť v ústech. Původ záchvatů bývá zejména v zadní části čelního laloku, laloku temenním, týlním, někdy i spánkovém. Lokalizace epileptogenního ložiska determinuje v závislosti na přítomných korových centrech příslušné symptomy (je-li ložisko v oblasti týlního laloku, mohou se před záchvatem anebo v průběhu záchvatu objevovat záblesky nebo jiné zrakové vjemy, v oblasti temenního laloku pocity brnění, v oblasti čelního laloku záškuby končetin atd.). Dítě může rovněž pro-

žít emoce (strach, smutek, hněv a zlost) neodpovídající situaci, ve které se nachází.⁹⁷ Podstatným znakem simplexních parciálních záchvatů je však fakt, že **při záchvatu je člověk při plném vědomí**, uvědomuje (a pamatuje) si průběh záchvatu, je **schopen komunikovat**.⁹⁸

Parciální záchvaty komplexní

Tento typ záchvatů se nejčastěji projevuje přítomností **automatických bezmyšlenkovitých činností**. Např. neúčelnou gestikulací, pošklebováním, pomlaskáváním, automatickým upravováním se, přecházením po bytě s bezmyšlenkovitým prohlížením věcí atd. Někdy může jít o činnost značně složitou. Člověk během parciálního komplexního záchvatu nereaguje na oslovení, nekomunikuje. Nicméně během záchvatu člověk **není v bezvědomí**, ale upadá do tzv. **vigilambulantního stavu**. Záchvaty mohou být provázeny i nepřiměřenými emocemi, případně některé i určitými hysterickými stavy, kdy se člověk válí po zemi a provádí bizarní pohyby. U těchto typů záchvatů je epileptogenní zóna obvykle lokalizovaná buď v oblasti čelního nebo spánkového laloku, kde se nacházejí korová centra ovládající např. chování člověka, jeho orientaci a do jisté míry i paměť.

Komplexní parciální záchvaty trvají nejčastěji od 30 sekund do 3 minut, výjimečně mohou však trvat až desítky minut. Po odeznění záchvatu bývají zejména děti ještě po určitou dobu zmatené, dezorientované.

■ 5.2.2 Generalizované epileptické záchvaty

Při generalizovaných epileptických záchvatech postihuje abnormální elektrická aktivita **celý mozek**. Tento typ záchvatů je typický **ztrátou vědomí** a tím, že nemocný si na záchvat **nepamatuje**. Generalizovaným záchvatům někdy předchází tzv. **aura**, která vzniká bezprostředně před záchvatem a trvá několik vteřin. Podle toho, kde je lokalizováno epileptogenní ložisko, z něhož se šíří abnormální elektrická aktivita po celém mozku, může mít i aura různé projevy – pocity brnění, zápachu, zrakových vjemů, záškuby končetin, pocit neskutečnosti atd. Přítomnost aury však nemusí být pravidlem, někdy vzniká generalizovaný záchvat náhle a bez varování, což bývá pro nemocného závažnější.

Generalizované epileptické záchvaty mohou mít různé projevy, podle kterých rozlišujeme několik typů těchto záchvatů.

⁹⁷ MATTHES, A., SCHNEBLE, H.: *Epilepsie u dětí*. Praha, Centrum pro epilepsii v Korku 1996.

⁹⁸ HANSCOMB, A., HUGHES, L.: *Epilepsie*. Praha, Společnost „E“ 1999.

Generalizované tonicko-klonické záchvaty

Ve starší literatuře bývaly označovány jako grand mal. Bezprostředně před záchvatem může u nemocného člověka předcházet aura. Dítě může začít plakat nebo začne lapat po dechu, u starších dětí a dospělých může záchvat začínat výkřikem, následuje pád, ztuhnutí celého těla a **ztráta vědomí**. Objevuje se **tonická fáze záchvatu**, kdy je člověk **v křeči**, celé tělo má napnuté, objevuje se **pěna u úst**, díky křeči dýchacích svalů se objevuje **cyanóza**. Tonická fáze záchvatu trvá přibližně minutu. Poté následuje **klonická fáze záchvatu**, nemocný sebou hází, má škubavé křeče všech končetin, může dojít k pokousání jazyka, tváří a rtů. Nemocný se může pomočit, pokálet, nebo může dojít k zapadnutí jazyka a následnému dušení. Tato fáze záchvatu trvá 2–4 minuty.

Průběh generalizovaného tonicko-klonického záchvatu je dobře patrný na následujícím elektroencefalogramu, kdy jsou patrné abnormální elektrické výboje na všech svodech.



Obr. č. 3: Elektroencefalogram při generalizovaném tonicko-klonickém záchvatu

Generalizovaný tonicko-klonický záchvat **vypadá obvykle velmi hroživě**, přesto není životu nebezpečný. Existuje však **riziko poranění při pádu na zem** a při klonických záškubech. Je proto velmi důležité, zejména předchází-li záchvatu aura, **co nejrychleji dopravit dítě do bezpečí, např. z dosahu silnič-**

ního provozu, z vody apod. a odstranit z jeho bezprostředního okolí veškeré předměty, o které by se mohlo při křečích zranit (nábytek, ostré předměty atd.). Dítě je vhodné umístit do vodorovné polohy na lůžko nebo na zem a uvolnit mu oděv, zejména u krku. Pokud při záchvatu dítě silně sliní, je třeba otočit jeho hlavu na stranu tak, aby mohly sliny z úst volně odtékat, a zabránit se tak riziku jejich vdechnutí.

Po odeznění klonické fáze záchvatu upadá nemocný do **klidného bezvědomí**, dýchá, ustupuje cyanóza a vrací se mu normální barva. Zornice jsou dilatovány a nereagují ani na osvětlení. Probírání se ze záchvatu probíhá postupně a může trvat minuty až desítky minut. Po záchvatu mohou být zejména děti **přechodně zmatené**, spavé, nevědí, co se stalo, mohou bezcílně přecházet a nebo se bezmyšlenkovitě upravovat, mohou na chvíli usnout, může jej bolet hlava. Je poměrně těžké navázat s dítětem kontakt, vyptat se, co se stalo, dítě se **po záchvatu špatně koncentruje** a hledá myšlenky. Během desítek minut se vše vrací do normálního stavu.

Tonické záchvaty

Začínají stejně jako generalizované tonicko-klonické záchvaty, dojde ke **ztuhnutí všech svalů, ale nenásledují žádné záškuby** (klonus). Dítě může spadnout, pokud záchvat přijde, když stojí. Tyto záchvaty bývají obvykle kratší než jednu minutu.

Myoklonické záchvaty (Juvenilní myoklonická epilepsie)

Jak uvádí V. Komárek (2004), vůči těmto záchvatům jsou náchylnější dívky v souvislosti s estrogenním vlivem na CNS (zejména v perimenarcheálním období), současně bývá **zvýšená jak fotosenzitivita, tak citlivost na spánkovou deprivaci**. Typickým projevem jsou prudké (impulzivní) klonické záškuby převážně extenzorů horních končetin, obvykle oboustranné, ale ne zcela symetrické. Charakteristický je jejich **výskyt po probuzení** – u snídani, v koupelně, aktivují se předchozí spánkovou deprivací a mohou být někdy „spuštěny“ prudkou změnou osvětlení. Myoklonické záchvaty se mohou kombinovat s generalizovanými tonicko-klonickými záchvaty po probuzení.⁹⁹

Atonické záchvaty (drop attack)

Dochází při nich k náhlé ztrátě svalového napětí s následným pádem k zemi. Trvání těchto záchvatů je obvykle sekundové.

⁹⁹ KOMÁREK, V.: Diagnostické a léčebné strategie v dětské epileptologii. *Neurologie pro praxi*, 2003, č. 4, s. 172–175.

Dětské absence (pyknolepsie)

Dětské absence jsou rovněž známé pod označením *petit mal*. Jedná se o záchvatové onemocnění dětského věku, nejčastěji se objevující **mezi 4. a 12. rokem života**. Charakteristický je náhlý krátkodobý, 5–15 sekund trvající výpadek (absence) kontaktu s okolím, obvykle bez výraznějších motorických projevů. Dítě se náhle zarazí, strnule hledí, přestane reagovat, padají mu předměty z ruky. Mohou se však objevit záškuby očních víček v určitém rytmu, nepatrné poklesnutí hlavy, někdy opět v určitém rytmu, tonické stočení očí vzhůru, záklon hlavy, rozšíření zornic, zblednutí či zrudnutí, tachykardie. Někdy záchvat proběhne tak rychle, že může snadno uniknout pozornosti. Může při něm vníknout dojem, že dítě jen nedává pozor. Ve škole může během záchvatu dítěti uniknout sluchová informace nebo pokyn.

Dětské absence bývají **zaměňovány za „nepozornost“, „nesoustředěnost“** dítěte. Mohou **nepříznivě ovlivnit vývoj a učení dítěte**. Záchvat rychle odeznívá (maximálně během několika sekund), může se však mnohokrát za den opakovat. Po záchvatu dítě obvykle pokračuje v záchvatem přerušené činnosti. Velmi častým **aktivátorem dětských absencí je hyperventilace nebo ospalost**. Záchvaty obvykle po pubertě vymizí.¹⁰⁰

■ 5.2.3 Specifika edukace dětí s epilepsií

Epilepsie a s ní spojené problémy jsou **u každého dítěte specifické**. Proto i přístup k nemocnému žákovi musí respektovat osobnost žáka, jeho zvláštnosti, potřeby a požadavky.

Jedním z projevů choroby je **stabilní špatná nálada** (tzv. epileptické nálady) se sklonem k hádkám a ulpívání na malichernostech. Pedagog to musí do určité míry tolerovat (netrestat, jde o projev choroby, za který nemocný nemůže), ale na druhé straně musí nemocné dítě korigovat směrem ke společensky přijatelnému chování. Může rovněž přetrvávat **zvýšená citlivost na vnější podněty, emoční labilita**, těžkopádnost a unavitelnost.¹⁰¹ Myšlení u některých dětí bývá méně pružné, zpomalené, typickým rysem je také nižší spontaneita a neschopnost adaptace na nové podněty. Problémy mohou mít epileptici i s pamětí. Je **narušena vstřípivost a vybavování si**, což souvisí s celkovou rigiditou a větší unavitelností epileptických dětí. V některých případech může být epilepsie příčinou tzv. **epileptické demence**. Ta vzniká v závislosti na rozsahu poškození mozku a na frekvenci a intenzitě záchvatů.¹⁰²

¹⁰⁰ KOMÁREK, V.: Věkově vázané epileptické syndromy u dětí. *Pediatric pro praxi*, 2004, č. 5, s. 233–235.

¹⁰¹ VÁGNEROVÁ, M.: *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha, Portál 2002.

¹⁰² FIALOVÁ, I.: Specifika edukace dětí a žáků s epilepsií. In PIPEKOVÁ, J.: *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno, Paido 2006.

Je třeba si uvědomit, že velký vliv na chování dítěte ve škole mohou mít i **léky, které dítě užívá**.¹⁰³ Vliv léků se u dítěte může projevit např. zvýšenou ospalostí a unavitelností, apatií, pomalými reakcemi, sníženou koncentrací atd. Je proto důležité, aby o užívání léků věděli kromě rodičů také pedagogové a další dospělí, kteří s takto nemocným dítětem pracují. Za takové chování, způsobené vlivem léků, děti nemohou, a nemohou je ani nějakým způsobem ovlivnit, proto nesmí být trestány.

Největším problémem se, z hlediska školního prospěchu, stává rekonvalescence po prodělaných epileptických záchvatech. Může přetrvávat zvýšená vyčerpanost, která se projevuje určitou změnou v chování a prožívání. Pro výuku je podstatná **změna v potřebě stimulace**. Nemocné děti mají menší potřebu stimulace, mnohé intenzivnější podněty nebo jejich zvýšená frekvence mohou dítě nadměrně dráždit a vyčerpávat. Snadná unavitelnost vede ke snížení potřeby nových zkušeností a zvyšuje tendenci dodržovat stereotypně určená pravidla chování a rituály denního režimu. **Nemocné dítě se nemůže naučit tolik jako dítě zdravé, i když je stejně inteligentní**.¹⁰⁴

Epileptické dítě ve škole však vyžaduje zvýšené nároky na **citlivý a kvalifikovaný přístup učitele**. Např. mírnější klasifikace epileptického žáka a zvýšená individuální pozornost učitele může být zdravými spolužáky vnímána jako nespravedlivé nadržování nemocnému žákovi ze strany učitele. Zdravotně znevýhodněný žák může naproti tomu považovat učitelovu mírnost za souhlas s každou nedbalostí a své choroby i „zneužívat“. Záleží tedy na všech dětech ve třídě, možnostech pedagoga a školy i přístupu samotného znevýhodněného žáka.¹⁰⁵

Problémy, které žák ve škole má, mohou být způsobeny i špatným přístupem okolí. Vinu může mít nezkušený učitel, rodiče, ale i spolužáci, kteří často dokážou být necitliví a netolerantní. Dítě se pak ještě více utvrzuje v tom, jak těžkou nemocí trpí, uzavírá se do sebe, nikomu nedůvěřuje a občas **se brání agresivitou či zlostnými výpady vůči druhým**.

Přestože se děti s epilepsií většinou neliší od svých zdravých spolužáků, mohou se u nich objevit poruchy pozornosti, paměti, chování, poruchy učebního tempa. To všechno může ovlivnit proces učení. Mnoho dětí s epilepsií si uvědomuje, že trpí určitými problémy, které ostatní děti nemají, a proto se snaží upoutat pozornost a získat uznání ne vždy vhodným jednáním. Pedagog by měl proto u tohoto žáka podporovat pocit, že má sílu své potíže překonat. Významnou roli v tomto procesu hraje i přístup rodičů žáka s epilepsií.¹⁰⁶

¹⁰³ HANSCOMB, A., HUGHES, L.: *Epilepsie*. Praha, Společnost „E“, 1999.

¹⁰⁴ VÁGNEROVÁ, M.: *Psychologie problémového dítěte školního věku*. Praha, Karolinum 2004.

¹⁰⁵ FIALOVÁ, I.: Specifika edukace dětí a žáků s epilepsií. In PIPEKOVÁ, J.: *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno, Paido 2006.

¹⁰⁶ MATĚJČEK, Z.: *Co, kdy a jak ve výchově dětí*. Praha, Portál 2000.

Zvláštní pozornost je třeba věnovat **sportovním a pohybovým aktivitám epileptických dětí**. Tyto děti mohou vykonávat téměř všechny sporty, které mu jeho stav dovolí. Jistá omezení jsou však nezbytná. Hlavní a nejdůležitější zásadou je přítomnost dospělé osoby, která by v případě záchvatu poskytla postiženému první pomoc. Děti by se také měly vyhnout velkému přetěžování při vytrvalostních sportech a aktivitách, u kterých hrozí nebezpečí pádu a zranění sebe nebo ostatních. Mezi takové rizikové aktivity patří horolezectví, potápění, dále cvičení na náradí nebo disciplíny, při kterých se používá nebezpečné náradí, např. oštěp nebo kordy při šermu. Stejně důležité je, aby dospělý, který má na starost dítě s epilepsií, měl při sobě antiepileptika, která dítě užívá.¹⁰⁷

■ 5.3 Alergie a astma

Jedním z nejrozšířenějších chronických onemocnění, které bychom mohli označit i za civilizační chorobu, je alergie a s ní související průduškové astma (astma bronchiale).

■ 5.3.1 Alergie a alergické reakce

Alergie je přehnaná, nepřiměřená reakce organismu na látky, se kterými se většina z nás setkává ve svém prostředí a které jsou svoji podstatou neinfekční a neškodné. Tyto látky označujeme jako **alergeny**. Na přítomnost alergenu reaguje **imunitní systém** alergika přehnanou reakcí. Tyto reakce označujeme jako **hypersenzitivitu** (přecitlivělost).

Imunitní systém člověka při styku s antigenem (což je lidskému organismu cizorodá látka, např. tedy i alergen) vytváří specifické protilátky bílkovinné povahy proti dotyčnému antigenu. Informace o specifických protilátkách je uchovávána v B-lymfocytech, které tvoří „imunitní paměť“ organismu. Při každém dalším styku s antigenem následuje rychlá odpověď organismu, která se v případě alergenů projevuje alergickou reakcí. Na opakující se alergenový podnět se organismus stává postupně stále citlivějším. Tento děj označujeme jako **senzibilizace**.

Sklon k alergické reakci organismu na určité antigeny může být i **dědičný**. Takovouto alergii označujeme jako **atopie**. Typickými projevy atopie jsou **atopický ekzém** (atopická dermatitida), **pylová alergie** (alergická rýma a alergický zánět spojivek) a **alergické astma**. Atopici mají vrozenou schopnost tvořit

¹⁰⁷ FIALOVÁ, I.: Specifika edukace dětí a žáků s epilepsií. In PIPEKOVÁ, J.: *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno, Paido 2006.

ve zvýšeném množství protilátky ve třídě IgE (imunoglobulin E). Tyto IgE protilátky reagují na alergeny zevního prostředí (pyly, plísňe, roztoče atd.).

Mezi nejčastější alergická onemocnění patří:

- **sezónní alergická rýma** (nesprávně též zvaná jako „senná rýma“). Je to alergická reakce na pylová zrna rostlin, která obsahují alergizující bílkoviny. Nejčastějšími pylovými alergeny jsou **trávy** (pýr, lipnice, bojínek, psárka), **dřeviny** (bříza, habr, olše, vrba, lípa, topol) a **byliny** (pelyněk, řepka, jitrocel). Rýma se může projevovat silným svěděním očí, nosu a pocitem svědění či pálení v krku. Může se také projevit silným vodnatým výtokem nebo naopak ucpaním nosu, které brání dýchání nosem. Časté jsou záchvaty kýchání, někdy i kašle. Komplikací může být ztráta čichu, chuti, zánět vedlejších dutin nosních a astma (zejména ve vlhkém létě).
- **celoroční alergická rýma**, příčinou mohou být roztoči v domácím prachu, jindy je příčina v profesním prostředí nebo je spojena s některými činnostmi (pekaři, zemědělci, ošetrovatelé zvířat, chemici, lakýrníci, malíři apod.). Mezi příznaky patří otok nosní sliznice, kýchání a čirý vodnatý výtok. I v tomto případě je možné riziko vzniku astmatu.
- **alergická reakce na roztoče**, alergen je obsažen ve výměšcích roztočů, což jsou asi 0,3 mm dlouzí členovci. Nejčastěji se jedná o roztoče *Dermatophagoides pteronyssinus* a *Dermatophagoides farinae*. Jsou běžnou součástí tzv. domácího prachu, který vdechujeme, a touto cestou přichází alergen do těla. Alergie se může projevit příznaky astmatu, rýmou a ekzémou. Typické jsou obtíže ráno po probuzení. Příznaky alergie se objevují v průběhu celého roku, ale zhoršují se obvykle na podzim a v zimě, zejména když je vlhko.
- **alergická reakce na plísňe**, tuto reakci vyvolávají spory plísní, nejčastěji rodů *Penicilium*, *Apergillus*, *Merulius*. Spory plísní mohou vyvolávat alergii dýchacích cest, která se projevuje rýmou nebo astmatem. Vrcholy výskytu plísní v ovzduší zaznamenáváme v pozdním létě a v časném podzimu, zejména za teplého a vlhkého počasí.
- **alergická reakce na zvířecí alergeny**, ty jsou obsaženy zejména ve slinách (pes, kočka, kuň, morče, křeček), v moči (kočka, pes, laboratorní zvířata), v krevním séru, v kožních šupinkách, v epitelu nebo v trusu (holubi). Zvířecí alergeny kontaminují malé částičky prашného aerosolu, který pak vdechujeme. Nejagresivněji působí alergeny koček, alergie se projevuje obvykle rýmou a astmatem. Chování drobných zvířat ve školách pro výukové účely není vhodné. Děti se sklonem k alergii nebo už alergici se mohou kontaktem se zvířaty ve škole senzibilizovat.
- **alergie na hmyzí toxiny**, v našich zeměpisných šířkách jde především o včelí a vosí toxiny. Jako **místní alergická reakce** se objevuje bolestivý rudý otok, který se může šířit a přetrvávat i několik dnů. **Celkové alergické reakce** jsou nejzávažnější a nejnebezpečnější. Projeví se velmi prudce celým souborem příznaků (kopřivky, otoky, zvracení, průjem, rýma, dušnost, ana-

fylaktický šok). Těžká místní nebo celková reakce je spojena s rizikem opakované reakce v případě dalšího hmyzího bodnutí.

- **potravinové alergie**, patří mezi ně např. alergie na kravské mléko, vaječný bílek, mořské měkkýše a koryšce, ovoce (jablka, hrušky, třešně, meruňky, broskve, kiwi), zeleninu (rajčata, celer, špenát), ořechy (lískové, vlašské, burské, mandle). Příznaky potravinových alergií jsou velmi pestré. Mohou se objevit bolesti břicha, zvracení, průjem, může se objevit rýma, astma nebo svědění, kopřivky, otoky či ekzém. Alergická reakce se může projevit krátce po požití jídla nebo až s časovým odstupem i několika hodin.
- **lékové alergie**, alergie se vyvíjí buď přímo na účinnou látku léku nebo na metabolit, který vzniká přeměnou účinné látky v organismu. Alergické reakce způsobuje nejčastěji penicilin a jeho deriváty, očkovací sérum proti tetanu a záškrtu při druhém podání, inzulin.

■ 5.3.2 Průduškové a alergické astma

Průduškové astma (astma bronchiale) je chronické zánětlivé onemocnění dýchacích cest. Hlavními buňkami, které se v tomto zánětu účastní, jsou Th2 lymfocyty, eozinofilní granulocyty a žírné buňky, méně se uplatňují neutrofilní a bazofilní granulocyty. Tento zánět zvyšuje reaktivitu průdušek, jejímž důsledkem jsou projevy reverzibilní bronchiální obstrukce, způsobuje také remodelaci stěny bronchů.¹⁰⁸ Astma se **projevuje souborem příznaků**, z nichž nejzávažnější je **dušnost, ztížený výdech**. Časté jsou noční dušnosti, dušnosti při tělesné námaze nebo krátce po ní, dráždivý chronický kašel, sípavé, hvízdavé dýchání.

Při záchvatu astmatu nastane zúžení průdušek, které působí:

- smrštění hladkých svalů ve stěně průdušek (tím se zhoršuje průchodnost průdušek, zužuje se jejich průsvit a omezuje proudění vzduchu),
- edém sliznic dýchacích cest,
- tvorba sputa (hlenu), které je většinou husté a vazké.

Asi dvě třetiny všech případů průduškového astmatu začínají prvními příznaky ve věku do tří let. **Výskyt astmatu u dětí** je zřetelně vyšší než u dospělých a činí v dnešní době asi 7 %.¹⁰⁹

Astma je obzvláště v dětském věku často součástí širšího spektra alergických projevů. U disponovaných jedinců často dechovým obtížím předchází

¹⁰⁸ KOLEKTIV AUTORŮ.: *Strategie diagnostiky, prevence a léčby průduškového astmatu v České republice*. Praha, ČLS JEP 1996.

¹⁰⁹ POHUNEK, P., SLÁMOVÁ A., ZVÁROVÁ J., SVATOŠ J.: Prevalence průduškového astmatu, ekzému a alergické rýmy u školních dětí v České republice. *Čs Pediat*, 1999, roč. 54, č. 2, s. 60–68.

projevy kožní v podobě atopické dermatitidy. Respirační projevy v podobě astmatu nebo alergické rýmy přicházejí později a jsou častější u dětí, u nichž byly již dříve zaznamenány jiné projevy alergie.¹¹⁰

Průdušková hyperreaktivita při astmatu může být vrozená a chronický zánět průdušek ji zvyšuje. Projevuje se reakcemi na různé podněty:

- Mezi **specifické podněty** patří pylová zrna, zvířecí srst, roztoči, vzdušné plísně, potraviny, hmyzí jedy a další alergeny. „Pravé“ alergické astma je tedy výsledkem alergické reakce a průduškové hyperreaktivy.
- Mezi **nejčastější nespecifické podněty**, které dráždí průdušky a mohou vyprovokovat **astmatický záchvat**, patří cigaretový kouř, křídový prach, skelná vata, dráždivé plyny ze sprejů na vlasy, ale také mlha, smog, chlad, tělesná a duševní námaha.
- Nelze vyloučit ani **psychologické faktory**, které mohou vyvolat záchvat astmatu. Spouštěcím podnětem tak mohou být silné emoce, úzkosti, pláč či smích. Je však třeba si uvědomit, že emoce vedou k větší spotřebě kyslíku a následně z toho důvodu k rychlejšímu a prohloubenému dýchání. Toto „mimořádné“ dechové úsilí pak může vyvolat astmatický záchvat.

■ 5.3.3 Edukační důsledky alergie a astmatu

Alergie a astma jsou chronická onemocnění typická svým **kolísavým až sezónním průběhem**. To svádí učitele často k **bagatelizaci zdravotních omezení i rizik** u žáka a k přesvědčení, že jeho proměnlivé školní výsledky jsou způsobeny nepozorností, lajdáctvím, nezájmem, leností, špatnou domácí přípravou, únavou z nočního sledování televize atd. To má samozřejmě negativní vliv na hodnocení školní práce dítěte, což se negativně odráží i ve vztahu dítěte ke škole. Při nesprávném přístupu k nemocnému dítěti může u něj v důsledku přetěžování, psychické nepohody a stresu dojít až k adaptačním poruchám, neurotizaci či školní fobii. Znamená to, že pedagog musí **respektovat okolnosti každého školního výkonu** nemocného žáka a posuzovat jej komplexněji, tedy nejen z hlediska zvládnutého učiva či kvality a rozsahu splněného úkolu, ale rovněž žáka pedagogicky vést i hodnotit se zřetelem k jeho momentálnímu zdravotnímu obtížím a s nimi souvisejícím momentálním psychickým stavem.

Pokud je na škole vyšší počet alergiků, měla by jim škola nabídnout např. **speciální tělesnou výchovu zaměřenou na dechová cvičení** a posilování fyzické kondice, nebo např. kroužek hry na zobcovou flétnu, která v mnoha případech prospívá dětem s alergickým astmatem.

¹¹⁰ ILLI, S., von MUTIUS, E., LAU, S. ET AL.: The natural course of atopic dermatitis from birth to age 7 years and the association with asthma. *J Allergy Clin Immunol*, 2004, vol. 113, no. 5, p. 925–931.

Základním cílem je, aby se i **žáci s alergií či astmatem účastnili společných aktivit**, podíleli se na nich a měli příležitost zažít úspěch či pocit, že přispěli ke splnění úkolu. I tam, kde jde o činnosti mimo žákovy individuální možnosti, není nutné žáka izolovat či vyřazovat. Jeho zdánlivě „pasivní“ účast, realizovaná aktivním sledováním prací či aktivit a verbálním zapojením, je pro něho (z hlediska názornosti výuky, zkušeností, pocitu sounáležitosti) i spolužáky velmi podnětná.

V případech, že alergické onemocnění dítěte způsobuje **dlouhodobou nepřítomnost žáka ve škole** nebo je nutné vzdělávat dítě doma, je vhodné vypracovat **individuální vzdělávací plán** reflektující aktuální potřeby a možnosti dítěte.

Prognózu alergického onemocnění je třeba zohlednit při **volbě studijního či učebního oboru i v profesním uplatnění** u dětí, které končí základní školní docházku.

■ 5.4 Roztroušená mozkomíšní skleróza (Sclerosis cerebrospinalis multiplex)

Roztroušená mozkomíšní skleróza je definována jako **autoimunitní onemocnění** – imunitní systém napadá vlastní tkáň organismu. V centrální nervové soustavě se vytváří porůznu roztroušená zánětlivá ložiska (léze). Dochází v nich k **rozpadu myelinových pochev** obalujících axony neuronů (demyelinizace). Myelinové pochvy jsou v centrální nervové soustavě produktem oligodendrocytů (jeden z typů gliových buněk) a v periferních nervech produktem Schwannových buněk. Imunitní systém nemocného člověka považuje myelin za látku cizorodou pro organismus a ničí ho. Jakmile je myelinová pochva zničena, je **zpomalen nebo zcela přerušen přenos nervových vzruchů** v CNS a v periferním nervstvu. Vzniká tzv. **kondukční blok**. Organismus dokáže poškození částečně kompenzovat – jednak remyelinizací obnažených axonů (která však probíhá jen v malé míře) a jednak zmnožením Na^+ a K^+ kanálků (ve velké míře). Poslední výzkumy ukazují, že v akutním zánětlivém ložisku dochází i k trhání nervových vláken samotných, což ve svém důsledku znamená při jejich velké ztrátě i poškození funkce. Onemocnění probíhá a v atakách výskytu neurologických příznaků střídaných remisí.¹¹¹

Roztroušená skleróza je **onemocněním mladého věku**. U dvou třetin pacientů se první příznaky nemoci objeví mezi 20.–40. rokem, v průměru poněkud dříve u žen. U žen je rovněž dvakrát častější výskyt nemoci. Příčina nerovnoměrného výskytu u obou pohlaví není jasná, u časného a pozdního začátku

¹¹¹ FALDYNA, Z., PIDRMAN, V., BOUČEK, J.: Psychiatrická problematika u roztroušené sklerózy. *Psychiatrie pro praxi*, 2002, č. 6, s. 277–278.

nemoci může být ovlivněna pubertou a menopauzou, protože pohlavní hormony mají významný vliv na imunitní reakce. **Prevalence roztroušené sklerózy** činí v České republice 38–150 případů na 100 000 obyvatel. Činí tedy v průměru asi 1 ‰ v populaci.

Roztroušená skleróza může probíhat velmi různorodě. U některých nemocných se projevuje poměrně mírnými **relapsy** (zhoršení příznaků) s dlouhými mezidobími bez jakýchkoli příznaků (**remise**). U jiných zanechávají závažná vzplanutí onemocnění (ataky) trvalé následky, ale k dalšímu zhoršení stavu nedochází. A konečně u některých nemocných se od prvního záchvatu projevuje trvalé zhoršování, které vede již ve středním věku k trvalému upoutání na lůžko a k inkontinenci. Jen velmi malý počet nemocných dospívá k invaliditě již během prvního roku onemocnění. U některých pacientů dojde k jedné atace a poté se nemoc neprojevuje i několik desítek let.

■ 5.4.1 Průběh a typy roztroušené mozkomíšní sklerózy

Průběh onemocnění roztroušenou sklerózou dělíme na benigní a maligní, podle aktivity imunitního systému, která je ovlivněna jak faktory genetickými, tak i zevními vlivy.

Benigní forma provází většinou dlouhotrvající remitentní průběh onemocnění, který je dán schopností organismu včas aktivovat supresorické mechanismy zabráňující prudkému rozvoji onemocnění. Zpravidla se vyskytuje, objeví-li se roztroušená skleróza v pozdějším věku. **Remise bývá dlouhá i desítky let.** Od termínu benigní forma onemocnění se však ustupuje a za benigní se pokládá pouze roztroušená skleróza, při které se nemocný dožívá průměrného věku, zemře na jiné, s roztroušenou sklerózou nesouvisející onemocnění a jeho život nebyl omezen žádnou nebo jen minimální invaliditou.¹¹²

Maligní forma je charakterizována rychlým nárůstem neurologického deficitu a rozsáhlým poškozením axonů i oligodendrocytů v lézích. Maligní případy onemocnění bývají u mladých lidí, **časně dochází k poruchám hybnosti.**¹¹³ Spontánní zlepšení stavu po první atace nastává u 90 % případů, po druhé atace již jen u 78 % případů. Po první atace nastává u čtvrtiny nemocných další ataka do jednoho roku, u poloviny nemocných do dvou let a u tří čtvrtin nemocných do 5 let. Čím kratší a méně výraznější je ataka, tím delší bývá i remise, což platí i naopak.¹¹⁴ Některé případy jsou charakterizovány pouze trvalým pomalým zhoršováním. Tyto formy bez remisí jsou časté v pozdním období nemoci.

¹¹² ADAMČOVÁ, H., ET AL.: *Neurologie*. Praha, Triton 2003.

¹¹³ HAVRDOVÁ, E.: *Roztroušená skleróza*. Praha, Triton 2002.

¹¹⁴ LENSÝ, P.: *Roztroušená skleróza mozkomíšní*. Praha, Roska 1996.

Rozlišujeme čtyři **základní typy onemocnění** a několik podtypů dle **progrese**:¹¹⁵

- **remitentní forma**, vyskytuje se u 80–85 % nemocných. Zpravidla trvá několik let a je charakterizována atakami (relapsy), tzn. zhoršením neurologických obtíží, které trvají různě dlouhou dobu, od několika týdnů až po několik měsíců. Po atakách následuje částečná či úplná údrava (remise), která souvisí s remyelinizací a adaptivními reakcemi organismu. U poloviny nemocných s tímto typem roztroušené sklerózy se vyvíjí následující forma.
- **sekundární chronická progrese**, jež je charakteristická pozvolným nárůstem neurologického deficitu, který je již nevratný. Vzniká určitá míra invalidity, která ale nemusí pacienta výrazně omezovat, takže i v tomto stadiu je možné žít normálním životem a pracovat. Záleží na tom, které mozkové funkce jsou postiženy.
- **relabující-progredující forma** je typická atakami bez remisí s přetrvávajícím defektem po atakách.
- **primární chronická progrese** je relativně vzácnou formou roztroušené sklerózy, postihuje 10–15 % nemocných a je charakteristická pozvolným nárůstem neurologického deficitu.

■ 5.4.2 Symptomy roztroušené mozkomíšní sklerózy

Neurologické příznaky jsou dány nervovou dráhou, jejíž neurony jsou postiženy demyelinizací nebo ztrátou axonu. Akutní rozvoj neurologických příznaků je dán zablokováním vedení vzruchu demyelinizovaným nervovým vláknem. Během několika dnů dochází k redistribuci iontových (Na^+ a K^+) kanálů, původně shromážděných v tzv. Ranvierových zářezích. Příznaky nemoci se v této době mohou zmírňovat. Došlo-li však během vývoje léze k destrukci příliš velkého množství axonů, funkce nemůže být již plně obnovena. Žádné z příznaků, které se při roztroušené skleróze vyskytují, nejsou pro tuto nemoc specifické. Mezi nejčastější příznaky patří¹¹⁶:

- **optická neuritida**, která se projevuje různou mírou poruchy zraku (od zamlženého vidění, poruchy barvocitu, výpadků zorného pole až po úplnou ztrátu zraku) a bolestí bulbu při jeho pohybu.
- **poruchy citlivosti**, přičemž nejčastěji jde o poruchy citlivosti taktilní, dále hluboké, méně často je postiženo vnímání tepla, chladu a bolesti. Typické je, že porucha citlivosti nesleduje inervační oblast periferních nervů ani míšních

¹¹⁵ HAVRDOVÁ, E., ET AL.: *Neuroimunologie*. Praha, Maxdorf 2001.

¹¹⁶ SEDLÁKOVÁ, A.: *Rehabilitace pacientů se sclerosis multiplex aerobním tréninkem*. Brno, Masarykova univerzita 2006.

kořenů, ponejvíce jde o ostrůvkovité výpadky cití nebo postižení jedné končetiny či pásu na trupu.¹¹⁷

- **okulomotorické poruchy**, jejichž nejčastějšími projevy je internukleární oftalmoplegie (během nemoci se projeví u 34 % pacientů), charakterizovaná mononukleárním nystagmem. Kombinace těžší poruchy zraku a cerebelárního postižení může vést k vývoji rotatorického nystagmu, kdy při pokusu o fixaci dojde k rotačním pohybům bulbu kolem jeho centrální osy.
- **neuralgie** se nejčastěji projevuje na trojklanném nervu. U některých nemocných se může objevit i periferní obrna lícního nervu. Stejně tak může dojít k přechodné ztrátě sluchu.
- **sfinkterové a sexuální poruchy** – sfinkterovými poruchami trpí v průběhu nemoci 80 % pacientů. Především jde o poruchy močení – imperativní mikci, retenci, inkontinenci. V korelaci se sfinkterovými poruchami jsou také sexuální poruchy. Prevalence se odhaduje na 80 % u mužů a 33 % u žen. U mužů jde o erektilní dysfunkci, sníženou citlivost, únavu, snížené libido, neschopnost orgasmu, u žen o snížené libido, sníženou frekvenci orgasmu, únavu, sníženou citlivost a vzrušivost.
- **únava**, která je definována jako pokles výkonnosti a neschopnost pokračovat ve fyzických, psychosenzorických a mentálních aktivitách.¹¹⁸ U nemocných s roztroušenou sklerózou se setkáváme s fyziologickou únavou (vzniká jako reakce na přemáhání), neuromuskulární únavou (způsobena poruchou nervového vedení), únavou doprovázející depresi anebo malátností, zdrcující únavností a spavostí bez jakékoliv souvislosti (způsobena biochemickou nerovnováhou v mozku). Únava u roztroušené sklerózy má chronický charakter.
- **kognitivní a afektivní poruchy** se objevují u 5 % nemocných hned v počátečních fázích nemoci a u 70 % nemocných v pozdních fázích nemoci. Přibližně 10 % případů roztroušené sklerózy přechází do velmi vážného postižení kognitivních funkcí končícího při dlouhém průběhu **demencí**. Narušením kognitivních funkcí je míněno zhoršování paměti, plánování činností, předvídání a úsudku. Zpočátku přicházejí nenápadné výpadky schopnosti abstraktního myšlení, pozornosti a vyjadřování (hledání slov), dochází ke zpomalování zpracovávání informací a přidružuje se i emoční labilita. Demyelinizační ložiska ve frontálních oblastech ovlivňují nepříznivě exekutivní funkce, lokalizace v corpus callosum má vliv na rychlost zpracovávání informací.¹¹⁹ Objevují se dále i **deprese**, s prevalencí nejméně 50 %. Dalšími poruchami nálady jsou inkontinence afektu a v pozdějších stádiích

¹¹⁷ HAVRDOVÁ, E., ET AL.: *Neuroimunologie*. Praha, Maxdorf 2001.

¹¹⁸ MÁČEK, M. VÁVRA, J.: *Fyziologie a patofyziologie tělesné zátěže*. Praha, Avicenum 1988.

¹¹⁹ FALDYNA, Z., PIDRMAN, V., BOUČEK, J.: Psychiatrická problematika u roztroušené sklerózy. *Psychiatrie pro praxi*, 2002, č. 6, s. 277–278.

spastický smích a pláč. Objevuje se i **bipolární porucha osobnosti**, která je zřejmě geneticky podmíněná.

- **další příznaky**, mezi které může patřit **bolest** (bolest hlavy, neuralgie trigeminu, muskuloskeletární bolest), **epileptické záchvaty** (přibližně u 5 % nemocných), **extrapyramidové poruchy**.

■ 5.4.3 Kvalifikační a rekvalifikační důsledky roztroušené sklerózy

Jelikož roztroušená skleróza není typickou nemocí dětského věku, ale postihuje zejména mladistvé, adolescenty a mladé dospělé jedince, je na místě věnovat se místo problémům edukačním spíše otázkám kvalifikačních a rekvalifikačních důsledků této choroby, i když obě sféry (jak edukační, tak kvalifikační) spolu velmi úzce souvisí. Hlavní snahou je **zajistit nemocným s roztroušenou sklerózou pracovní uplatnění a zajistit, aby mohli pracovat co nejdéle**. Prospívá to jejich duševní čilosti i fyzické kondici. Je ovšem třeba, aby zaměstnavatel byl vstřícný a aby byl schopen upravit pracovní podmínky lidem s roztroušenou sklerózou tak, aby do svého denního pracovního režimu mohli zařadit odpočinek, aby jim byla upravena pracovní doba i pracovní prostředí. Někdy je nutná i rekvalifikace a změna zaměstnání nemocných, kterou umožňuje **ergodiagnostika a ergoterapie**.

Lidé s roztroušenou sklerózou se podle svých individuálních schopností mohou zlepšovat například v počítačové gramotnosti, učit se základům administrativy, účetnictví a personalistiky. Ti s uměleckým nadáním se učí pracovat v keramické dílně nebo tvoří módní doplňky. Někteří se uplatňují v oblasti sektoru služeb či jako administrativní pracovníci. Vhodné jsou i jazykové kurzy a následné uplatnění v této sféře. Naopak vyloučeny jsou práce v chladu, vlhku, horku, dusnu, na přímém slunci, v hluku, ve výšce, v nedostatku světla, práce s nebezpečím úrazu nebo ve směnném provozu. Nevhodné jsou práce vyžadující zvýšenou pozornost, neboť lidé s roztroušenou sklerózou se rychleji unaví.

■ 5.5 Souhrn

Jako zdravotní znevýhodnění je chápáno zdravotní oslabení, dlouhodobá nemoc nebo lehčí zdravotní poruchy vedoucí k poruchám učení a chování, které vyžadují zohlednění při vzdělávání. Nejčastější příčinou zdravotního znevýhodnění jsou epilepsie, posttraumatické syndromy, alergie, astma a roztroušená mozkomíšní skleróza. Zdravotní znevýhodnění se často vyvíjí nebo vzniká až v průběhu života a může se vyvinout až do stadia tělesného postižení. Výchova a vzdělávání zdravotně znevýhodněných

osob je chápáno jako součást rehabilitační péče spolu s léčebnou, pracovní a sociální rehabilitací. Zaměřuje se např. na profesní kvalifikaci či rekvalifikaci, zvládnutí činností nezbytných pro život a výkon povolání. Velký důraz je třeba klást na eliminaci negativních psychologických aspektů zdravotního znevýhodnění.

Klíčová slova:

Zneschopnění, Znevýhodnění, Epilepsie, Astma, Alergie, Roztroušená mozkomíšní skleróza, Vzdělávání

Kontrolní otázky a úkoly:

1. Definujte zdravotní znevýhodnění a vyspecifikujte choroby, které zdravotní znevýhodnění nejčastěji způsobují.
2. Vymezte epilepsie a příčiny jejich vzniku. Jaké skupiny epilepsií rozlišujeme?
3. Charakterizujte skupinu parciálních a generalizovaných epileptických záchvatů. Jak se tyto záchvaty projevují?
4. Kterými charakteristikami se odlišují parciální epileptické záchvaty od generalizovaných?
5. Které nezbytné úkony musí učitel či vychovatel vykonat při blížícím se epileptickém záchvatu dítěte?
6. Charakterizujte absence a jejich projevy. Které aspekty absencí ve vztahu ke školnímu vzdělávání je třeba mít na zřeteli?
7. Vymezte specifika edukační práce s dětmi s epilepsií. Které zásady je při vzdělávání těchto dětí třeba dodržovat?
8. Definujte alergické reakce a nejčastější alergická onemocnění.
9. Specifikujte bronchiální astma. Jaký je vztah astmatu k alergiím?
10. Vymezte hlavní principy edukační práce s jedincem postiženým alergií nebo astmatem.
11. Popište příčiny a průběh roztroušené mozkomíšní sklerózy.
12. Kterými symptomy se roztroušená skleróza projevuje? Které z těchto symptomů mají bezprostřední vliv na vzdělávání, kvalifikaci a rekvalifikaci nemocného jedince.
13. Která pracovní zařazení jsou vhodná pro jedince se zdravotním znevýhodněním?

Edukace a rozvoj osob s mentální retardací

6 Mentální retardace

Cílem této kapitoly je:

- pochopit podstatu mentální retardace, její důležité znaky a příčiny jejího vzniku
- vysvětlit způsob, jakým se mentální retardace hodnotí, jaký význam má hodnocení kvantitativní a jaký hodnocení kvalitativní
- seznámit se s hlavními znaky a odlišnostmi u vybraných psychických funkcí, v oblasti emocionality a chování
- seznámit se s možnostmi výchovy a vzdělávání mentálně retardovaných jedinců, se základními pedagogickými přístupy a zásadami při realizaci výchovy a vzdělávání

■ 6.1 Mentální retardace a příčiny jejího vzniku

■ 6.1.1 Mentální retardace, vymezení pojmu

Mentální retardace je souhrnné označení vrozeného defektu rozumových schopností. Postižení je definováno jako **neschopnost dosáhnout odpovídajícího stupně intelektového vývoje (méně než 70 % normy), přestože byl takový jedinec přijatelným způsobem výchovně stimulován**¹²⁰. Kromě zaostávání v rozumovém vývoji dochází u mentálně retardovaných i k odlišnému vývoji některých psychických vlastností a k poruchám v adaptačním chování¹²¹.

Hlavní znaky mentální retardace jsou:

- nízká úroveň rozumových schopností, která se projevuje především **obtížnější adaptací na běžné životní podmínky**.
- **defekt je vrozený**, dítě se již od počátku svého života nevyvíjí standardním způsobem.

¹²⁰ VÁGNEROVÁ, M.: *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha, Portál 2004.

¹²¹ ŠVARCOVÁ, I.: *Mentální retardace*. Praha, Portál 2003.

- **porucha je trvalá**, přestože je v závislosti na etiologii možné určité zlepšení. Horní hranice dosažitelného rozvoje každého takto postiženého člověka je dána jak závažností a příčinou defektu, tak individuálně specifickou vhodností působení prostředí, tj. edukačních a terapeutických vlivů.

■ 6.1.2 Prevalence v populaci

Mentálně postižení tvoří **jednu z nejpočetnějších skupin mezi všemi handicapovanými** a jejich počet u nás, ale i v celosvětovém měřítku stále stoupá. Tento růst může být do jisté míry relativní a je možné jej vysvětlit jako důsledek lepší péče pediatrů o novorozence, jejímž výsledkem je snižování novorozenecké a kojenecké úmrtnosti. Díky této péči jsou zachraňovány děti, které by dříve nepřežily¹²².

Absolutní počet mentálně retardovaných v naší populaci není znám. Na základě kvalifikovaných odhadů se uvádí, že v současné době jsou mentální retardací postižena **asi 3 % jedinců**¹²³. Nejčastěji jde o lehký stupeň mentální retardace, kterou trpí 80 % všech takto postižených lidí. Závažnější formy jsou vzácnější. Chlapci i dívky bývají postiženi v přibližně stejné míře.

■ 6.1.3 Nejčastější příčiny mentální retardace

Příčinou mentální retardace je postižení CNS, které může vzniknout různým způsobem, její **etiologie se projeví kvantitativně i kvalitativně v klinickém obraze**, tj. závažností postižení a převažujícími symptomy. Jde o **multifaktoriálně podmíněné postižení**, na jehož vzniku se může podílet jak porucha genetických dispozic, které vedou k narušení rozvoje CNS, tak nejrůznější vnější vlivy, které mohou poškodit mozek v rané fázi jeho vývoje. Obě složky působí ve vzájemné interakci.

Příčiny vzniku mentální retardace lze rozdělit do následujících základních skupin¹²⁴:

- může se jednat o **dědičně** podmíněný mentální defekt, který vzniká na základě poruchy ve struktuře nebo funkci genetického aparátu. K známým patří Downův syndrom, který je důsledkem anomálie chromozomů, trizomie 21. páru, poruchy sex chromozomů – Klinefelterův syndrom (XXY), Turnerův syndrom (XO), apod.¹²⁵

¹²² VÁGNEROVÁ, M.: *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha, Portál 2004.

¹²³ ZVOLSKÝ, P.: *Speciální psychiatrie*. Praha, Karolinum 2001.

¹²⁴ VÁGNEROVÁ, M.: *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha, Portál 2004.

¹²⁵ ZVOLSKÝ, P.: *Speciální psychiatrie*. Praha, Karolinum 2001.

- porucha může být podmíněna **působením teratogenních vlivů v prenatálním věku**. Faktory poškozující normální vývoj dítěte mohou působit prostřednictvím organismu matky. Jedná se například o vlivy fyzikálních faktorů, chemických faktorů (léky, zneužívání psychoaktivních látek) a faktory biologické (například virové či mikrobiální teratogeny).
- k poškození může dojít i při porodu, tedy v **perinatálním období**, nejčastěji vlivem nedostatku kyslíku (**asfyxie**) nebo mechanickým stlačením hlavičky, jehož následkem je krvácení do mozku (tzv. perinatální poškození).
- možné je rovněž **postnatální poškození mozku**, jehož následkem je narušení vývoje rozumových schopností. Dohodou bylo stanoveno, že do diagnostické skupiny mentálních retardací budou zahrnovány pouze takové defekty, které vznikly v průběhu prvních 18 měsíců věku dítěte¹²⁶. Později vzniklé retardace jsou označovány za získané a v takových případech hovoříme již o demenci.

Pokud je příčinou vývojového opoždění nedostatečná a nepřiměřená výchova, nelze mluvit o mentální retardaci. Takový handicap není vrozený, ani trvalý. Vágnerová jej definuje spíše jako **sociální poškození vývoje rozumových schopností** (dříve nazývaného **pseudooligofrenie**). Jeho příčinou není poškození CNS, ale nedostatek přiměřených podnětů. Pokud by dítě vyrůstalo v podnětnejším prostředí, jeho stav by byl zcela jistě odlišný¹²⁷.

■ 6.2 Hodnocení mentální retardace

■ 6.2.1 Kvantitativní hodnocení

Důležitým kritériem hodnocení poruchy rozumových schopností je kvantita jejich úbytku. Lze ji určit srovnáním úrovně schopností takto postiženého jedince s normou, pomocí psychologické diagnostiky inteligence.

Nejznámějším a nejpoužívanějším vyjádřením úrovně inteligence je inteligenční kvocient, zavedený Spearmanem a Sternem (1904). Vyjadřuje vztah mezi dosaženým výkonem v úlohách odpovídajících určitému vývojovému stupni (mentálnímu věku) a mezi chronologickým věkem. Kvantitativní hodnocení inteligence **poskytuje pouhý globální odhad schopností, určující pozici mentálně postiženého člověka k populační normě**.

Mentální retardace představuje výrazně sníženou úroveň inteligence. Při její klasifikaci se užívá v současné době 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, zpracovaná Světovou zdravotnickou organizací v Ženevě, která vstou-

¹²⁶ KOLUCHOVÁ, J., ET AL.: *Přehled patopsychologie dítěte*. Praha, UK 1989.

¹²⁷ SVOBODA, M., VÁGNEROVÁ, M., KREJČÍŘOVÁ, D.: *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*, Praha, Portál 2001.

pila v platnost od roku 1992. Podle této klasifikace se mentální retardace dělí do následných kategorií (MKN–10)¹²⁸.

Tabulka VI. Rozdělení jednotlivých stupňů mentální retardace podle mezinárodní klasifikace (MKN–10).

KÓD DLE MKN–10	SLOVNÍ OZNAČENÍ	PÁSMO IQ
F 70	Lehká mentální retardace (debilita)	50–69
F 71	Středně těžká mentální retardace (imbecilita)	35–49
F 72	Těžká mentální retardace (idiocie)	20–34
F 73	Hluboká mentální retardace (idiocie)	0–19
F 78	Jiná mentální retardace	
F 79	Neurčená mentální retardace	

V tabulce je uvedeno i rozmezí hodnot inteligenčního kvocientu, které je pro dané pásmo charakteristické. V závorce jsou uvedeny staré názvy, které se v dnešní době už nepoužívají, protože získaly v průběhu času pejorativní význam.

■ 6.2.2 Kvalitativní hodnocení

Kvalitativním hodnocením rozumových schopností mentálně retardovaných rozumíme hodnocení jejich struktury, **hodnocení individuálních zvláštností, předností a nedostatků**. Kvalitativní hodnocení zahrnuje posouzení míry využitelnosti zachované inteligence a kognitivních funkcí mentálně retardovaných.

Při hodnocení využitelnosti inteligence bereme v úvahu:

- převažující přístup k problémům a preferovaný způsob jejich řešení
- **individuálně typickou úroveň aktivity**, tj. osobní tempo a s ním související úroveň pozornosti a paměti, unavitelnost, úroveň tolerance k zátěži

Charakteristické **kvalitativní znaky** inteligence a kognitivních funkcí **závisí i na etiologii, příčině defektu**. Pro srovnání uvádíme typické kvalitativní znaky inteligence mentálně retardovaných jedinců v důsledku těchto etiologií:

¹²⁸ Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize. Praha, ÚZIS ČR 1992.

- **organické poškození** centrální nervové soustavy, kdy kromě mentálního defektu trpí tito lidé často **syndromem dětské mozkové obrny** nebo drobnějšími poruchami hybnosti. Odlišnosti jejich aktivační úrovně se projevují **hyperaktivitou, zvýšenou dráždivostí, poruchami pozornosti a sníženou tolerancí k zátěži**. Mají sklon reagovat impulzivně a zbrkle. Bývají častěji motoricky postižení. Mívají i poruchy řeči různého typu. Jedinci s uvedenými projevy se označují jako **typ eretický**.
- **anomálie chromozomů**, kdy v případě Downova syndromu se jedná často o defekt na hranici lehčího až středně těžkého stupně¹²⁹. Tito jedinci bývají **klidní až bradypsychičtí, těžkopádní a ulpívaví, avšak emociálně dobře ladění a přizpůsobiví**. Nemívají větší výkyvy v chování ani v prožívání. Jedinci s uvedenými projevy se označují jako **typ torpidní**.
- **psychosociální deprivace**, kdy vlivem kombinace polygenně podmíněného nižšího nadání a výchovné nepodnětnosti mají takto postižení jedinci **horší úroveň verbálních schopností, nemají trénovanou paměť a pozornost**. Negativní vlivy rodinného prostředí se projevují **nedostatečným rozvojem schopností a absencí potřebných pracovních, sociálních a hygienických návyků**. Na druhé straně mohou být manuálně zruční a prakticky zdatní.

■ 6.3 Typické znaky a klinické projevy

■ 6.3.1 Typické znaky vybraných psychických funkcí a schopností

Odlišnosti v myšlení

Typickým znakem jedinců s mentální retardací je omezenější potřeba zvědavosti a **preference podnětového stereotypu**. Takoví jedinci bývají obvykle pasivnější a více závislí na zprostředkování informací jinými lidmi. Orientace v běžném prostředí je pro ně mnohem náročnější, protože hůře rozlišují významné a nevýznamné znaky jednotlivých objektů a situací, a hůře chápou i jejich vzájemné vztahy. Svět je pro ně méně srozumitelný, a proto se jim může jevit více ohrožující. Důsledkem toho je silnější závislost na jiném člověku, který se stává prostředníkem mezi mentálně postiženým a vnějším světem.

Uvažování je ovlivňováno jakýmkoliv aktuálním děním. Pro konkrétního jedince je důležité, jak se mu situace jeví, o její podstatě není schopen uvažovat. Nedokáže se odpoutat od vlastního pohledu, od vlastních pocitů a potřeb, které jeho poznávání různým způsobem zkreslují. Neschopnost nadhledu se

¹²⁹ VÁGNEROVÁ, M.: *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha, Portál 2004.

projevuje **sníženou kritičností a vyšší sugestibilitou** mentálně retardovaných osob.

Myšlení mentálně retardovaných jedinců je zjednodušené, omezené a vázané na konkrétní skutečnost. Myšlení mentálně postižených je obecně charakteristické **značnou stereotypností, rigiditou** a ulpíváním na určitém způsobu řešení. Tato ulpívavost a preference známého je obranou před subjektivně nesrozumitelnými, novými a neznámými podněty, které jsou jim nepřijemné a mohou vyvolávat různé obavy.

Odlišnosti v řeči

Řeč bývá postižena z hlediska formálního i obsahového. Typickými znaky řečového projevu mentálně retardovaných jsou následující:

- projev bývá nápadný **méně přesnou výslovností**,
- **nižší schopnost porozumět** i běžnému verbálnímu sdělení, protože mají omezenější slovní zásobu a větší potíže v pochopení celkového kontextu. Složitější slovní obraty, ironii, žert apod. vůbec nejsou schopni chápat. Stručná a jednoduše formulovaná konkrétní informace je nejvhodnější variantou. Lidé s lehkým stupněm defektu zvládnou běžné **konkrétní pojmy a základní slovní obraty**. U těžších stupňů defektů se **verbální schopnosti nerozvíjejí vůbec**,
- jazyková necitlivost (agramatismy), nápadná jednoduchost vyjadřování,
- v případech, kdy se jedná o těžší stupně postižení, nabývá významu komunikace neverbální, s obtížemi při porozumění.

Odlišnosti v učení

Schopnost učení je obecně v různé míře omezena. Nejde jen o důsledek nedostatečného porozumění, nepříznivý vliv mají i nedostatky v koncentraci pozornosti a paměti. Učení je **převážně mechanické**. Veškeré informace, dovednosti i návyky se fixují ve své rigidní podobě a také bývají stejným způsobem užívány. Jakákoliv změna činí mentálně retardovaným značné potíže. Motivace k učení bývá nižší vzhledem k obtížnějšímu porozumění. Proto je nezbytné využívat **specifické odměny** (sladkosti apod.), na které reagují pozitivně a lze jimi velmi dobrým způsobem motivovat.

Specifičnosti v oblasti emocionality a motivace

Emoční prožívání a způsoby reagování mohou být v závislosti na příčině mentálního defektu změněny. Obvykle jde o **zvýšenou dráždivost a větší pohotovost k afektivním reakcím**. Nedostatečná kontrola a ovládání vlastních emo-

cí, spojená s koncentrací na přítomnost, vede k preferenci takového jednání, které přináší bezprostřední uspokojení¹³⁰.

Mentálně retardovaný jedinec má stejné základní psychické potřeby jako druzí lidé. Tyto potřeby však mohou být pod vlivem omezenější kapacity rozumových schopností různým způsobem modifikovány. Mají **tendenci uspokojovat svoje potřeby neodkladně a bez zábran**. Pokud toho nedosáhnou, prožívají tuto situaci jako silně frustrující a reagují na ni různými obrannými mechanismy. Obvykle jde o zesílení tendence zbavit se nežádoucího omezení nebo afekt vzteku, který lze chápat jako projev bezmocného protestu.

Nápadnosti v chování

Mentálně retardovaní jedinci **nejsou schopni porozumět** obecně platným hodnotám a normám, pochopit jejich podstatu. Navíc nestačí, aby jedinec chápal, jaká pravidla v určité situaci platí, ale aby se podle nich dokázal chovat. Lidé s lehčím stupněm defektu sice obvykle vědí, jak by se měli v běžných situacích chovat, ale nelze od nich vždycky očekávat standardní reakce. Důvodem je odlišné zpracování informací a sklon k jinému způsobu reagování. Mentálně postižený člověk se řídí především emocionálními impulsy.

Mají zvýšenou pohotovost k afektivním reakcím, které nedovedou přijatelným způsobem ovládat. Nepříjemné, afektivní a někdy i agresivní projevy bývají reakcí na situaci, které nerozumí a nejsou ji schopni zvládnout. Problematické chování může být výrazem **neschopnosti vyjádřit svoje aktuální pocity standardnějším a pro ostatní srozumitelným způsobem**. Taková aktivita (např. bušení hlavou do zdi, křik, sebepoškozování) slouží ke komunikaci s okolím, jejich prostřednictvím mu sdělují subjektivně důležité informace¹³¹.

■ 6.3.2 Charakteristika typických vybraných znaků u jednotlivých kategorií mentální retardace (zpracováno dle¹³²)

Lehká mentální retardace (IQ 50–69)

Tito jedinci jsou schopni v nejlepším případě uvažovat na **úrovni dětí středního školního věku**. Respektují některá pravidla logiky, ale **nejsou schopni uvažovat abstraktně**, i v jejich projevu chybí většina abstraktních pojmů, uží-

¹³⁰ VÁGNEROVÁ, M.: *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha, Portál 2004.

¹³¹ VÁGNEROVÁ, M.: *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha, Portál 2004.

¹³² VÁGNEROVÁ, M.: *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha, Portál 2004.

vají jen konkrétní označení. Jsou schopni se učit, zvládnou výuku v praktické nebo speciální škole (dříve zvláštní a pomocná). Hlavní potíže ve škole se projevují při teoretické práci. Často mají specifické problémy se čtením a psaním. Většina dosáhne úplné nezávislosti v osobní péči a praktických domácích dovednostech, i když je vývoj proti normě mnohem pomalejší¹³³. V dospělosti mohou dosáhnout určité samostatnosti, mohou se pracovně začlenit, **potřebují pouze dohled a oporu**. Lidé s lehkou mentální retardací tvoří 80 % všech mentálně postižených

Středně těžká mentální retardace (IQ 35–49)

Uvažování lze přirovnat k **myšlení předškolního dítěte**. Učení je limitováno na mechanické podmiňování, k zafixování čehokoli je třeba četného opakování. Jsou schopni zvládnout běžné návyky a jednoduché dovednosti. Pokroky ve škole jsou limitované, ale někteří žáci se středně těžkou mentální retardací jsou schopni při odborném vedení navštěvovat s rozdílnými úspěchy program speciální (pomocné) školy. Jsou schopni si osvojit běžné návyky a jednoduché dovednosti, především v oblasti sebeobsluhy. Mohou vykonávat jednoduché pracovní úkony, pokud se nevyžaduje přesnost a rychlost. **Potřebují trvalý dohled**.

Těžká mentální retardace (IQ 20–34)

Osoby s tímto stupněm handicapu jsou v dospělosti schopni chápat jen základní souvislosti a vztahy, **uvažují na úrovni batolete**. **Omezení je zřejmé i v oblasti řeči**, naučí se nanejvýš jen několik špatně artikulovaných slovních výrazů, které navíc používají nepřesně. Někdy nemluví vůbec. Jejich učení je značně limitováno a vyžaduje dlouhodobé úsilí, i pak zvládnou pouze základní úkony sebeobsluhy a plnění několika pokynů. Často jde o již kombinované postižení, mnozí z nich mají postiženu i motoriku, trpí epilepsií apod. Jsou **závislí na péči jiných lidí**.

Hluboká mentální retardace (IQ 0–19)

Ve většině případů jde o kombinované postižení. Poznávací schopnosti se téměř nerozvíjejí, takoví lidé jsou maximálně schopni diferencovat známé a neznámé podněty a reagovat na ně libostí či nelibostí. Nevytvoří se ani základ řeči. Jsou **komplexně závislí na péči jiných lidí**, obvykle bývají umísťováni do ústavu sociální péče.

¹³³ ŠÍŠKA, J.: *Mimořádná dospělost*. Praha, PedF UK 2005.

■ 6.4 Možnosti výchovy a vzdělávání mentálně retardovaných

Výchovu a vzdělávání mentálně retardovaných osob je nutné chápat jako celoživotní proces. Tento proces můžeme realizovat přímo v rodinách, v ústavních zařízeních sociální péče a ve vzdělávacích zařízeních. Vzhledem k limitu v poznávacích procesech oproti většinové populaci výrazněji vystupuje potřeba jejich permanentního rozvíjení, stálého opakování a prohlubování znalostí a dovedností a soustavného vedení ke stále komplexnějšímu poznávání okolních skutečností. **Učení je dle zkušenosti řady pedagogů hlavní a nejúčinnější terapií mentální retardace**¹³⁴.

■ 6.4.1 Rodinná výchova

Rodina je pro život a výchovu jedince s mentální retardací nejpřirozenějším prostředím. Jeho narození bývá považováno za velmi traumatizující skutečnost¹³⁵. Pro další vývoj je velmi důležité, aby se rodiče dokázali vyrovnat se všemi změnami okolností a zaujali k němu pozitivní postoj. Patrně **nejméně vhodným postojem je odmítání dítěte**. Druhým extrémním postojem je zaujetí přesprilíš ochranného přístupu k dítěti.

Dalším, poměrně častým nesprávným přístupem rodičů je **rezignace na výchovu a rozvoj dítěte** a zaměření se na uspokojování jeho základních biologických potřeb. Opakem tohoto přístupu je **neúměrná snaha vychovat a vycvičit dítě** tak, aby se co nejméně lišilo od svých vrstevníků. Tato snaha často vyžaduje od dítěte i od rodičů úsilí, které nebývá přiměřené schopnostem dítěte ani výsledkům, které přináší, a vede k neurotizaci dítěte i rodičů¹³⁶. **Nejvhodnější přístup spočívá v umění brát a mít rád dítě takové, jaké je.**

Rodiče by měli dodržovat tyto **obecné zásady**:

- snažit se vychovávat své dítě co nejlépe s vědomím odpovědnosti jak k dítěti, tak i k sobě samému a ke společnosti,
- věnovat pozornost poznatkům o vývoji a výchově těchto dětí,
- dodržovat zásadu důslednosti při vyžadování požadavků. Jednotně by měli působit všichni členové rodiny a později i škola,
- snažit se o vytrvalost při vyžadování a kontrole požadavků,
- **požadavky mají odpovídat mentální úrovni a unavitelnosti** těchto dětí,
- nesnažit se, aby dítě dosáhlo úrovně vrstevníků „za každou cenu“.

134 PIPEKOVÁ, J.: *Osoby s mentálním postižením ve světle současných vzdělávacích trendů*. Brno, MSD 2006.

135 VÁGNEROVÁ, M.: *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha, Portál 2004.

136 ŠVARCOVÁ, I.: *Mentální retardace*. Praha, Portál 2003.

■ 6.4.2 Ústavní péče a výchova

Systém ústavní péče

Zřizovatelem ústavů sociální péče mohou být různé subjekty. V ČR jsou zřizovateli nejčastěji orgány státní správy a samosprávy. Ústavní péče je poskytována jednak v ústavech pro mládež, kam jsou zařazováni jedinci od tří let do skončení povinné školní docházky, eventuálně do ukončení přípravy na povolání, nejvýše však do 26 let, a dále v ústavech pro dospělé. Toto ustanovení se v praxi vzhledem k mentálnímu věku svěřenců nedodržuje a rozdíly mezi ústavami pro mládež a dospělé se postupně stírají¹³⁷.

Pro mentálně retardované se zřizují ústavy s denním, týdenním a celoročním pobytem. Denní stacionáře se zaměřují zpravidla na vzdělávací aktivity, pracovní rehabilitaci, různé druhy terapií, různé další formy rehabilitace, volnočasové aktivity apod. Jsou určeny pro děti, mládež i dospělé. Týdenní zařízení představují kompromis mezi domácí a ústavní péčí. Pracovní dny tráví klienti v ústavu a víkendy se svou rodinou¹³⁸.

Ústavy sociální péče s **celoročním pobytem** jsou určeny pro dlouhodobý pobyt klientů s mentálním defektem těžšího stupně a pro občany mající vedle mentálního defektu těžšího stupně též tělesnou nebo smyslovou vadu a **potřebují trvalou celodenní specializovanou péči**. Osoby s mentálním defektem lehčího stupně mohou být do celoroční ústavní péče přijati také, a to jestliže nezbytně takovou péči potřebují.

Na klienty ústavu je působeno různými výchovnými a vzdělávacími aktivitami. Tato činnost je realizována ve výchovných, zpravidla cca 12členných skupinách. **Výchovné skupiny jsou vytvářeny zejména podle rozumových schopností svěřenců.** Nejméně handicapovaní jedinci a další, kteří mohou být vzděláváni, se zúčastňují **výchovných a vzdělávacích aktivit** v různých typech specializovaných zařízení (praktická či speciální škola, rehabilitační program, speciální třídy při ÚSP). Výchovně vzdělávací, pracovní a speciální terapeutické programy jsou **doplňovány činnostmi zájmovými**, např. sportovními, kulturními apod. Jedinci s těžším stupněm znevýhodnění se zabývají speciálními vzdělávacími aktivitami zaměřenými na rozvoj řeči, na smyslové vnímání a na rozvoj sebeobslužných činností. Nejvíce handicapovaným, kteří musí být umístěni trvale na lůžku, je **poskytována fyzioterapeutická a rehabilitační péče a speciální terapie**¹³⁹.

¹³⁷ MATOUŠEK, O.: *Ústavní péče*. Praha, SLON 1999.

¹³⁸ ŠVARCOVÁ, I.: *Mentální retardace*. Praha, Portál 2003.

¹³⁹ FISCHER, S.: *Systém výchovné a vzdělávací péče*. Organizační směrnice, Teplice, ÚSP Háji u Duchcova 2002.

Některé ústavy zřizují pro své klienty **chráněná bydlení**. Prakticky jde o místnosti či byty, v nichž jsou klienti ubytováni po jednom až po třech. Klienti si je sami udržují, sami si i vaří. Personál ústavu je navštěvuje jen na krátkou dobu a pomáhá v nejnútnejších případech.

Složky ústavní výchovy

Složkami ústavní výchovy jsou:

- **výchova rozumová,**
jejímž **hlavním cílem je rozvíjení poznání a myšlení bezprostředním poznáním živé skutečnosti** v přírodě a skupině i jejím umělým zobrazením, s užitím výkladu vychovatele. Patří sem i výchova mravní a společenská, která se prolíná všemi jejími prvky. Rovněž sem patří výchova řeči, která shrnuje všechny výchovné vlivy na klienta a umožňuje jeho komunikaci s prostředím, ať pasivním příjmem mluvené řeči, nebo aktivním osobním slovním vyjadřováním.
- **výchova smyslová,**
která **systematicky rozvíjí funkce všech smyslových analyzátorů,** tříbí pozornost, orientaci v prostoru, směru a času, **je základem k vytváření pojmů a představ.** Smyslová výchova je úzce spjata s výchovou rozumovou. Diferenciačním způsobem rozvíjí chuťové, zrakové, sluchové, čichové a hmatové vnímání, zlepšuje paměť, cvičí pozornost a představivost. Je konána zejména formou didaktických her, na vycházkách a při zacházení s konkrétními předměty.
- **výchova estetická,**
která nejčastěji probíhá v zájmových kroužcích. V hudebně pohybové a výtvarné výchově spočívají významné možnosti ústavní výchovné práce. **Působí psychicky na citovou a estetickou oblast, umožňuje seberealizaci svěřenců.** Tato výchova by měla zaujímat ve výchovných plánech značný podíl.
- **výchova tělesná,**
která **přispívá pravidelným cvičením ke zlepšení tělesné zdatnosti, obratnosti a koordinaci pohybů, rozvíjí ukázněnost a samostatnost.** Patří sem pravidelné cvičení včetně rehabilitace, pohybové hry, přiměřené sportovní disciplíny.
- **výchova pracovní,**
ve které svěřenci **získávají mnoho dovedností, návyků a poznatků.** Působí na intelekt, fyzické a morální schopnosti, vyplňuje čas hodnotným způsobem, zdravým způsobem odčerpává přebytečnou energii.

Formy výchovné práce

Výchovná práce má **tři základní formy**:

- **masovou práci**, vycházející z podmínek a struktury ústavního života. Jsou v ní zapojeni všichni svěřenci.
- **skupinovou práci**, uplatňující se ve výchovné skupině nebo zájmovém kroužku, které jsou vedeny vychovatelem, jenž zde uplatňuje výchovný plán.
- **individuální práci**, zaměřenou na jednotlivce, zejména na ty, kteří nejsou z různých důvodů schopni účasti skupinové práce¹⁴⁰.

■ 6.4.3 Vzdělávací zařízení v rámci školské soustavy

Náš současný výchovně vzdělávací systém pro mentálně retardované, realizovatelný v rámci školské soustavy, je následující¹⁴¹:

Předškolní výchova a vzdělávání dětí s mentální retardací

Děti předškolního věku s mentální retardací mohou navštěvovat buď **speciální mateřskou školu denního, případně internátního typu, běžnou mateřskou školu nebo speciální třídu pro mentálně retardované děti při běžné mateřské škole**. Koncepce speciálních mateřských škol pro mentálně retardované má své specifické odlišnosti. **Základní zásadou je tendence zachovat v co největší míře přímý vliv rodiny na vývoj dítěte. Mateřská škola zajišťuje soustavnou a individuální péči v kolektivu i mimo něj v oblasti rozvíjení řeči, myšlení, hrubé a jemné motoriky, sociálním i citovém vývoji, vždy v úzké spolupráci s rodinou.**

Síť speciálních mateřských škol pro mentálně retardované je v České republice relativně stabilizovaná. Rodiče dětí s mentálním postižením mohou využívat i služeb poradenských speciálně pedagogických center pro mentálně retardované, která pracují při mateřských školách, středisek pomoci v krizových situacích, klubů rodičů dětí s mentální retardací, fonoték, videoték, půjčoven hraček a kompenzačních pomůcek apod.

¹⁴⁰ FISCHER, S.: *Metodické zásady výchovné a vzdělávací péče*. Organizační směrnice, Teplice, ÚSP Háj u Duchcova 2002.

¹⁴¹ Zpracováno dle těchto pramenů:

FRANIOK, P.: *Vzdělávání osob s mentálním postižením*. Ostrava, OU 2005.

PIPEKOVÁ, J.: *Osoby s mentálním postižením ve světle současných vzdělávacích trendů*. Brno, MSD 2006.

ŠVARCOVÁ, I.: *Mentální retardace*. Praha, Portál 2003.

Integrace jedince do běžné základní školy

V souladu se stávajícími trendy speciální pedagogiky lze realizovat výchovu a vzdělávání mentálně retardovaných osob formou integrace do normálních tříd. Dle názoru autora je tato možnost zatím realizována sporadicky a dosud nejsou důkladně prozkoumány výsledky. Dále se bude týkat s největší pravděpodobností jedinců s minimálním stupněm postižení.

Základní škola praktická

(Vzdělávací program zvláštní školy)

Ve základních školách praktických (dříve zvláštních) se vzdělávají zpravidla děti školního věku s **lehkým stupněm mentální retardace**, případně s úrovní rozumových schopností v pásmu podprůměru, když nejsou z různých důvodů schopny prospívat v běžné základní škole. Vzhledem ke značné variabilitě jejich schopností a dosažené úrovně vědomostí, dovedností a návyků je **nezbytné uplatňovat při jejich vzdělávání individuální přístup**, odpovídající jejich vývojovým a osobnostním zvláštnostem.

Síť zvláštních škol v České republice zahrnuje více než 500 takovýchto škol. O zařazení žáka do zvláštní školy či o jeho přeřazení rozhoduje ředitel školy, je však podmíněno souhlasem rodičů nebo jiných zákonných zástupců dítěte. Zvláštní školy jsou devítileté a žáci v nich plní povinnou školní docházku. Učební plán zvláštní školy **zahrnuje obdobné vyučovací předměty jako učební plán základní školy**, s výjimkou cizích jazyků. K osvojení praktických dovedností žáků byl do učebního plánu zvláštní školy zařazen poměrně velký počet hodin pracovního vyučování.

Základní škola speciální

(Vzdělávací program pomocné školy a přípravného stupně pomocné školy)

Vzdělávání v základních školách speciálních (dříve pomocných školách) je v současné době desetileté. V pomocné škole se vzdělávají žáci s takovou úrovní rozvoje rozumových schopností, která jim nedovoluje prospívat v běžné ani v praktické základní škole. **Těžiště práce speciální školy spočívá ve výchovné a vzdělávací činnosti zaměřené na poskytování elementárních vědomostí, dovedností, na vytváření návyků potřebných k uplatnění v praktickém životě**, k dosažení maximální možné míry samostatnosti a nezávislosti na péči druhých osob a k zapojení do společenského života.

Jedním ze závažných úkolů pomocné školy je vybavit žáky **triviem** základních vědomostí a dovedností, to znamená naučit je číst, psát a počítat. Zvládnutí těchto požadavků je pro některé žáky pomocné školy velmi náročné, pro jejich další život má však mimořádný význam. Zcela novou funkcí pomocné

školy je připravovat žáky k dalšímu vzdělávání. Absolventi pomocné školy mají možnost pokračovat ve svém vzdělávání v praktické škole a získat tak kvalifikaci k vykonávání jednoduchých pracovních činností. Na rozdíl od ostatních škol, kde se žáci mohou podřídit a přizpůsobit požadavkům školy, na speciální škole je třeba vzdělávací požadavky operativně přizpůsobovat individuálním schopnostem a možnostem jednotlivých žáků.

Přípravný stupeň pomocné školy

(Vzdělávací program pomocné školy a přípravného stupně pomocné školy)

Přípravný stupeň pomocné školy si klade za **cíl umožnit školní vzdělávání těm žákům, kteří by vzhledem k těžšímu stupni mentální retardace nebyli schopni prospívat ani na nižším stupni pomocné školy**, ale u nichž jsou patrné určité předpoklady rozvoje rozumových schopností, které by jim perspektivně mohly umožnit absolvovat pomocnou školu nebo alespoň její část. Přípravný stupeň pomocné školy je koncipován jako tříletý s tím, že žák má možnost po splnění určitých kritérií v každém z ročníků přejít do nižšího stupně pomocné školy či jiné formy vzdělávání odpovídající jeho schopnostem.

Rehabilitační vzdělávací program pomocné školy

(Rehabilitační vzdělávací program pomocné školy)

V rehabilitační třídě pomocné školy je vzděláváno **čtyři až šest žáků s těžkým stupněm mentální retardace**. Tyto děti mají v důsledku svého postižení zpravidla i závažné poruchy motoriky, komunikačních schopností a řadu dalších závažných omezení. Rozvoj psychiky těchto dětí je neoddelitelně spjat s rozvíjením jejich tělesných funkcí, zejména motoriky, a kromě vzdělávací péče vyžaduje i intenzivní rehabilitační péči. Využívají se v nich **netradiční a alternativní metody komunikace**, především nonverbální komunikační metody, symboly Bliss, znaková řeč Makaton, sociální čtení, globální metoda, psaní hůlkovým písmem apod. Vzhledem k významnému poškození kognitivních funkcí u většiny žáků rehabilitačních tříd již nelze reálně počítat s osvojením trivia.

Docházka do rehabilitačních tříd pomocné školy je organizována jako desetiletá. Rehabilitační třídy jsou s třídami pomocné školy plně prostupné a umožňují převedení žáka do odpovídajícího stupně pomocné školy.

Speciální třídy při základních a praktických školách a ústavech sociální péče

Na základě vyhlášky o speciálních školách a speciálních mateřských školách se umožňuje zřizovat třídy zvláštních škol při speciálních základních školách,

třídy pomocných škol při zvláštních školách a naopak, dále pak speciální třídy pro žáky s autismem a třídy pro žáky s více vadami. Obou uvedených možností mohou využívat i ústavy sociální péče, které mohou otvírat třídy pomocných škol v podobě odloučených pracovišť jak základních škol, tak zvláštních nebo pomocných škol.

Odborná učiliště a praktické školy

Po ukončení povinné školní docházky ve zvláštních a pomocných školách a u integrovaných žáků v základních školách mají mladiství s mentálním poškozením možnost pokračovat ve svém vzdělávání v odborných učilištích nebo praktických školách s tříletou, dvouletou nebo jednoletou přípravou. Pro absolventy zvláštních škol jsou zřizována odborná učiliště a praktické školy, pro absolventy pomocných škol jsou zřizovány praktické školy.

Večerní školy

Večerní školy jsou další možností vzdělávání lidí s mentálním postižením. Jsou jednou z celoživotních forem vzdělávání, jejich zřizovatelem jsou občanská sdružení. Ve večerních školách se vyučuje většinou dvakrát týdně po dvou až třech hodinách. Fungují většinou ve školních budovách zvláštních či pomocných škol, nebo v prostorách ústavů. Umožňují lidem s mentální retardací vhodně a hodnotně využít svůj volný čas a vzájemně se stýkat.

■ 6.5 Souhrn

Mentální retardace je vrozený defekt v oblasti rozumových schopností. Projevuje se mimo jiné nedostatečným rozvojem myšlení a řeči, omezenou schopností učení a obtížnější adaptací na běžné životní podmínky. Jedná se o postižení trvalé, které nelze zásadním způsobem změnit. Obtíže v porozumění okolí, zvýšený sklon k afektivnímu prožívání i neschopnost ovládat vlastní emoce zvyšují riziko nepřiměřeného chování. Výchovu, vzdělávání a rozvoj lze realizovat přiměřeně ke stupni a příčině defektu ve specializovaných institucích. Na edukaci a rozvoji se podílí rodina, škola, společnost a její jednotlivé subjekty.

Klíčová slova:

Mentální retardace, Dědičnost, Teratogenní faktory, Kvantitativní a kvalitativní hodnocení, Výchova a vzdělávání, Ústavní výchova, Vzdělávání ve školském systému.

Kontrolní otázky a úkoly:

1. V čem spočívá základní rozdíl mezi mentální retardací a demencí?
2. Jaké příčiny mohou vést k defektu rozumových schopností a rozvoji mentální retardace?
3. Jaký je význam kvalitativního hodnocení rozumových schopností pro práci s mentálně retardovanými jedinci?
4. Charakterizujte možnosti edukace a následné společenské uplatnění jedinců s postižením na úrovni středně těžké mentální retardace.
5. Charakterizujte typické znaky myšlení a řeči mentálně retardovaných. Jaké nápadnosti se objevují v jejich chování, jaká je jejich příčina?
6. Jaké jsou složky a formy výchovné práce, realizované v rámci ústavní péče, jaký je jejich cíl?
7. Ve kterém vzdělávacím zařízení a programech se mohou vzdělávat jedinci s postižením na úrovni středně těžké mentální retardace?

Edukace a rozvoj osob

s vybranými poruchami psychického vývoje

7

Specifické poruchy školních dovedností a motorické funkce

Cílem této kapitoly je:

- vymezit specifické poruchy školních dovedností, častěji označovaných jako poruchy učení, jejich definici, příčiny vzniku, neznámější druhy a jejich stručnou charakteristiku
- vymezit a charakterizovat metody speciálně pedagogické praxe při reedukaci poruch učení a motorické funkce

7.1 Specifické poruchy školních dovedností (poruchy učení)

7.1.1 Terminologické pojetí poruch školních dovedností (specifických poruch učení)

V odborné literatuře se můžeme setkat s různým označením. Nejčastěji jde o označení specifické vývojové poruchy učení, specifické poruchy učení, vývojové poruchy učení¹⁴², ve zkratce SPU. Poruchy jsou označovány vývojovými z toho důvodu, že se objevují jako vývojově podmíněný projev. Specifické obtíže se začínou projevovat především až v období docházky do základní školy. Označení specifické má význam pro odlišení od poruch nespecifických. Specifické poruchy učení se již tradičně označují předponou „dys“ připojenou ke slovnímu základu, který charakterizuje narušenou funkci¹⁴³.

Často bývá v běžné řeči používáno označení „poruchy učení“, to však zahrnuje širší oblast problémů, než je tomu u specifických poruch učení. Předmětem zájmu této části textu jsou poruchy školních dovedností, které nejsou způsobeny výukovým zanedbáním a které nesouvisejí s mentální úrovní. **Projevují se na začátku školní docházky** a jsou výrazně odlišné od jiných školních potíží.

¹⁴² VÍTKOVÁ, M. ET AL.: *Integrativní speciální pedagogika*. Brno, Paido 2004.

¹⁴³ KOCUROVÁ, ET AL.: *Speciální pedagogika pro pomáhající profese*. Plzeň, Západočeská univerzita 2002.

V Mezinárodní klasifikaci nemocí WHO lze problematiku specifických poruch učení nalézt v kapitole F 81¹⁴⁴. Jsou zde souhrnně označeny jako **specifické vývojové poruchy školních dovedností**. Jsou zde zahrnuty mezi poruchy psychického vývoje. Jednotlivě se pak jedná o následující poruchy:

Tabulka VII. Přehled specifických vývojových poruch školních dovedností (F 81)

F81.0 Specifická porucha čtení
F81.1 Specifická porucha psaní a výslovnosti
F81.2 Specifická porucha počítání
F81.3 Smíšená porucha školních dovedností
F81.8 Jiná vývojová porucha školních dovedností
F81.9 Vývojová porucha školních dovedností, nespecifikovaná

Pokud bychom měli výše uvedené poruchy definovat, jako velmi výstižná se nám jeví následující vymezení. Dle Matějčka¹⁴⁵ jsou poruchy učení **souhrnným označením různorodé skupiny poruch, které se projevují zřetelnými obtížemi při nabývání a užívání takových dovedností, jako je mluvení, porozumění mluvené řeči, čtení, psaní, matematické usuzování nebo počítání, přičemž se předpokládá dysfunkce centrální nervové soustavy.**

Porucha učení se může vyskytnout souběžně:

- s jinými typy a formami defektů a poruch (emocionální poruchy, poruchy chování),
- s negativními vlivy prostředí (sociokulturní odlišnosti),
- s nevhodnou výchovou,
- psychogenními činiteli (neuroticismus).

Porucha učení však není přímým důsledkem výše uvedených poruch a vlivů.

■ 7.1.2 Etiologie vzniku SPU

Od počátku zájmu o problematiku SPU se předpokládalo, že tyto obtíže **nejsou důsledkem sníženého intelektu, nepodnětného rodinného zázemí ani negativního emocionálního vývoje, ale že mají souvislost s určitými funkčními nedostatky centrálního nervového systému, jehož důvodem může být dědičný sklon nebo syndrom označovaný jako lehká mozková dysfunkce.**

¹⁴⁴ Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize. Praha, ÚZIS ČR 1992.

¹⁴⁵ MATĚJČEK, Z.: *Dyslexie. Specifické poruchy čtení*. Jinočany, H&H 1995.

Pro zvládání školních dovedností a požadavků musí mít jedinec dostatečným (zdravým) způsobem rozvinuty určité funkce, podmiňující úspěšnost ve čtení, psaní, počítání. U bezproblémového dítěte jsou základní schopnosti uspořádány do určité soustavy nebo vzorce, a to tak, že jejich vzájemná souhra mu umožňuje naučit se číst. Je-li základní vzorec porušen, pak s největší pravděpodobností můžeme očekávat nápadný neúspěch ve čtení a psaní, tedy projev některé ze SPU¹⁴⁶.

Při hledání příčin, podmiňujících vznik SPU, se někteří badatelé přikláněli k tendencím hledat hlavní příčiny v genetické predispozici, jiní spíše v poškození CNS¹⁴⁷. Tradičně jsou příčiny vzniku a rozvoje poruch učení děleny například dle výzkumu O. Kučery (1961) do **čtyř základních skupin dle této etiologie**:

- **lehká mozková dysfunkce** (dříve encefalopatie), anamnéza poukazuje na možné lehké poškození funkce mozku v prenatálním, perinatálním nebo postnatálním období – **u 50 % jedinců**
- **hereditární etiologie**, v anamnéze je typický výskyt stejných či obdobných poruch u příbuzných – **u 20 % jedinců**
- **kombinace** lehké mozkové dysfunkce a dědičnosti – **u 15 % jedinců**
- **neurotická nebo nejasná etiologie** – **u 15 % jedinců** se SPU.

V údajích o epidemiologii se odborníci různí. Výskyt v populaci je odhadován od 1–4 %. Počty našich žáků s diagnostikovanou poruchou, kteří jsou v běžných základních školách, jsou obtížně zjistitelné a některé vykazované údaje zřejmě neodpovídají skutečnosti a často si odporují¹⁴⁸. Signifikantní je **rozdíl ve výskytu mezi mužským a ženským pohlavím**. Je udáván v poměru 4–10:1. Rozdíl je zdůvodňován odlišnostmi v činnosti CNS. Souvisí s převahou pravo-hemisferálních funkcí u mužů.

■ 7.1.3 Lehká mozková dysfunkce (LMD)

Lehká mozková dysfunkce (dříve encefalopatie), někdy také označovaná jako drobné poškození mozku, **je percepčně motorický deficit**. Jak vyplývá z označení, nejedná se o **defekt** orgánový, ale **funkční**. Souvisí s nezralostí centrální nervové soustavy. K jejímu vzniku může dojít v průběhu:

- **prenatálního** období – vlivem působení chemických, fyzikálních nebo biologických faktorů,
- **perinatálního** období – jako důsledek nešetrného, dlouhotrvajícího a náročného porodu,

¹⁴⁶ MATĚJČEK, Z.: *Dyslexie. Specifické poruchy čtení*. Jinočany, H&H 1995.

¹⁴⁷ MICHALOVÁ, Z.: *Specifické poruchy učení a chování*. Praha, UK 2003.

¹⁴⁸ MERTIN, V.: *Individuální vzdělávací program*. Praha, Portál 1995.

- **postnatálního** období – zejména virová či horečnatá onemocnění, stravovací potíže v raných vývojových obdobích. Příčinám je společné nedostatečné zásobování CNS kyslíkem.

Někdy bývá problematika LMD ztotožňována či dokonce zaměňována se **syndromem hyperaktivity ADHD** („Attention Deficit Hyperactivity Disorders“ – hyperaktivita s poruchou pozornosti). Je možné také zmínit pojem „Executive Function Deficit“, kterým se někdy tento název doplňuje. Jedná se zejména o **anglosaský přístup**.

V české literatuře¹⁴⁹ je **LMD považována za základ pro ADHD**. Důvodem je faktická změna ve stavbě nervové soustavy, která je příčinou změn v distribuci energie. LMD nelze neurologicky zjistit, usuzuje se na poruchu funkční. V případě ADHD nebo ADD se jedná především o vývojovou změnu v distribuci dopaminových transmitterů. Tímto jsou pak ovlivněny prakticky všechny kognitivní funkce. Uvádí se, že 44 % dětí s ADHD trpí dalšími poruchami. Podstatné na syndromu ADHD však je, že **není specificky zaměřen, ale ovlivňuje celkově veškeré chování**. Z tohoto důvodu jej spojujeme s poruchami chování a emocí a stručně jej charakterizujeme v kapitole 9 textu. Jsme si však vědomi, že **poruchy učení, které se u jedinců trpících syndromem ADHD/ADD vyskytují**, bývají považovány za jeho symptomy.

Literatura popisuje celou řadu symptomů LMD¹⁵⁰. K nejčastějším patří:

- **poruchy pozornosti a soustředěnosti** – neschopnost se déle soustředit, jedinec je vyváděn z pozornosti i nepatrnými podněty,
- **impulzivita**, vyšší míra aktivace – reagování bez rozmyslu, bezmyšlenkovitě, zbrklé jednání bez zábran,
- **nerovnoměrný vývoj psychomotorických funkcí** – výrazné rozdíly oscilující mezi nadprůměrem a podprůměrem (řeč, motorika),
- **neklid, nadměrná pohyblivost** – jedinec nevydrží v klidu, je zvýšeně dráždivý,
- **výkyvy nálad a výkonnosti** – zvýšená dráždivost je střídána obdobím klidu a pozornosti, až nezájmem,
- **motorická neobratnost** – obtíže zvláště v jemné motorice (psaní, úhlednost).

■ 7.1.4 Otázka laterality a SPU

S problematikou SPU bývá často také diskutována otázka **laterality** (z latinského laterit = bok). Jedná se o přednostní užívání jednoho z párových orgánů pohybového nebo smyslového ústrojí. Lateralita může být tvarová, nebo

¹⁴⁹ ČERNÁ, M. ET AL.: *Lehké mozkové dysfunkce*. Praha, Karolinum 1995.

¹⁵⁰ ČERNÁ, M. ET AL.: *Lehké mozkové dysfunkce*. Praha, Karolinum 1995.

funkční. Neurofyziologická souvislost je spatřována v dominanci mozkových center. Nejznámějšími projevy lateralit jsou obecně praváctví a leváctví. Vyhraňenost souvisí s dozráváním nervových drah. Rozlišujeme různé typy:

- lateralitu **souhlasnou** (převaha jedné strany u všech párových orgánů),
- lateralitu **nesouhlasnou**,
- lateralitu **zkříženou** (dominantní párové orgány jsou na obou stranách),
- lateralitu **nevyhraňenou** (ambidextrie).

Za **rizikové faktory** související s lateralitou a SPU jsou považovány **lateralita přecvičená, zkřížená lateralita a ambidextrie**. Možné příčiny poruch učení se označují jako nepříznivá konstelace lateralit, netypická konstelace hemisfér. Analýzou anamnestických dat dyslektiků byl prokázán častější výskyt levorukosti, ambidextrie a zkřížené lateralit. Byly realizovány výzkumy, které zjišťovaly dominanci hemisfér a její specializaci ve vztahu k dyslexii. Tyto výzkumy se shodují v tom, že u leváků se vyskytují netypické formy dominance hemisfér pro řečové podněty častěji než u praváků a jedinců s ambidextrií. V případech, kdy je specializace hemisfér netypická, dochází k nedostatečnému rozvoji buď řečových, nebo vizuálních funkcí, přičemž obojí může negativně ovlivňovat proces učení¹⁵¹.

Dříve rozšířený názor, že leváci mají pro všechny činnosti dominantní hemisféru pravou a praváci hemisféru levou, byl již překonán. Bylo zjištěno, že téměř 100 % praváků a 60–70 % leváků má **pro řeč dominantní hemisféru levou**¹⁵². **Důsledky přecvičování**, ke kterým již nyní dochází v podstatně menší míře (vliv rodiny), jsou všeobecně známy: motorický neklid, neurotické projevy, koktavost, odpor vůči učení, horší prospěch, výpadky pozornosti, potíže s motorikou a se psaním. Jedná se o projevy obdobné symptomům LMD, tedy i SPU.

■ 7.2 Druhy SPU a jejich základní charakteristika

Poruchy učení jsou členěny dle druhů činností spojených se školními výkony, ve kterých se u jedince (žáka) objevují níže popsané potíže. U jednotlivých poruch uvádíme pouze stručnou charakteristiku, která je vystihuje. Je nutné si uvědomit, že:

- **každý případ**, každý jedinec trpící znevýhodněním v důsledku SPU, **je jedinečný**. Ke vzniku a rozvoji může dojít na základě rozličných příčin a okolností. Symptomy jsou sice obdobné, nebo ještě lépe podobné, ale projevy každého jsou jedinečné z hlediska intenzity, kvantity, druhů písmen, opera-

¹⁵¹ KOCUROVÁ, ET AL.: *Speciální pedagogika pro pomáhající profese*. Plzeň, Západočeská univerzita 2002.

¹⁵² ZELINKOVÁ, O.: *Poruchy učení*. Praha, Portál 1994.

cí, úkonů, záměn apod. **Z tohoto důvodu je nutný i individuální přístup, individuální plán vzdělávání.**

- poruchy učení nejsou primárně spojeny s úrovní rozumových schopností, jedná se o potíže senzorio-motorické. Proto je **varovným signálem pro učitele nevyváženost v jednotlivých výkonech žáka** (rozdíly mezi matematikou, českým jazykem, zeměpisem, apod.).

■ 7.2.1 Dyslexie

Jedná se o **nejrozšířenější poruchu** při osvojování si školních dovedností a plnění standardních edukačních požadavků. 95 % jedinců s poruchami učení trpí právě tímto druhem poruchy.¹⁵³ V naprosté většině případů **bývá kombinována s dysgrafií, respektive s dysortografií** (což platí i obráceně).

Dyslexie je specifická porucha čtení, projevující se obecně narušeným vnímáním písmen a prostoru. V důsledku toho jedinec nerozeznává a **zaměňuje různé druhy písmen:** zrcadlově podobná (b-d, p-d, p-b, n-u), tvarově podobná (m-n, k-h) a zvukově podobná (v-f, s-z, t-d, h-ch). Těchto záměn se dopouští při čtení i psaní. Jedinec **má obtíže při spojování písmen do slabik a poté se souvislým čtením slov a textu.** Potíže souvisí s oslabením kooperace mozkových hemisfér. Promítají se do **rychlosti čtení, správnosti čtení a porozumění čteného textu.**¹⁵⁴

■ 7.2.2 Dysgrafie

Dysgrafie je specifickou poruchou psaní. Postihuje neschopnost jedince osvojit si požadovanou úroveň při psaní, hlavní znaky jsou shodné s dyslexií, projevují se v písemné podobě. Jedinec není schopen napodobit **tvar písmen, jejich správné řazení. Písmo je neuspořádané, těžkopádné a neobratné.** Dlouhou dobu není schopen dodržet správnou výšku, písemný projev je pomalý, vyžaduje zvýšené úsilí.

■ 7.2.3 Dysortografie

Dysortografie je specifická porucha pravopisu, vyskytující se velice často ve spojení s dyslexií. Tato porucha nepostihuje celou oblast gramatiky jazyka, ale

¹⁵³ NOVOTNÁ, M., KREMLIČKOVÁ, M.: *Kapitoly ze speciální pedagogiky pro učitele*. Praha, SPN 1997.

¹⁵⁴ MATĚJČEK, Z.: *Dyslexie. Specifické poruchy čtení*. Jinočany, H&H 1995.

týká se specifických dysortografických jevů. Jsou jimi **vynechávky, záměna písmen, inverze, zkomoleniny, nesprávně umístěné nebo vynechané vyznačení délek samohlásek, chyby v měkkosti**¹⁵⁵.

Dle typických znaků lze rozlišit dysortografii¹⁵⁶:

- **Auditivní**, při níž jde o primární narušení procesů sluchové diferenciaci a analýzy a oslabení bezprostřední auditivní (sluchové) paměti, žáci mají problémy při zachycení pořadí jednotlivých hlásek ve slově, smysl slova však chápou.
- **Vizuální**, při níž je snížena kvalita vizuální (zrakové) paměti. Jedinec není schopen si vybavit písmena tvarově nebo sluchově podobná. Žák není schopen napsané chyby v textu správně identifikovat a i při poskytnutí možnosti delšího času na opravu jich zvládá zachytit a opravit pouze velmi sporadické množství, ba dokonce někdy i chyby přidělá tam, kde původní pravidlo aplikoval správně.
- **Motorickou**, která souvisí s namáhavostí a pomalostí vlastního aktu psaní. Příčinou je narušení jemné motoriky (porucha motorické funkce).

■ 7.2.4 Dyskalkulie

Dyskalkulie je specifickou poruchou matematických schopností. Jedná se o poměrně vzácnou strukturální poruchu matematických schopností, která má svůj původ v genově nebo perinatálně podmíněném narušení těch částí mozku, jejichž nepřiměřené anatomicko–fyziologické zranění souvisí se zvládáním matematických funkcí, nemá však souvislost s poruchou mentálních funkcí.

Dyskalkulie má řadu specifických projevů, které jsou analogické s projevy dyslexie, dysgrafie a dysortografie.

Podle charakteru obtíží a projevů lze tuto dyskalkulii členit do následujících typů¹⁵⁷:

- **Praktognostická dyskalkulie** znamená narušení matematické manipulace s předměty nebo kreslenými symboly (přidávání, ubírání množství, rozkládání, porovnávání počtu). Žák není schopen dospět k pochopení pojmu číslo, v geometrii neumí seřadit různě dlouhé předměty podle velikosti, diferencovat geometrické tvary. Porucha prostorového faktoru matematických schopností způsobuje, že dítě selhává při rozmístění figur v prostoru, není schopné ukazovat na počítané předměty a správně je třídit.

¹⁵⁵ ZELINKOVÁ, O.: *Poruchy učení*. Praha, Portál 1994.

¹⁵⁶ MICHALOVÁ, Z.: *Specifické poruchy učení a chování*. Praha, UK 2003.

¹⁵⁷ KOŠČ, L.: *Patopsychológia učenia a jej neuropsychologické základy*. Bratislava, SPN 1987.

- **Verbální dyskalkulie** se projevuje problémy dítěte při označování množství a počtu předmětů, operačních znaků, matematických úkonů. Dítě nedokáže vyjmenovat řadu čísel od největšího k nejmenšímu, řadu sudých či lichých čísel.
- **Lexická dyskalkulie** se projevuje **neschopností číst číslice, čísla, operační symboly**. V nejtěžších případech není dítě schopné přečíst ani izolované číslice a operační znaky, při lehčí formě mu dělá potíže číst vícemístná čísla s nulami uprostřed nebo napsané svisle. Žáci **zaměňují tvarově podobné číslice**, římské číslice. Problematickou skupinou jsou zlomky a desetinná čísla. Příčiny nacházíme hlavně v oblasti zrakového vnímání, orientace v prostoru, zvlášť pravolevé orientace.
- **Grafická dyskalkulie** představuje neschopnost psát matematické znaky. Žák má potíže při zápisu formou diktátu či přepisu, při psaní vícemístných čísel, píše v opačném pořadí, zapomíná psát nuly. Dělá mu potíže psát řádky pod sebe, jeho zápis je neúhledný, v geometrii má problémy při rýsování jednoduchých útvarů. Vzhledem k poruše pravolevé orientace píše často číslice zrcadlově.
- **Operační dyskalkulie** se projevuje poruchou schopnosti provádět matematické operace, sčítat, odčítat, násobit, dělit, což se projevuje zvláště při počítání delších řad čísel. Žák se dopouští záměn jednotek a desítek při sčítání, záměny čitatele a jmenovatele.

■ 7.2.5 Dysmuzie

Dysmuzie je specifická porucha hudebních schopností. Jedná se o narušení schopnosti vnímání a reprodukce hudby a rytmu. Patří mezi vzácné poruchy, nemá ale tak závažný dopad na výuku.

Lze rozlišovat formu **expresivní**, jež neumožňuje dítěti reprodukovat třeba i velice známý hudební motiv, který dokáže běžně identifikovat, a **totální**, spočívající v nedostatku hudebního smyslu vůbec. V tomto druhém případě jedinec hudbu nechápe, není schopen si ji zapamatovat a identifikovat.

■ 7.2.6 Dyspinxie

Dyspinxie je specifická porucha kreslení. Je charakteristická nízkou úrovní kresby. Potíže se projevují v oblasti motoriky, jedinec zachází s tužkou (pastelkou) neobratně, tvrdě. Nedokáže převést svoji představu z trojrozměrného prostoru na dvojrozměrný papír, má potíže s pochopením perspektivy.

■ 7.3 Specifická vývojová porucha motorické funkce

V Mezinárodní klasifikaci nemocí WHO lze problematiku specifické poruchy motorické funkce nalézt v kapitole F 82¹⁵⁸. Ve speciálně pedagogické praxi i v literatuře je nejčastěji předkládána v přehledu jednotlivých druhů poruch učení jako **dyspraxie**. U této poruchy se jedná o narušený vývoj motorické koordinace, o zpomalený vývoj jemné motoriky.

Dyspraxie je specifická porucha obratnosti, schopnosti vykonávat složité úkony. Může se projevit jak při běžných denních činnostech, tak ve vyučování. Proto ji předkládáme v našem textu odděleně. Tito jednotlivci bývají **pomalí, nešikovní, neupravení**, jejich výrobky jsou nevzhledné, což u nich často vytváří nechuť k motorickým činnostem. Jejich obtíže se mohou projevit jak při psaní, v rámci jednotlivých výchov, tak v řeči (porucha motoriky mluvidel). Jedinec se obtížně učí zavazovat tkaničky, zapínat knoflíky. Neobratnost je zřetelná při pohybových hrách, zakopává i při běžné chůzi. Příčiny jsou totožné s poruchami učení. Souhrn těchto poruch se také nazývá „**syndrom neobratného dítěte**“¹⁵⁹. Dříve býval diagnostikován v rámci lehké mozkové dysfunkce.

Příčinu není možné hledat pouze v oblasti motoriky, narušen je i vývoj v oblasti psychiky, celkový psychomotorický vývoje jedince.¹⁶⁰

■ 7.4 Charakteristika žáka s poruchami školních dovedností a motorické funkce

Selikowitz¹⁶¹ charakterizuje děti se specifickou poruchou učení jako sociálně hluché. Je pro ně typické, že nemají vhléd do toho, jak jsou vnímány. Děti, které mají poruchu v oblasti školní výuky, jsou nemotorné, trpí mnohem víc. Některé z nich předstírají nemoc, protože nechtějí jít do školy, některé se škole vyhýbají ze strachu.

Postoje dětí se specifickou poruchou učení k sobě samým jsou ovlivněny postoji jejich okolí, ale také zvláštnostmi vývoje jejich osobnosti, souvisejícími s poruchou samotnou. Nemyslí si, že jsou líné a že se špatně chovají. **Nejhůře snáší tresty rodičů i učitelů. Přitom naopak potřebují od svých učitelů a rodičů podporu a povzbuzení.** Potřebují citovou jistotu v rodině a ve škole.

¹⁵⁸ Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize. Praha, ÚZIS ČR 1992.

¹⁵⁹ ZVOLSKÝ, P.: *Speciální psychiatrie*. Praha, Karolinum 2001.

¹⁶⁰ ŘÍČAN, P., VÁGNEROVÁ, M.: *Dětská klinická psychologie*. Praha, Avicenum 1991.

¹⁶¹ SELIKOWITZ, M.: *Dyslexie a jiné poruchy učení*. Praha, Grada 2001.

■ 7.4.1 Odlišnosti v psychomotorických funkcích

V souvislosti se SPU lze sledovat odlišnosti v následujících oblastech ¹⁶²:

Poruchy pozornosti

Poruchy soustředěnosti a pozornosti bývají jedním ze základních symptomů, které se u SPU vyskytují. Pozornost značně souvisí s únavou organismu. Deficity pozornosti mohou postihnout všechny smyslové modalitty (např. pozornost ke sluchovým či zrakovým podnětům). Na jedné straně se můžeme u dítěte setkat s **roztržitostí**, jejíž příčinou může být neschopnost záměrné pozornosti. Obtíže dítěte se také mohou týkat rozdělení pozornosti (distribuce), schopnosti rozdělit pozornost na vnímání dvou či více podnětů, které působí současně, či jsou prezentovány krátce za sebou. Dítě nereaguje na výzvy, což se dá vyložit jako „neposlušnost“.

Poruchy aktivity

U žáků s poruchami učení se můžeme setkat jak s hyperaktivitou, tak s hypoaktivitou. Projevy poruch aktivity se dají pozorovat již v raném a předškolním věku a mohou souviset se syndromem ADHD.

Zvýšená unavitelnost

Nápadně brzy nastupující únava žáka bohužel mnohdy ještě umocňuje výše zmíněné obtíže s koncentrací pozornosti. Je vhodné sledovat a zaznamenávat si tzv. křivku pozornosti a únavy dítěte během dne, na čemž mohou s učitelem spolupracovat rodiče a vychovatelé. Sledování projevů únavy je rovněž důležitým předpokladem vhodné motivace. Dítě by mělo mít jistotu v tom, že jeho koncentrace na určitý speciální zaměřený výkon (např. zrakovou diferenciaci) bude následně odměněna odpočinkovou činností, která bude zvolena s ohledem na zapojení jiné než doposud zatížené modalitty. **Zvýšenou unavitelnost je nutno také zohlednit při prověřování vědomostí dítěte.**

Deficity paměti

Deficity paměti se týkají především její formy **zrakové a sluchové**, krátkodobé i dlouhodobé. Důsledky těchto deficitů můžeme pozorovat jako neschopnost dítěte zapamatovat si slovní řady (dny v týdnu, násobilkou, vyjmenovaná slova). Mohou se projevat i **častou zapomnětlivostí** dítěte. Setkáváme se i poru-

¹⁶² ZELINKOVÁ, O.: *Poruchy učení*. Praha, Portál 1994.

chami pohybové paměti, projevují se při sportovních a tělocvičných úkonech či v pracovním vyučování.

Oblast motoriky

Nejčastějšími projevy v této oblasti bývají **poruchy koordinace pohybů a poruchy jemné motoriky**. Motorické deficity mohou ovlivnit výkony v grafomotorických výkonech (psaní, kreslení, rýsování) či v tělesné výchově. Setkáváme se s nevhodným úchopem psacího či kresebného náčiní, neschopností vyvíjet adekvátní tlak na pero.

Jazyk a řeč

K odlišnostem v této oblasti patří deficit žáka ve smyslu snížení úrovně jazykového citu, **poruchy výslovnosti**, potíže a poruchy při rychlém pojmenování entit. Tyto obtíže mohou souviset s poruchami fonemického sluchu či sluchové analýzy a syntézy či s narušeným vnímáním jemných rozdílů artikulačních pohybů (tzv. kinestetické melodie). **Artikulační neobratnost** se projevuje obtížemi **při vyslovování složitějších souhláskových shluků** či dvojhlásek, popřípadě slov víceslabičných a složených.

Emoční labilita

Emoční labilita se projevuje **překvapivými a nečekanými projevy chování**, při kterém se žák jako by vrací k dětským vzorcům chování (náhlá plačtivost, upoutávání pozornosti vyrušováním či zlobením, zvýšená náladovost a přecitlivělost k výtčkám – regrese).

U žáků se specifickými poruchami učení se mohou projevovat **sociální a emocionální problémy**. Byla sledována vzrůstající frustrace u dyslektiků, kteří selhávali ve školním prostředí. Tato frustrace je často spojována s jejich neschopností plnit očekávání druhých¹⁶³.

■ 7.4.2 Chování žáků s poruchami školních dovedností a motorické funkce

V chování žáků se specifickými poruchami učení lze pozorovat **rovněž určité odlišnosti**. Odlišnosti v chování mohou být způsobeny primárně jako součást obrazu lehké mozkové dysfunkce a deficitů dílčích funkcí, sekundárně jako

¹⁶³ VÍTKOVÁ, M. ET AL.: *Integrativní speciální pedagogika*. Brno, Paido 2004.

důsledek prožívání neúspěchu, negativního hodnocení dospělých a zejména jako „výraz pocitu bezmoci vůči obtížím“.

Jedná se zejména o následující projevy, které jsou ve skutečnosti obrannými mechanismy:

- nesoustředěnost, **neklid**, nízkou vytrvalost s velkými výkyvy ve výkonech. Tyto obtíže bývají někdy chybně považovány za příčinu dyslexie.
- **infantilitu**, která souvisí jednak s nerovnoměrným vývojem žáka, nebo bývá reakcí na opakované neúspěchy dítěte.
- **zvýšenou vzrušivost**, v důsledku rušivých vlivů. Na tyto podněty reagují se zvýšenou pohotovostí a bývají více vyvedeni z míry.
- obranné mechanismy spočívající ve **vyhýbání se školní práci**. Stále se zvyšující tlak doma i ve škole (aby dítě více četlo, více psalo) vede dítě k odmítání práce pro školu (zapomíná úkoly, ztrácí sešit, apod.).
- **kompenzační chování**, když nemůže být úspěšný, šaškuje, ruší, vytahuje se.
- **agresivita a projevy nepřátelství**. Napětí způsobené neúspěchem si některé děti odreagovávají agresí. Může to být agrese **verbální** (výsměch, ponižování, žalování), ale i **vzdorovitost, neposlušnost nebo dokonce až šikanování** a ubližování druhým.
- **úzkostné stažení se do sebe**. Žák má takový strach ze školy, že se to může projevit až psychomotorickými obtížemi (častou nemocností, bolestmi břicha, hlavy, zvracením, poruchami spánku). Žák má pocit méněcennosti, je ustrašený, plačtivý, neklidný.

■ 7.5 Organizace péče o žáky s poruchami školních dovedností a motorické funkce

■ 7.5.1 Organizační formy vzdělávání

Matějček¹⁶⁴ strukturuje systém péče o žáky se SPU **do pěti organizačních stupňů**:

- náprava nejlehčích forem přímo v základní škole v rámci individualizace normálního výukového procesu,
- reedukace vyškolenými učitelkami v rámci kroužků či doplňovacích hodin,
- reedukace prováděná v PPP za účinné spolupráce rodičů,
- reedukace v rámci specializované třídy pro žáky se SPU,
- náprava nejtěžších forem soustředěnou komplexní péčí v dětských psychiatrických léčebnách.

¹⁶⁴ MATĚJČEK, Z.: *Dyslexie. Specifické poruchy čtení*. Jinočany, H&H 1995.

V **současnému** přístupu lze pozorovat tyto základní možnosti péče:

- **Individuální péče prováděná v rámci vyučování učitelem kmenové třídy.** Tato forma péče se uplatňuje u mírnějších forem poruchy v rámci třídy základní školy. Učitel by měl mít základní vědomosti a dovednosti k dané problematice, měl by vytvořit co nejlepší podmínky pro reedukační postupy. Žák může být do třídy základní školy integrován, a to i v případě, je-li porucha těžšího stupně a jsou-li zachovány a splněny podmínky integrace.
- **Individuální péče prováděná učitelem, který je absolventem speciálního vzdělání.** Péči zajišťuje i speciální pedagog. Působí ve třídě základní školy, vede dyslektické kroužky, kabinety dyslektiků, reedukační postupy péče konzultuje s poradenskými pracovišti.
- **Třídy individuální péče,** které jsou zřizovány při základních školách. Do těchto tříd žák dochází v průběhu dne. Jedná se většinou o hodiny českého jazyka se zaměřením na reedukační péči, po vyučovací hodině se žák vrací do své kmenové třídy. Reedukační péči zajišťuje obvykle speciální pedagog.
- **Cestující učitel.** Je jím většinou pracovník PPP či SPC. Dochází do základní školy, kde v průběhu vyučování provádí reedukační péči. Reedukační péči zajišťuje i mimo vyučování.
- **Specializované třídy pro žáky s poruchami učení.** V těchto třídách je snížený počet žáků. Výuku realizuje speciální pedagog. Třídy se zřizují při základních školách a u žáků s diagnostikovanou poruchou se preferuje **individuální přístup**, reedukační péče probíhá v průběhu celého edukačního procesu. Třídy s sebou přinášejí výhody i nevýhody. Tato forma péče je pro určité procento dětí výhodnější než integrace do běžné třídy. Je vhodnější pro žáky s průměrnými, mírně podprůměrnými intelektovými schopnostmi, kterým vyhovuje i menší počet žáků ve třídě, dále pro žáky, kteří jsou hůře adaptibilní, uzavření, děti s neurotickými rysy, pomalým pracovním tempem.
- **Speciální školy pro žáky s poruchami učení.** První škola existovala v Karlových Varech, v současné době je jich v České republice cca deset. O žáka se stará tým odborníků. Je zajištěna individuální péče, a tedy i speciální péče v průběhu celého edukačního procesu.
- **Dětské psychiatrické léčebny.** Ve třídách při psychiatrických léčebnách jsou léčeni a vzděláváni žáci s těžkým stupněm postižení, realizována je i reedukační péče. Aplikuje se v případech kombinovaných poruch a defektů. Vzdělávání je součástí terapie.
- **Individuální a skupinová péče** v pedagogicko-psychologické poradně (PPP), speciálně pedagogickém centru (SPC), středisku výchovné péče (SVP). Skupinová péče je prováděna formou **edukativních a stimulačních skupin či individuálně vedené reedukace**. Této péče se spoluúčastní i rodiče, zúčastňují se společných skupinových sezení, což má současně veliký motivační efekt pro jejich děti.

■ 7.5.2 Spolupráce školy s rodinou

Rodina se školou plní významné výchovné funkce, které lze chápat jako komplementární (navzájem se doplňující).

Pro školu je výchozím momentem dobré spolupráce získání důvěry rodičů, přesvědčení rodičů, že dobro jejich dětí je společným cílem. Kvalita spolupráce školy s rodinou není měřitelná počtem hodin, které rodina s dítětem tráví denně přípravou na vyučování. Formy, v jejichž rámci spolupráce probíhá, se mění. Mohou to být třídní schůzky, individuální konzultace učitelů s rodiči, návštěvy učitelů v rodině.

Spolupráce školy s rodinou je problém starý jako institucionální školství samo. Tato problematika je též **jeden z klíčových problémů současné moderní pedagogiky**. Škola by neměla být a nikdy také nebyla jen institucí založenou pouze za účelem vzdělávání dětí¹⁶⁵.

Komunikace mezi učitelem, žákem a také jeho rodinou je velmi důležitá. Navození otevřeného a oboustranně prospěšného vztahu školy a rodiny je proces, do kterého jsou rodiče primárně zapojováni prostřednictvím informací o dítěti. Příjemné, otevřené klima ve škole, dítě aktivní, sebejisté a samostatné, to vše zlepšuje chuť ke spolupráci s rodiči a jejich podporu školní práce a samozřejmě rodiče zpětně pozitivně ovlivňuje.

■ 7.5.3 Spolupráce rodiny s jinou institucí

První ročník je klíčovým obdobím pro rozvoj osobnosti žáka i pro formování jeho vztahu ke škole a vzdělání jako celku. Již samo podezření na poruchu vyslovené učitelem může být pro rodiče šokem. Hledají viníky poruchy svého dítěte, věnují přehnanou pozornost oblasti, ve které se porucha projevila, obávají se o budoucnost dítěte. Není nutné vyvolávat planý poplach a rodiče strašit, na druhé straně je třeba hledat účinné formy pomoci¹⁶⁶.

Tu mohou hledat nejlépe v těchto specializovaných institucích:

- **Pedagogicko-psychologická poradna (PPP)** je školské zařízení, které mimo své další úkoly provádí pedagogicko-psychologické vyšetření žáků škol a školských výchovných zařízení a vypracovává o nich posudky především pro školy a školská výchovná zařízení a zákonné zástupce žáků.
- **Speciálně pedagogická centrum (SPC)** pomáhá zajišťovat integraci žákům se speciálními potřebami. Centrum provádí vyhledávání a speciálně pedagogickou a psychologickou diagnostiku dětí se zdravotním znevýhodněním

¹⁶⁵ HAVLÍK, J., KOŤA, J.: *Sociologie výchovy a školy*. Praha, Portál 2002.

¹⁶⁶ ZELINKOVÁ, O.: *Poruchy učení*. Praha, Portál 1994

a vede jejich evidenci ve spádové oblasti, kterou stanoví zřizovatel. Speciálně pedagogické centrum se zpravidla specializuje pouze na jeden typ defektu.

■ 7.6 Souhrn

Poruchy školních dovedností a motorické funkce (ve speciálně pedagogické praxi poruchy učení) jsou souhrnným označením různorodé skupiny poruch, které se projevují zřetelnými obtížemi při nabývání a užívání takových dovedností, jako je mluvení, porozumění mluvené řeči, čtení, psaní, matematické usuzování nebo počítání, přičemž se předpokládá dysfunkce centrální nervové soustavy. Obtíže nejsou důsledkem sníženého intelektu, nepodnětného rodinného zázemí ani negativního emocionálního vývoje, ale mají souvislost s určitými funkčními nedostatky centrálního nervového systému, jehož důvodem může být dědičnost nebo syndrom označovaný jako lehká mozková dysfunkce. Nejrozšířenější poruchou je dyslexie, která často souvisí s dysgrafií, respektive s dysortografií.

U jedinců se SPU lze pozorovat odlišnosti v psychomotorických funkcích, emocionalitě a v sociálních vztazích. Existují různé možnosti organizace edukačního procesu. V naprosté většině případů mají integrativní charakter.

Klíčová slova:

Specifické poruchy školních dovedností, dyslexie, porucha motorické funkce, lehká mozková dysfunkce, organizační formy péče, integrace

Kontrolní otázky a úkoly:

1. Definujte poruchy školních dovedností (specifické poruchy učení).
2. Jaké jsou příčiny výše uvedených poruch? Jaké jsou symptomy lehké mozkové dysfunkce?
3. Vymenujte nejčastější druhy SPU. Charakterizujte jednu z nich.
4. Jaké jsou stávající formy péče o žáky s poruchami učení?
5. Jaké formy obranných mechanismů může učitel u žáků se SPU pozorovat?

8 Pervazivní vývojové poruchy

Cílem této kapitoly je:

- vymezit pervazivní vývojové poruchy, problematiku dětského autismu, poukázat na specifika odlišností v oblasti psychické a v sociálních vztazích
- poukázat na některé možnosti a principy práce se žáky trpícími poruchou autismu

Pervazivní vývojové poruchy se vyskytují v populaci poměrně **vzácně**. Pro narušení zdravého vývoje jedince se však vyznačují **velmi vysokou závažností**. Pervazivní, neboli všeprostupující¹⁶⁷ vývojové poruchy výrazným způsobem mění chování jedince, který trpí některou z těchto specifických poruch. **Porucha omezuje možnosti vzdělávání a značně stěžuje společenskou sebe-realizaci, normální zařazení do společnosti.**

V Mezinárodní klasifikaci nemocí WHO lze problematiku pervazivních vývojových poruch nalézt v kapitole F 84¹⁶⁸. Jsou součástí kapitoly poruch psychického vývoje. Jednotlivě se pak jedná o následující poruchy:

Tabulka VIII. Přehled pervazivních vývojových poruch (F 84)

F84.0 Dětský autismus
F84.1 Atypický autismus
F84.2 Rettův syndrom
F84.3 Jiná dětská desintegrační porucha
F84.4 Porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby
F84.5 Aspergerův syndrom
F84.8 Jiné pervazivní vývojové poruchy
F84.9 Pervazivní vývojová porucha, nespecifikovaná

Etiologie (příčiny vzniku) není jednoznačně vymezena. U autismu se o příčině hovoří jako **o důsledku organického poškození mozku**. Na tom se může pravděpodobně podílet více faktorů. K uváděným jednotlivým příčinám patří:

- genetická podmíněnost
- exogenní vlivy v prenatálním období vývoje (infence)

¹⁶⁷ ZVOLSKÝ, P.: *Speciální psychiatrie*. Praha, Karolinum 2001.

¹⁶⁸ *Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize*. Praha, ÚZIS ČR 1992.

- neurochemické odlišnosti CNS
Sociální faktory nemají větší význam, jejich vliv nebyl prokázán¹⁶⁹.

■ 8.1 Vybrané pervazivní poruchy a jejich charakteristika

■ 8.1.1 Dětský autismus

Dětský autismus patří k nejznámější pervazivní poruše dětského vývoje. Termín autismus (z řec. Autos = sám) charakterizuje stažení do sebe a tendence k sociální izolaci. Poprvé byl tento termín použit Bleuerem (1911), podrobně byl syndrom popsán Kannerem¹⁷⁰. V souvislosti s tím byl dříve označován jako Kannerův syndrom. Nyní jsou zde zahrnuty i ostatní formy autistického syndromu v dětství¹⁷¹.

Porucha je charakteristická nedostatečnou emoční odpovědí vůči citům druhých osob a nedostatečným přizpůsobením v sociálních interakcích. Jedinci trvají na vykonávání pro ně specifických rituálů, obtížně se přizpůsobují novým situacím. Mají odpor ke změnám prostředí, s oblibou vykonávají stereotypní pohyby. Bývají zaujatí mechanickými a jednotvárnými pohyby předmětů. **Školní znalosti si osvojují obtížně, potřebují speciální přístup.** Dětský autismus se častěji vyskytuje u chlapců.

■ 8.1.2 Rettův syndrom

Tato specifická porucha se vyskytuje **pouze u dívek**. Po krátkém období normálního vývoje se objevuje ztráta manuálních a verbálních dovedností. Pro tento syndrom je charakteristická ztráta funkčních pohybů ruky, stereotypní kroutivé manipulace prsty rukou. Opožděný je vývoj řeči, motorická deteriorizace (úpadek). **Postupně dojde ke zhoršení stavu, který odpovídá obrazu těžké mentální retardace¹⁷².**

■ 8.1.3 Aspergerův syndrom

Tento syndrom se vyskytuje **převážně u chlapců**. Má podobné příznaky jako autismus, zejména stereotypní a bizarní zájmy, poruchy sociální interakce

¹⁶⁹ VÁGNEROVÁ, M.: *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha, Portál 2004.

¹⁷⁰ VÁGNEROVÁ, M.: *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha, Portál 2004.

¹⁷¹ ZVOLSKÝ, P.: *Speciální psychiatrie*. Praha, Karolinum 2001.

¹⁷² ZVOLSKÝ, P.: *Speciální psychiatrie*. Praha, Karolinum 2001.

a komunikace. Na rozdíl od autismu **není narušen vývoj řeči a kognitivních funkcí (inteligence)**. Prognóza je oproti autismu příznivá, ale výsledkem bývá schizoidní porucha osobnosti.

■ 8.2 Charakteristika projevů autismu

S autismem souvisejí odlišnosti a specifické způsoby chování. **K nejpodstatnějším symptomům patří:**

- **neschopnost navázání kontaktu s ostatními lidmi**, netečnost k projevům ostatních, odmítání spolupráce při výuce, neschopnost uvědomit si reálné nebezpečí, odmítání změny v navyklé rutině a úzkost ze změny, obtíže při verbální (slovní) i neverbální komunikaci, echolálie, odmítání tělesného kontaktu, nepřiměřený smích nebo záchvaty zuřivosti, pohybová hyperaktivita a instabilita, zvláštní bizarní pohyby,
- **záliba v neobvyklých předmětech**, v točení se, v rytmických pohybech, ve stejných a stále se opakujících činnostech, **vyhýbání se pohledu do očí**, celková uzavřenost a samotářství.

Autismus může být, a často bývá, kombinován s jinými poruchami či handicapy psychického a fyzického rázu (mentální retardace, epilepsie, smyslové poruchy, geneticky podmíněné vady atd.). Často se přidružuje problematické chování rozdílné intenzity. Někteří lidé s autismem mají pouze mírné problémy (např. nemají rádi změny), u druhých pozorujeme agresivní nebo sebepoškozující chování. Často se s autismem pojí také hyperaktivita, neschopnost soustředění nebo výrazná pasivita.

Deficit v oblasti sociálních interakcí je jedním ze základních projevů. Jedinci trpící touto poruchou o lidský kontakt neprojevují zájem. Toto chování může souviset s pocitem ohrožení. Verbálním i neverbálním podnětům nemusí rozumět, mohou se stát zdrojem ohrožení, snaží se jim vyhnout¹⁷³. To je nutné při práci s těmito jedinci zohlednit.

Prognóza úspěšné léčby je málo příznivá. K úplnému vyléčení autismu v 98 % případů nedochází. Na druhé straně speciální výchovný přístup eliminuje problematické chování (agresivitu, sebepoškozování, záchvaty agresivity). Bylo zaznamenáno kvalitativní zlepšení úrovně kognitivních funkcí, zvýšení adaptability a samostatnosti. Pokud osoby trpící autismem nemají speciální přístup založený mimo jiné na hluboké znalosti dané problematiky, ocitají se na psychiatrických odděleních s vysokými dávkami psychofarmak či jsou vylučovány ze škol, do kterých však úroveň svého intelektu patří¹⁷⁴.

¹⁷³ VÁGNEROVÁ, M.: *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha, Portál 2004

¹⁷⁴ <http://www.autismus.cz/> [cit. 12. 12. 2006]

■ 8.3 Edukace a rozvoj jedinců s autismem

Kromě **farmakologického přístupu**, který není standardní, je možné vůči jedincům trpícím autistickou poruchou **aplikovat behaviorální terapii a speciálně pedagogický přístup a působení**. S tím souvisí i terapeutická práce s rodinou. Pro práci s autisty byly vytvořeny speciální behaviorálně edukační programy.

Programem s vědecky ověřenou efektivitou, který se široce používá i v Evropě, je státní modelový program Severní Karolíny **TEACCH**. Program již funguje třicet let. Vznikl spoluprací rodičů a profesionálů jako reakce na tvrzení, že děti s autismem jsou nevzdělatelné. TEACCH program (Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children – péče a vzdělávání dětí s autismem a problémy v komunikaci) je modelovým programem péče o lidi s autismem v každém věku. Zahrnuje mimo jiné i speciální výchovně vzdělávací program, který vychází z potřeb těchto lidí a specifik autistické poruchy. **V České republice využíváme metodiku tohoto programu a mluvíme o tzv. strukturovaném učení¹⁷⁵.**

Základní principy a filozofie strukturovaného učení spočívají v:

- **individuálním přístupem**
- **strukturací**
- **vizualizaci**

Individuální přístup

Všechny děti s autismem se od sebe nějakým způsobem liší. Rozdíly mohou být v mentální úrovni, v různé míře a četnosti výskytu autistických symptomů, v rozdílných percepčních schopnostech, v úrovni a způsobu komunikace, v temperamentu, v odlišné schopnosti koncentrace a podobně. **Z hlediska individuálního přístupu je zapotřebí:**

- **zjistit úroveň v jednotlivých vývojových oblastech** dítěte (na základě psychologického vyšetření či pedagogického pozorování),
- **zvolit vhodný typ systému komunikace** podle stupně schopnosti abstraktního myšlení (od komunikace skrz konkrétní předměty, přes komunikaci pomocí fotografií či piktogramů až k psané formě),
- **vytvořit vhodné pracovní místo a strukturovat prostředí,**
- **sestavit individuální výchovně vzdělávací plán,**
- v případě potřeby zvolit na základě analýzy problémového chování vhodné strategie jeho řešení.

¹⁷⁵ [http://www.autismus.cz/\[cit.12. 12. 2006\]](http://www.autismus.cz/[cit.12. 12. 2006])

Strukturace

Struktura prostředí, ve kterém se člověk s autismem pohybuje, mu pomáhá v prostorové orientaci a dává mu tak odpověď na otázku „kde“. **Struktura mu nabízí „jistotu“** tím, že **vytváří předvídatelná spojení mezi místy, činnostmi a chováním**. Patří sem například:

- **struktura času**, umožňuje člověku s autismem předvídat události, čas se tak stává konkrétním,
- **struktura pracovního programu**, využití krabic s vnitřní strukturou, rozstrukturované činnosti s vizualizací jednotlivých kroků (procesuální vizualizace),
- **strukturování pracovních sešitů** s úkoly pro děti s vysoce funkčním autismem a podobně.

Při sestavování procesuálního schématu je zapotřebí **analyticky rozpracovat úkol na elementární kroky a vytvořit schéma po sobě následujících činností, které vedou k cíli**. Například k čištění zubů, uvaření polévky nebo kávy je zapotřebí vizualizovat až deset kroků. Postupem času při zautomatizování činnosti je možné redukcí položek schéma zjednodušit. Většina lidí s autismem potřebuje alespoň základní schéma k provádění složitějších úkolů. Pokud člověk s autismem nemá schéma činnosti k dispozici, chová se jako člověk, který ztratil paměť.

Filozofie programu

Filozofie programu spočívá v **aktivní snaze o pedagogickou intervenci**, v řešení problematického chování. K tomu slouží tyto kroky:

- individuální přístup k dětem,
- aktivní generalizace dovedností (prostupnost a propojenost školního a domácího prostředí),
- úzká spolupráce s rodinou,
- integrace lidí s autismem do společnosti,
- přímý vztah mezi ohodnocením a intervencí,
- pozitivní přístup i k dětem s problematickým chováním a těžkým mentálním handicapem, optimistický pohled na efektivitu a možnosti vzdělávání těchto dětí,

■ 8.4 Souhrn

Pervazivní vývojové poruchy závažným a komplexním způsobem poškozují psychický vývoj jedince. Omezují možnosti vzdělávání a značně ztěžují společenskou seberealizaci, normální zařazení do společnosti. K nejzná-

mější poruše patří dětský autismus. U jedinců s autismem lze pozorovat jako základní symptomy poruchu socializace, narušení kognitivních funkcí, poruchu komunikace. Dále jsou to nezájem o normální sociální interakci, odlišnosti v emočním prožívání a nápadné odlišnosti v chování.

Vedle farmakologického přístupu, který není standardní, je možné vůči jedincům trpícím autistickou poruchou aplikovat behaviorální terapii a speciálně pedagogický přístup a působení. Jednou z možností je program TEACCH, v České republice modifikovaný jako strukturované učení, založený na principech individuálního přístupu, strukturace a vizualizace.

Klíčová slova:

Pervazivní vývojové poruchy, Dětský autismus, Rettův syndrom, Aspergerův syndrom, Porucha socializace a komunikace

Kontrolní otázky a úkoly:

1. Charakterizujte syndrom dětského autismu. Jaké jsou jeho základní symptomy?
2. Jaké jsou principy práce se žáky s touto poruchou? Charakterizujte metodu strukturovaného přístupu.

Speciálně pedagogická praxe u osob s vybranými poruchami chování a sociálních vztahů

9

Vývojové poruchy chování v dětském věku a dospívání

Cílem této kapitoly je:

- vymezit vybrané poruchy chování vznikající nejčastěji v průběhu dětského věku a dospívání a faktory zvyšující pravděpodobnost jejich rozvoje,
- stručně charakterizovat vybrané poruchy chování a poukázat na možnosti speciálně pedagogické praxe při jejich korekci.

■ 9.1 Terminologické pojetí poruch chování

Poruchy chování můžeme vymezit jako takové **vzorce chování, které jsou v dané sociokulturní normě nežádoucí, nechtěné nebo až nepřijatelné**. Z vývojového hlediska je lze pak charakterizovat jako **odchylku v oblasti sociálních vztahů, kdy jedinec není schopen respektovat normy a psaná i nepsaná pravidla chování na úrovni odpovídající jeho věku**¹⁷⁶.

V průběhu vývoje se jedinec učí rozlišovat, které způsoby chování jsou vhodné pro konkrétní situaci, a které nikoliv. Od počáteční korekce ze strany rodičů se postupně ocitá v situacích, kdy přímá kontrola chybí, a jedinec je nucen k autoregulaci. **Schopnost dodržovat společenská pravidla souvisí s rozvojem psychických předpokladů**. Jedinec musí být schopen výše uvedené autoregulace, musí chápat význam a podstatu společenské normy. Musí jí rozumět, což souvisí s úrovní rozumových schopností. Dále je nutné, aby byl schopen odložit aktuální potřeby, nebo se tohoto uspokojení vzdát v případě, že by vzhledem ke konkrétní situaci bylo jednání spojené s uspokojením nevhodné nebo dokonce společensky nepřijatelné. **Ukazatel dosažení potřebné úrovně požadovaných schopností souvisí s pocitem viny a svědomí**.

¹⁷⁶ VÁGNEROVÁ, M.: *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha, Portál 2004.

V případě dětí a dospívajících lze za poruchové chování označit takové způsoby chování, u kterých můžeme pozorovat tyto **obecné znaky**¹⁷⁷:

- **nerespektování platné společenské normy.** O poruše chování můžeme hovořit tehdy, pokud jedinec normy a pravidla chápe, ale není ochoten je akceptovat, nebo se jimi není schopen z různých důvodů řídit (např. neschopnost se ovládat, impulzivita). O poruchu se nejedná v případech, kdy jedinec normě nerozumí, protože není schopen pochopit její význam (mentální retardace). Proto musí být někdy posuzována při hodnocení chování i úroveň mentálního věku.
- **neschopnost navazovat a udržet přijatelné sociální vztahy.** To souvisí s odlišnými způsoby interakce s okolím v důsledku nižší míry empatie, ego-centrismu, zploštělé emocionality,
- **bezohlednost vůči okolí, zaměřenost na uspokojování vlastních potřeb bez ohledu na druhé,**
- **chybějící svědomí a pocit viny.**

Vývojové poruchy chování v průběhu dětského věku a dospívání mohou být **přechodné, může se jednat o výkyvy v chování** na základě různých příčin. Nejčastěji je můžeme charakterizovat jako disocialitu (viz dále). Ve speciálně pedagogické praxi je můžeme považovat za ukazatele možného dalšího negativního vývoje konkrétního jedince. Mohou ústít v závažnější formy chování asociálního a antisociálního charakteru. O nejzávažnějších těchto poruchách pojednáváme v kapitolách 10 a 11 tohoto učebního textu.

■ 9.2 Faktory zvyšující pravděpodobnost vzniku a rozvoje poruch chování

Příčiny vzniku a rozvoje poruch chování jsou **multifaktoriální**. Podstatný význam pro vyšší pravděpodobnost rozvoje poruch chování mají následující faktory, jejich vzájemná interakce.

■ 9.2.1 Biologické faktory

- K biologickým faktorům patří v první řadě **pohlaví**. U jedinců mužského pohlaví dochází k poruchám chování mnohem častěji než u žen. Důvod je mimo jiné spatřován ve větší tendenci k agresivním způsobům chování u mužů vzhledem k mužskému pohlavnímu hormonu testosteronu.
- Významným faktorem ovlivňujícím pravděpodobnost rozvoje poruch chování je **věk**. První z vývojových poruch chování se objevují v pěti letech

¹⁷⁷ VÁGNEROVÁ, M.: *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha, Portál 2004.

- věku (v souvislosti s hyperkinetickými poruchami). Ve větší míře se poruchové chování objevuje v období pubescence a adolescence¹⁷⁸.
- K biologickým faktorům patří vrozené dispozice k určitým způsobům reagování. Jedná se o vrozené **dispozice na bázi temperamentových složek osobnosti**, kdy vyšší míru tendence k delikventnímu jednání mají jedinci, kteří jsou zvýšeně dráždiví, mají vyšší impulzivitu a nižší míru frustrační tolerance. Dispozice jsou dány geneticky, mohou rovněž vzniknout v průběhu vývoje plodu v prenatálním a perinatálním období.
 - K vrozeným faktorům patří také **úroveň mentálních schopností**. Děti a dospívající jedinci, u kterých se objevují poruchy chování, mají nižší míru rozumových schopností. To souvisí i se školními neúspěchy a s neúspěchy v činnosti mimoškolní. Reakcí mohou být pak poruchy chování jako například vzdorovitost, záškoláctví apod. Samozřejmě se mezi jedinci s poruchami chování lze setkat s těmi, jejichž intelekt je nadprůměrný. Zde je nutné často hledat souvislost s pravděpodobným negativním působením rodiny.
 - Poruchy chování mohou s větší pravděpodobností vznikat u jedinců s **narušenou strukturou nebo funkcí CNS**. U funkčních poruch se jedná o **LMD a syndromy ADHD a ADD**. Organická poškození jsou spojena s vyšší agresivitou a neočekávanými reakcemi¹⁷⁹.

■ 9.2.2 Psychické faktory

- Z faktorů souvisejících s psychikou jedince má pro případný rozvoj poruch chování význam **motivace** a s ní související **potřeby** dotyčného jedince. Může se jednat například o potřebu dostatečné nebo potřebu nadměrné, abnormální **stimulace**. Nuda bývá často s následnými poruchami chování spojena. Velmi často bývá příčinou poruch chování potřeba uspokojení **potřeb bezpečí a jistoty a sounáležitosti a lásky**.
- Nežádoucí chování se může stát předmětem **seberealizace**. Často se právě **v partě dostane jedinci ocenění, že někam patří, „někdo jej má rád“**. Způsoby chování vedoucí k přijetí do skupiny mohou být asociální (psychoaktivní látky) i antisociální (delikvence). Seberealizace může souviset i s **prostředky dosahování** s ní spojených **cílů**. Prostředky (krádež) mohou vykazovat znaky poruchy chování.

¹⁷⁸ LANGMEIER, J. KREJČÍŘOVÁ, D.: *Vývojová psychologie*. Praha, Grada Publishing 1998.

¹⁷⁹ ZVOLSKÝ, P.: *Speciální psychiatrie*. Praha, Karolinum 2001.

■ 9.2.3 Sociální faktory

- **Nejdůležitějším sociálním faktorem**, ve kterém si jedinec utváří vzorce chování, je **besporu rodina**. Rodina se může stát rizikovým faktorem pro rozvoj poruch chování v případě, že se v ní vyskytují různé patologické jevy. Jedná se o problémy spojené s **anomální osobností rodičů**, kdy se rodiče sami dopouštějí asociálního a antisociálního chování. Velmi významná je otázka **dysfunkce rodiny**, spojená zejména s problémem **psychické deprivace, respektive subdeprivace**¹⁸⁰. Značný význam pro rozvoj poruch chování má úplnost rodiny (náhradní rodiče, náhradní výchova, ústavní výchova). Rozvoj poruch chování je spojen často s výskytem **syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte** (CAN – Child Abuse and Neglect).
- **Vliv spoluvrstevnických skupin a part** se rovněž může stát faktorem, který ovlivňuje tendence k poruchám chování. V tomto případě také k asociálním a antisociálním formám chování. Často se jedná o kombinaci s negativním rodinným vývojem, někdy i školní neúspěšností. K prvním poruchám chování dochází již v mladším školním věku, v adolescentním věku nabývají poruchy chování výše uvedené společenské nebezpečnosti. Příslušnost ke skupině s asociálními nebo antisociálními způsoby chování zvyšuje riziko identifikace jedince s takovými poruchami chování, jako jsou například **zneužívání či závislost na psychoaktivních látkách a delikvence**.
- Významný je i faktor **prostředí**. Vyšší počet poruchového chování lze zaznamenat zejména ve **větších městech**, důvodem je především **vyšší anonymita a často nedostatečná sociální kontrola**. Jedná se o jedince trávící čas ve specifických městských částech, na **sídliscích** nebo ve vylidněných částech měst. Významný je i **průmyslový charakter měst a vzdělanostní struktura jeho obyvatel**.

Znalost příčin poruch chování a typických vlastností jejich nositelů je nezbytná pro účinnost pedagogické, etopedické, výchovné a terapeutické práce. Bez znalosti příčiny můžeme poruchy chování, které jsou jejím důsledkem, těžko ovlivňovat. Efektivitu úsilí snahy odstranit důsledky bez znalosti příčiny lze s nadsázkou přirovnat k „sisyfovské práci“.

Jako příklad můžeme uvést působení na poruchy chování, které vznikají v důsledku syndromu ADHD. Řada učitelů a vychovatelů si často neuvědomuje, že příčinou je dysfunkce CNS, a myslí si, že takovou formou trestu, jako je úkol spojený s vyššími požadavky na koncentraci a vytrvalost, něčeho dosáhne. Dosáhne pravděpodobně vyšší frekvence a intenzity nežádoucího chování, které je vlastně symptomem ADHD.

¹⁸⁰ LANGMEIER, J., MATĚJČEK, Z.: *Psychická deprivace v dětství*. Praha, Avicenum 1974.

■ 9.3 Klasifikace poruch chování

Poruchy chování můžeme různými způsoby klasifikovat a třídit. V tomto učebním textu jsme se snažili poukázat na poruchu chování z pohledu společenských normativů a jejich porušování. Proto poruchy chování **dělíme dle stupně jejich nebezpečnosti pro společnost**. S tímto dělením se můžeme setkat ve většině speciálně pedagogické literatury¹⁸¹.

■ 9.3.1 Disociální poruchy chování

Poruchy chování patřící do této kategorie můžeme charakterizovat jako nespolečenské, nepřiměřené způsoby chování. Jedná se o **drobné společenské odchylky, které nejsou pro společnost závažné**. Často se jedná o signál, prediktor dalšího možného negativního vývoje jedince. Jsou zvládnutelné běžnými pedagogickými prostředky, v rámci běžného školního prostředí. V naprosté většině případů **není nutná účast speciálních institucí, metod a prostředků**. V případě včasného objevení, spolehlivého rozpoznání příčin, které k nežádoucímu chování vedou, lze dojít k úpravě bez dalšího opakování. K typickým poruchám chování, které sem můžeme zařadit, patří například **lhavost, vzdorovitost, zlozvyky**. Často také mohou tyto poruchy souviset s určitým vývojovým obdobím, například s nástupem do školy, obdobím pubescence apod. Také se může jednat o symptomy spojené s různými dysfunkcemi (LMD, ADHD).

■ 9.3.2 Asociální poruchy chování

V případě poruch, které označujeme za asociální, se již jedná o závažné poruchy chování, které již mají **určitý stupeň nebezpečnosti pro společnost**. Nebezpečnost je spojena s jejich existencí a důsledky. **Důsledky jsou však závažnější pro jejich nositele**. Jedná se již o výrazné odchylky od normy. Tyto formy chování již ve většině případů nelze zvládnout běžnými prostředky, **je nutná intervence specialistů** (speciálních pedagogů, psychologů) **a speciálních institucí** (poradny, terapie až léčebny). Poruchy chování mají trvalejší charakter a velmi často ústí v závažnější formy. Mezi typické poruchy chování, které lze do této kategorie začlenit, patří **záškoláctví, útoky, závislost a zneužívání psychoaktivních látek**.

¹⁸¹ PROCHÁZKOVÁ, M.: Uvedení do etopedie. In VÍTKOVÁ, M., ET AL.: *Integrativní speciální pedagogika*. Brno, Paido 2004.

■ 9.3.3 Antisociální poruchy chování

Již z označení vyplývá **vysoká míra společenské závažnosti a nebezpečnosti** sem patřících způsobů chování. Jedná se vždy o protispolečensky zaměřené činy, o porušování zákonných norem. Toto jednání je spojeno s následnou sankcí. Speciálně pedagogická (etopedická) praxe je realizována ve specializovaných zařízeních, jejichž poslání je se sankcí spojeno. V případě školské soustavy se jedná o ústavní **ochrannou výchovu**, dále sem patří například **věznice**. **Mezi formy antisociálního jednání patří veškerá kriminalita, delikvence**. Často jim předchází formy asociální (závislost).

■ 9.3.4 Poruchy chování dle převládající složky osobnosti

Další možné třídění nabízí **hledisko dominantní složky osobnosti**:

- **Neurotický jedinec**, ovlivňovaný neurotizujícím prostředím, objektivně labilnější, s menším sebeovládáním, zkratkovitými reakcemi, s nižšími schopnostmi zvládat adekvátně akutní zátěž,
- **Jedinec s poruchou osobnosti (psychopatický)**, jedná se o biologické dispozice, trvalé povahové odchylky, abnormální strukturu osobnosti, neadekvátní chování, nepřizpůsobivost,
- **Jedinec sociálně nepřizpůsobivý**, se sociálně patologickým jednáním, v důsledku případné závislosti, narušených sociálních vztahů po propuštění z výkonu ústavní a ochranné výchovy, výkonu trestu odnětí svobody, nedůstojného způsobu života,
- **Jedinec s nižší úrovní rozumových schopností**, zvýšeně sugestibilní a ovlivnitelný, žijící přítomností, dávající přednost konzumnímu způsobu života, se slabými volnými vlastnostmi, postrádající náhled na své jednání.

■ 9.4 Vybrané vývojové poruchy chování

Vývojové poruchy chování v dětství a v období dospívání jsou uvedeny v MKN – 10, v části F90–98¹⁸². V této části učební textu se zabýváme některými vybranými poruchami, a to takovými, se kterými se lze s vyšší pravděpodobností setkat ve školní praxi. Pro vývojové poruchy chování jsou charakteristické spíše disociální projevy. **Často souvisejí s negativním psychosociálním prostředím, s neuspokojivými vztahy v rodině, se školním selháním**. Mezi poruchy chování patří například lži, krádeže, útoky a záškoláctví, vzdorovitost. Také sem patří tyranizování slabších (šikana), krutost, trápení zvířat.

¹⁸² Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize. Praha, ÚZIS ČR 1992.

■ 9.4.1 Porucha aktivity a pozornosti (ADHD,ADD)

Syndrom hyperaktivity ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) nebo také ADD (Attention Deficit Disorder) patří mezi hyperkynetické poruchy. Jeho symptomy jsou popsány v MKN – 10, kde je tato porucha aktivační úrovně a pozornosti uvedena ve skupině poruch pod kódovým označením F-90¹⁸³. K rozvoji projevů dochází obvykle v prvních pěti letech života a vyskytuje se několikrát častěji u chlapců než u dívek¹⁸⁴.

Uvedená porucha má souvislost s lehkou mozkovou dysfunkcí (LMD). Nedostatky ve funkci CNS jsou příčinou změn v distribuci energie. Tím jsou pak ovlivněny prakticky všechny kognitivní funkce. **Syndrom ADHD se většinou nevyskytuje osamoceně.** Více než 40 % jedinců trpí některou z dalších poruch, velmi často se jedná o specifické poruchy školních dovedností a poruchu motorické funkce (viz kapitola 7 tohoto učebního textu). Stejně jako u problematiky LMD je důležité konstatovat, že porucha aktivity a pozornosti nemá souvislost s úrovní mentálních schopností.

Základní příznaky

- **Deficit pozornosti.** Zaměření na jeden problém má krátké intervaly, chybí reflexe času, jedinci mají problémy s opakovanými nebo nudnými (nutnými) úkony. S poruchou hyperaktivity souvisí poruchy motoriky (drobná i hrubá motorika).
- **Impulzivita.** Jedinci jsou charakterističtí rychlými, neadekvátními reakcemi, špatným porozuměním vlastním pocitům (častá je neschopnost pocity popsat), často mívají tendenci k nižšímu sebehodnocení, mohou být vztažovační.
- **Hyperaktivita.** Je charakteristická neúčelnými, nadbytečnými pohyby (často manipulují s různými věcmi a pohybují se bez ohledu na okolí a situaci), dále je to zvýšený řečový projev (a to jak z hlediska hlasitosti, tak množství), své činnosti často doprovázejí různými zvuky a komentují je)

K poruše hyperaktivity a k poruše pozornosti se často v souvislosti s tlakem sociálního okolí připojují sekundární důsledky, které mohou spočívat v asociálních formách chování (záškoláctví, závislostní chování) v období dospívání a v dospělém věku¹⁸⁵.

¹⁸³ Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize. Praha, ÚZIS ČR 1992.

¹⁸⁴ ZVOLSKÝ, P.: *Speciální psychiatrie*. Praha, Karolinum 2001.

¹⁸⁵ JANOTOVÁ, D.: Dětská psychiatrie. In ZVOLSKÝ, P.: *Speciální psychiatrie*. Praha, Karolinum 2001.

Doporučení pro pedagogickou praxi

Ohledně přístupu **je třeba volit strategie**, které pomohou eliminovat nedostatky pozornosti a impulzivitu. Důležité je nekonfliktní prostředí, podněty pro zapamatování, síťování poznatků, motivace, spíše kratší úkoly, **možnost snižování tenze**. **Důležité je zadávání jednotlivých úkolů a důsledné sledování jejich splnění**. To motivuje jedince s ADHD k další snaze, upevňuje jejich sebevědomí, vede k sebekázni a uznání potřebných vzorů a autority.

K snížení nežádoucích projevů přispívá i pravidelný režim dne. Umožňuje zlepšení soustředěnosti. **Pro školní praxi je dále vhodné:**

- **střídání činností**, po námaze CNS je nezbytné odreagování hyperaktivity organismu. V opačném případě si dotyčný najde jinou cestu k odreagování (rušení ostatních ve třídě, komíhání tělem nebo končetinami),
- při poruchách a nižší schopnosti soustředit se na čtení nabízíme například komiksy podle věkové úrovně nebo krátké příběhy, tištěné velkým písmem (podobné knihy existují i pro dospělé),
- **spolupráce s odborníkem**, speciální pedagog či psycholog může lépe rozeznat skryté problémy, doporučit nejvhodnější postupy,
- **informovanost učitelů a vychovatelů** je výborný způsob prevence sekundárních poruch,
- **speciálním přístupem jsou specializované třídy**, s menším počtem žáků, které tito jedinci navštěvují do cca 10 let věku.

Léčba

Speciálně pedagogický přístup bývá kombinován s **farmakologickou léčbou**. Užívají se nootropní psychofarmaka, menší dávky neuroleptik a anxiolytik. Také mohou být užívána psychostimulancia (Ritalin). Ta jsou podávána na základě teorie, že příčinou hyperaktivity je porucha funkce vzruchu v CNS¹⁸⁶.

■ 9.4.2 Lhaní

Lhaní je ve skutečnosti způsob obranného mechanismu. Jedná se o únik z momentální, pro jedince nepříjemné situace. Ten ji nedokáže aktuálně řešit jiným způsobem. Pro pravou lež je charakteristický úmysl a vědomí nepravdivosti. **Abychom mohli lhaní označit za poruchu, je důležitá frekvence a účel, který jedince ke lhaní vede**. Důležitá je tedy motivace, a dále rovněž

¹⁸⁶ JANOTOVÁ, D.: Dětská psychiatrie. In ZVOLSKÝ, P.: *Speciální psychiatrie*. Praha, Karolinum 2001.

její **důsledky**. Ty mají význam z hlediska posouzení závažnosti lži, toho, zda ji lze kvalifikovat jako chování disociální (jedinec škodí sám sobě), asociální (pomluva, škodí druhému, nebo až antisociální (způsobí druhému značnou újmu či škodu). Lež v případě poruchy nelze ve školním prostředí opomíjet, může být významným signálem možného dalšího negativního vývoje jedince.

■ 9.4.3 Vzдорovitost

Vzдорovitost je relativně méně společensky závažnou poruchou chování. Pro některá stadia psychického vývoje se dokonce jedná o přirozený a nezbytný jev. **Často souvisí s nepřiměřeným výchovným prostředím**. Bývá spojována s vysokými nároky kladenými na jedince a hyperprotektivní výchovou.

Vzдорovitost se může projevovat **ve dvou základních formách**:

- v pasivitě a nečinnosti,
- v agresivitě až destruktivitě.

Při stupňování napětí může vzдорovitost ústít v další poruchy, například úteky a záškoláctví. Lež i vzдорovitost lze v naprosté většině případů řešit běžnými pedagogickými prostředky, tj. prostřednictvím **odměn a trestů**. Před tímto řešením je však nezbytná znalost příčin, aby se aplikace výchovných prostředků nestala sama příčinou dalších i jiných poruch chování.

■ 9.4.4 Záškoláctví, úteky, toulání

V případě útěků, toulání a záškoláctví se již jedná o **relativně závažnější formu poruchy chování**. V případě opakování ji již můžeme považovat za **asociálnost**. Obecným znakem je tendence odněkud utíkat, útek lze interpretovat jako jednu z variant obrany vůči situaci, která je pro jedince zátěžová¹⁸⁷. V případě útěku z domova se stává signálem toho, že se v **rodině vyskytují negativní jevy**, že rodina sama o sobě může být faktorem vedoucím ke vzniku poruchového chování. V případě záškoláctví může být (ale někdy i u útěků) jedinec ovlivňován i **prostředím školy**, některým negativním jevem (šikana, či školní neúspěšností). Jedinec volí tuto formu obrany v situaci, kdy není schopen situaci zvládnout přijatelnějším způsobem (lež již nestačí). **Toulání bývá často spojeno s negativním vlivem part a skupin s dalšími jinými asociálními i antisociálními poruchami chování**.

¹⁸⁷ VÁGNEROVÁ, M.: *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha, Portál 2004.

■ 9.4.5 Krádeže

Krádež lze vymezit jako **porušení normy respektu k vlastnictví jiné osoby, omezení práv druhého člověka či společnosti**. Z hlediska poruchy chování a její společenské závažnosti je důležitá **záměrnost** tohoto jednání a **důvody** (motivace), které jedince ke krádeži vedly. Jedinec může krást z různých důvodů. Nejčastěji se jedná o:

- **primárně naučené chování v rodině**, kde je považováno za normální, a dokonce zpevňováno prostřednictvím odměn,
- důvodem může být **seberealizace**, kdy se chce jedinec stát členem sociální skupiny (party), či v ní dokonce zaujímat určité postavení. Zde lze často nalézt **souvislost s psychickou deprivací** v rodině, kdy jedinec nachází blízké v partě,
- dalším důvodem může být **otázka zneužívání jedince (CAN)** ze strany dospělých, kdy je využíván k uspokojení potřeby dospělého,
- krást může jedinec i z důvodu **nižší úrovně rozumových schopností** a snadné ovlivnitelnosti,
- velmi častým důvodem je krádež jako **sekundární problém v důsledku zneužívání a závislosti na psychoaktivních látkách**, kdy si jedinec není schopen opatřit finanční prostředky jiným způsobem.

Posoudit tedy společenskou závažnost je obtížné, vždy musí být posuzován každý konkrétní případ objektivně. S tím souvisí i způsob řešení, pohybující se na škále od běžného pedagogického trestu (domluva, důtka), až po zařízení ochranné výchovy (ústav, věznice). Často se jedná o ukazatel možné budoucí delikvence.

■ 9.4.6 Agresivní poruchy

V případě agresivního chování je **porušení společenské normy spojeno s omezováním základních práv druhých osob**. Jedná se o nepřijatelný způsob vedoucí k **uspokojení některé potřeby** (materiální a seberealizace). Může se také jednat o **bezohledný výběr prostředku, vedoucí k dosažení cíle, i společensky proklamovaného** (otázky tzv. funkčního pojetí normy)¹⁸⁸.

Agresivní chování může mít různé formy, motivy a projevy. K zvláště společensky nebezpečným jevům objevujícím se v prostředí školy (ale i v zájmových skupinách, na pracovišti, atd.) patří **šikana**. S projevy šikany se rovněž můžeme setkat též v domácnostech, v rámci ústavní péče, v psychiatrických léčebnách.

¹⁸⁸ FISCHER, S.: *Sociální patologie. (Propedeutika)*. Ústí nad Labem, PF UJEP 2006.

Šikanování lze vymezit jako jakékoliv chování, jehož záměrem je ublížit jedinci, ohrožit nebo zastrašovat druhého, případně skupinu druhých osob. Jedná se o cílené a obvykle opakované užití násilí jedincem nebo skupinou vůči jedinci či skupině druhých, kteří se neumí nebo z nejrůznějších důvodů nemohou bránit¹⁸⁹.

Patří sem:

- **fyzické násilí a ponižování** v podobě bití, vydírání, loupeží,
- **psychické ponižování a vydírání**, nadávky, pomlvy, vyhrožování či ponižování,
- **destruktivní aktivity** zaměřené na majetek oběti, poškozování věcí druhé osobě
- šikana se projevuje i v **nepřímé podobě jako nápadné přehlížení a ignorování** jedince či skupiny třídní nebo jinou skupinou spolužáků.

Stejně jako u krádeže i dalších poruch chování musí být vždy posuzován každý konkrétní případ objektivně. S tím souvisí i způsob řešení. V případě agrese a šikany se jedná o vysokou společenskou nebezpečnost a o psychické, somatické i sociální důsledky pro oběť včetně projevů viktimizace. Proto nelze tento jev přehlížet či dokonce tolerovat.

■ 9.5 Možnosti práce s jedinci s vývojovými poruchami chování

O jedince s poruchami chování mohou pečovat instituce náležející do resortu ministerstev školství, mládeže a tělovýchovy, spravedlnosti, zdravotnictví, práce a sociálních věcí, a to na úrovni prevence, poradenství nebo ústavní a ochranné péče. Proces edukace a ovlivňování je determinován zejména **věkem, typem poruchy chování a stupněm mravní narušenosti¹⁹⁰**. Z hlediska poslání tohoto textu v kapitole 9.5.2. uvádíme stručný přehled a charakteristiku zařízení majících školský charakter.

■ 9.5.1 Prevence

Při selhávání výchovných funkcí rodiny a ohrožení psychického, fyzického a sociálního vývoje se z důvodu společenské závažnosti nabízí podpora a pomoc ze strany různých institucí. Problémům se dá předcházet **včasnou prevencí** a stanovením výchovných opatření zaměřených na společensky požadovaný vývoj.

¹⁸⁹ SVOBODA, Z.: Sociálně patologické jevy. In KOL. AUT. *Vybrané kapitoly ze sociální pedagogiky*. Ústí nad Labem, PF UJEP 2002, 2003, s. 78–130.

¹⁹⁰ SVOBODA, Z.: Sociálně patologické jevy. In KOL. AUT. *Vybrané kapitoly ze sociální pedagogiky*. Ústí nad Labem, PF UJEP 2002, 2003, s. 78–130.

Formy prevence mohou být:

- **primární**, kterou lze charakterizovat jako **aktivity zaměřené proti vzniku poruchy chování**. Cílem je obecně pomáhat zvyšovat sociální způsobilost, posilovat orientaci v mezilidských vztazích, zvyšovat schopnosti řešit adekvátním způsobem různé konflikty a náročné situace, vytvářet příznivou situaci pro pozitivní seberealizaci. Její těžiště spočívá v rodinách, školách dalších organizacích mimoškolního charakteru (kluby, domy dětí a mládeže, sportovní a zájmové kroužky).
- **sekundární**, která se zabývá rizikovými jedinci a skupinami osob, u nichž je předpoklad nežádoucího jednání a výskytu sociálně patologických jevů. **Cílem je včasné vyhledání problémů a jejich řešení**. Tato forma je zaměřena i na potenciálně ohrožené jedince. K sekundární prevenci jsou zřizována **střediska výchovné péče (SVP)** pro děti a mládež, která poskytují kromě ambulantní a internátní péče i poradenské služby. Dále jsou to různé speciální programy a aktivity jako například Peer programy, Programy v přírodě (Outward Bound School), Dobrovolnická pomoc, Projekt LATA, apod.¹⁹¹.
- **terciální**, spočívající v úsilí o zmírnění dopadu na osobu, v dosažení korekce v nežádoucích způsobech chování, v nasměrování chování do sociálně přijatelných struktur¹⁹². Ta je již realizována ve specializovaných zařízeních pro ochrannou výchovu (ústavy výchovné péče, věznice).

Školským zařízením pro preventivně výchovnou péči je **středisko výchovné péče (SVP)**, které:

- **poskytuje všestrannou preventivní speciálně pedagogickou péči a psychologickou pomoc** jedincům s rizikem či s projevy poruch chování a negativních jevů v sociálním vývoji a jedincům propuštěným z ústavní výchovy při jejich integraci do společnosti. Tato péče je zaměřena na odstranění či zmírnění již vzniklých poruch chování a na prevenci vzniku závažnějších poruch a negativních jevů, pokud u nich již nenastal důvod k nařízení ústavní výchovy nebo uložení ochranné výchovy. SVP také **poskytuje svým klientům preventivní výchovnou péči** formou ambulantních, celodenních nebo internátních služeb, na základě žádosti osob odpovědných za výchovu.
- **poskytuje konzultace, odborné informace a pomoc osobám odpovědným za výchovu**, tj. pedagogickým pracovníkům předškolních zařízení, škol a školských zařízení, na území své působnosti spolupracuje s pedagogicko-psychologickými poradnami, speciálně pedagogickými centry a s orgány, které se podílejí na prevenci sociálně patologických jevů a drogových

¹⁹¹ MATOUŠEK, O., KROFTOVÁ, A.: *Mládež a delikvence*. Praha, Portál 2003.

¹⁹² FISCHER, S.: *Etopedie v penitenciární praxi*. Ústí nad Labem, UJEP 2006.

závislostí. SVP **rovněž zpracovává plán aktivit prevence** zneužívání návykových látek a dalších sociálně patologických jevů na území své působnosti, stanoveném zřizovatelem, a koordinuje jeho realizaci v rámci škol a školských zařízení, jimž také poskytuje metodickou pomoc.

■ 9.5.2 Ústavní a ochranná výchova

Výchovné funkce ústavů lze vyjádřit následovně¹⁹³:

- **Výchova a snaha o dosažení korektivních změn v osobnosti a způsobech chování.** Společným jmenovatelem je úsilí o změnu stavu, předpokládá se, že klient opustí ústav ve smyslu jeho cílů. Jedná se o nejdůležitější cíl ve speciálně pedagogické praxi s osobami s poruchami chování.
- **Podpora a péče.** Tato funkce je základním posláním v zařízeních poskytujících náhradu za nefunkční nebo chybějící rodinu. Ve všech takových zařízeních je poskytováno chybějící zázemí či péče, bez nichž se klient prakticky nemůže obejít. Bez této podpory by měl negativní vývoj vyšší míru pravděpodobnosti.
- **Omezení, vyloučení a represe.** Tento cíl je vedle korekce a dosažení změn uplatňován ve věznicích, v psychiatrických zařízeních s nedobrovolnými pobyty, detenčních ústavech apod. Podstatou je preference ochrany společnosti v případech, kdy jiné možnosti selhávají (abnormální odchylky, sadistictví vrazi, apod.).

Do ústavní výchovy i ochranné výchovy jsou přijímáni jedinci **dobrovolně** na základě žádosti zákonných zástupců (nejčastěji rodičů). **O povinné ústavní a ochranné výchově rozhoduje** na základě podnětu zákonného zástupce a dalších společenských subjektů (policie, orgány činné v trestním řízení, poradny, etopedická centra) **soud**.

Ústavní a ochrannou výchovu lze realizovat v následujících školských zařízeních a institucích¹⁹⁴:

V diagnostických ústavech

DÚ je zařízení, které přijímá především jednotlivce s nařízenou ústavní výchovou, uloženou ochrannou výchovou či nařízeným předběžným opatřením. Na základě **komplexního vyšetření**, které zahrnuje diagnostické, vzdělávací, terapeutické, výchovné a sociální činnosti, je zpracována **komplexní diagnostická zpráva** s návrhem specifických výchovných a vzdělávacích potřeb (tzv.

¹⁹³ MATOUŠEK, O.: *Ústavní péče*. Praha, SLON 1999.

¹⁹⁴ *Zákon č. 109/2002 Sb. o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních*

program rozvoje osobnosti). Navrhuje následné umístění do dětského domova, dětského domova se školou nebo výchovných ústavů s výjimkou jedinců přijatých do DÚ k preventivně výchovné péči na základě žádosti osob odpovědných za jejich výchovu.

DÚ plní podle potřeb **úkoly diagnostické, vzdělávací, terapeutické, výchovné, sociální, organizační** (související s umísťováním do dalších zařízení) a **koordináční** (směřující k prohloubení a sjednocení odborných postupů dalších zařízení, ověřování jejich účelnosti apod.). Pobyty v DÚ trvají zpravidla 8 týdnů.

V dětských domovech (DD)

Účelem DD je zajišťovat péči o jedince s nařízenou ústavní výchovou, kteří nemají závažnější poruchy chování. Do DD mohou být umísťováni jednotlivci ve věku zpravidla od 3 do nejvýše 18 let. Do DD se rovněž umísťují nezletilé matky spolu s jejich dětmi. Základní organizační jednotkou v DD je rodinná skupina.

V dětských domovech se školou (DDŠ)

Účelem DDŠ je zajišťovat péči o jedince s:

- nařízenou ústavní výchovou, mají-li závažné poruchy chování,
- nařízenou ústavní výchovou, vyžadují-li pro svou přechodnou nebo trvalou duševní poruchu výchovně léčebnou péči,
- s uloženou ochrannou výchovou, jsou-li nezletilými matkami (a splňují podmínky uvedené v písmenu a) nebo b)), a jejich děti.

Ve výchovných ústavech (VÚ)

VÚ pečují o osoby starší 15 let, které **mají závažné poruchy chování** a u nichž byla **nařízena ústavní výchova nebo uložena ochranná výchova**. Do VÚ může být umístěn i jedinec starší 12 let, v případě uložené ochranné výchovy a tak závažných poruch chování, že nemůže být umístěn v DDŠ. Výchovné ústavy se zřizují odděleně pro jedince s nařízenou ústavní výchovou, s uloženou ochrannou výchovou, pro jedince vyžadující výchovně léčebnou péči a pro nezletilé matky s dětmi, pokud splňují výše uvedené podmínky.

■ 9.6 Souhrn

Poruchy chování lze označit za **takové vzorce chování, které jsou v dané sociokulturní normě nechťené, nežádoucí nebo až nepřijatelné**. Příčiny poruch chování jsou multifaktoriální, toto jednání je výsledkem působení

řady různých vnitřních a vnějších faktorů, které působí v inkriminovaném čase ve vzájemné interakci. Znalost příčin poruch chování a typických vlastností jeho nositelů je nezbytná pro účinnost pedagogické, etopedické, výchovné a terapeutické práce.

U chování, které je považováno za poruchové, je důležitá otázka objektivního hodnocení. Chování musí být posuzováno z hlediska věku, případně z hlediska úrovně rozumových schopností. Hledisko vývojové podmíněnosti je důležité z důvodu proměnlivosti, latence a případné přechodnosti (výkyvů v chování) poruchového chování. Z hlediska společenské závažnosti lze u poruchy chování rozlišovat formy disociální, asociální a antisociální. V případech, kdy selhávají výchovné funkce rodiny, může být nařízena ústavní a ochranná výchova. O povinné výchově rozhoduje soud.

Klíčová slova:

Vývojové poruchy chování, Syndrom hyperaktivity, Lhaní, Vzдорovitost, Krádeže, Prevence, Ústavní výchova

Kontrolní otázky a úkoly:

1. Definujte poruchy chování a uveďte obecné znaky jejich nositelů.
2. Jaké faktory mohou zvyšovat pravděpodobnost vzniku a rozvoje poruch chování?
3. Jak lze třídit poruchy chování z hlediska závažnosti pro společnost?
4. Vymezte základní projevy chování spojené se syndromem ADHD. Jaké jsou zásady práce s takovým jedincem?
5. Co vše musí pedagog pečlivě a spolehlivě posoudit, než rozhodne o způsobech řešení u konkrétního jedince?

10 Závislost a zneužívání psychoaktivních látek

Cílem této kapitoly je:

- vymezit škodlivé užívání, závislost a další poruchy související s užíváním psychoaktivních látek,
- zhodnotit sociální dopady spojené se závislostním chováním a vymezit základní zásady léčby a terapie.

10.1 Psychoaktivní látky

Návyková látka je každá chemická látka, která mění psychický stav a na kterou se může vytvořit návyk a závislost. Požívání těchto látek má dlouhou historii, důvodů pro jejich užívání je celá řada. Nejčastěji se jednalo o povzbuzení, prožívání příjemného stavu, jiným způsobem nedosažitelného, apod. Těchto látek je velké množství, účinky při požití jsou různé. V určitých sociokulturních prostředích může být k užívání určité látky vyšší míra tolerance.

V Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN – 10)¹⁹⁵ jsou jako **psychoaktivní látky** označeny právě takové látky, které **vyvolávají závislost**. Uvedený materiál specifikuje ve své V. kapitole psychoaktivní látky, jejichž **zneužívání může vést k rozvoji duševních a behaviorálních poruch**, v těchto 9 skupinách:

- F-10 – **alkohol** (duševní poruchy a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu)
- F-11 – **opioidy** (duševní poruchy a poruchy chování způsobené užíváním opioidů)
- F-12 – **kanabinoidy** (duševní poruchy a poruchy chování způsobené užíváním kanabinoidů)
- F-13 – **sedativa či hypnotika** (duševní poruchy a poruchy chování způsobené užíváním sedativ nebo hypnotik)
- F-14 – **kokain** (duševní poruchy a poruchy chování způsobené užíváním kokainu)
- F-15 – **stimulancia** (duševní poruchy a poruchy chování způsobené užíváním stimulantů, včetně kofeinu)
- F-16 – **halucinogeny** (duševní poruchy a poruchy chování způsobené užíváním halucinogenů)
- F-17 – **tabák** (duševní poruchy a poruchy chování způsobené užíváním tabáku)

¹⁹⁵ Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize. Praha, ÚZIS ČR 1992, s. 143.

- F-18 – **prchavá rozpouštědla** (duševní poruchy a poruchy chování způsobené užíváním prchavých rozpouštědel)
- F-19 – **jiné psychoaktivní látky nebo užívání několika látek** (duševní poruchy a poruchy chování způsobené užíváním jiných nebo několika psychoaktivních látek)

Další látkám, které mohou mít psychoaktivní účinky, jako jsou různé přírodní látky nebo léky, a mohou být zneužívány, je věnována v MKN – 10 kapitola F-55. Obvykle může mít jedinec značnou motivaci pro jejich užívání, to může mít „nezdravou“ míru, avšak nedochází k rozvoji závislosti a souvisejících příznaků odvykání, jako je tomu u výše uvedených látek. Do této skupiny patří mimo jiné i látky psychotropní.

■ 10.2 Poruchy vyvolané zneužíváním psychoaktivních látek

Porucha způsobená užíváním psychoaktivních látek je každá duševní nebo behaviorální porucha, která vznikla jako důsledek užívání jedné nebo více psychoaktivních látek nezávisle na tom, zda jsou či nejsou předepsány lékařem¹⁹⁶. V důsledku jejich užívání může dojít k následujícím poruchám, které platí přiměřeně pro každou látku, uvedenou v předchozí kapitole. Jsou jimi tyto syndromy, označené pětímístnými kódy dle MKN-10 (uvádíme přehled základních syndromů):

Tabulka IX. Přehled základních poruch v důsledku užívání psychoaktivních látek¹⁹⁷

SYNDROM	OZNAČENÍ
akutní intoxikace	F1x.0.
škodlivé užívání	F1x.1.
syndrom závislosti	F1x.2.
odvykávací stav	F1x.3.
odvykávací stav s delíriem	F1x.4.
psychotická porucha	F1x.5.
amnestický syndrom	F1x.6.

Poznámka:

x = 0–9 dle užití psychoaktivní látky

. = 0 – bez postižení (funkce v normě)

1 – minimální postižení (20 % odklon od normy ve funkci v období)

¹⁹⁶ SMOLÍK, P.: *Duševní a behaviorální poruchy*. Praha, Maxdorf Jessenius 1996 s. 112.

¹⁹⁷ *Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize*. Praha, ÚZIS ČR 1992, s. 143.

- 2 – zřetelné postižení (40 %)
- 3 – podstatné postižení (60 %)
- 4 – závažné postižení (80 %)
- 5 – těžké postižení (100 %, krizový stupeň, trvalé těžké poškození)

■ 10.2.1 Akutní intoxikace

Jedná se o stav následující po užití psychoaktivní látky, který můžeme charakterizovat jako **přechodné změny ve fyziologických, psychických a behaviorálních funkcích**. Tyto změny jsou individuálně podmíněné, tolerance vůči látce, okolnosti požití a specifčnost následků mohou být různé. K akutní intoxikaci může dojít již při prvním kontaktu s látkou, nejčastěji k ní dochází u jedinců, kteří mají dlouhodobé problémy spojené s užíváním alkoholu nebo tzv. tvrdých drog.¹⁹⁸ S intoxikací může souviset **celá řada komplikací v oblasti zdravotní a sociální**. Je nutné si uvědomit, že nejzávažnější „komplikací“ může být smrt jako důsledek intoxikace. K ní nebo k jiným zdravotním následkům může dojít i u jedince, který není na užívání konkrétní látky závislý, může se jednat i o první kontakt.

■ 10.2.2 Škodlivé užívání

U této poruchy se lze rovněž setkat s označením **zneužívání (abúzus)** psychoaktivní látky, při kterém dochází k **poškození zdraví**. Obvykle se jedná o dlouhodobé užívání látky s následným poškozením v oblasti:

- **somatické**, kdy se může jednat například o hepatitidu (nejčastěji typu C) jako důsledek požívání drog,
 - **psychické**, jímž může být např. depresivní epizoda po předchozí opilosti.
- Vágnerová konstatuje, že takový vzorec chování můžeme označit jako chování **sebeпоškozující**¹⁹⁹.

Abychom mohli diagnostikovat užívání látky jako škodlivé, musí být mimo jiné:

- jasný důkaz o tom, že příčinou somatického či psychického poškození je konkrétní látka,
- doba, po kterou poškození trvá, je minimálně 1 měsíc, nebo k němu musí dojít opakovaně v průběhu 1 roku.

V případě neužívání, vysazení nebo snížení množství látky nedochází k rozvoji abstinenciho syndromu.

¹⁹⁸ SMOLÍK, P.: *Duševní a behaviorální poruchy*. Praha, Maxdorf Jessenius 1996, s. 115.

¹⁹⁹ VÁGNEROVÁ, M.: *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha, Portál 2004, s. 548.

■ 10.2.3 Syndrom závislosti

Syndrom závislosti lze definovat jako **soubor psychických (kognitivních, emočních, behaviorálních) a somatických změn, které se rozvinuly v důsledku opakovaného užívání psychoaktivní látky**²⁰⁰. Syndrom závislosti se projevuje pro něj **specifickými příznaky**, ke kterým musí docházet po dobu jednoho měsíce, nebo opakovaně v průběhu kalendářních měsíců. Typická je touha získat látku, následné obtíže spojené s užíváním, zvýšená tolerance a abstinenční syndrom, v některých případech somatického charakteru. V uvedeném období by se měly vyskytovat společně tři či více z následujících symptomů:

- **silná touha** nebo pocit nutkání získat látku,
- zhoršená schopnost sebeovládání a kontroly ve vztahu k užívané látce (začátek užívání, množství, trvání),
- **rozvoj abstinenčních příznaků**, patofyziologické projevy odvykacího stavu,
- průkazná **zvýšená tolerance** k účinku látky, k dosažení žádoucího účinku a k intoxikaci,
- trvalé užívání látky navzdory škodlivým důsledkům v oblasti zdravotní, psychické a sociální (rodina, práce, okolí), kterých si je jedinec vědom,
- látka zaujímá přední **místo v hierarchii zájmů** a hodnot jedince.

Vzhledem k rozdílným účinkům psychoaktivních látek se můžeme setkat²⁰¹ s následným rozlišením závislosti na:

- **biologickou (somatickou) závislost**, která je definována jako stav adaptace organismu na drogu, projevující se zvýšenou tolerancí a rozvojem abstinenčních příznaků při vysazení látky či omezení množství,
- **psychickou závislost**, která je definována jako potřeba užívat látku k vyvolání příjemných pocitů a k odstranění pocitů nepříjemných.

Rozlišení je obtížné, abychom spolehlivě mohli hovořit o závislosti jako syndromu (F–1x.02), musí dotyčný jedinec splňovat výše uvedená diagnostická kritéria.

Otázka diagnostiky je velmi citlivá vzhledem k možné společenské stigmatizaci. Nelze například někoho, jehož životní styl bychom označili za „bohémský“, označit za závislého. V případě, kdy nejsou výše uvedená diagnostická kritéria splňována, se může spíše jednat o škodlivé užívání, často ještě ve stadiu bez závažnějšího fyzického a duševního poškození.

²⁰⁰ VÁGNEROVÁ, M.: *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha, Portál 2004, s. 548.

²⁰¹ RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P.: *Psychiatrie*. Praha, Triton 1998.

■ 10.2.4 Odvykací stav

Odvykacím stavem označujeme skupinu různých příznaků s různým stupněm závažnosti, k jejichž **rozvoji dochází po úplném nebo částečném odnětí látky**. Začátek a průběh je různý, souvisí s typem látky, pro každou má svá specifika. Může být komplikován somatickými a psychickými obtížemi, například křečemi, deliriem, halucinacemi, bludy apod.

■ 10.2.5 Psychotická porucha

Mezi psychotické poruchy patří ty poruchy, které se **vyskytnou v průběhu užívání nebo jako následek škodlivého užívání látky. Nejedná se ale o poruchy související s akutní intoxikací samotnou či s abstinenčními příznaky**²⁰². Pro uvedené poruchy jsou charakteristické halucinace, narušené vnímání, bludy (paranoidní a perzekuční), poruchy psychomotoriky (excitace, stupor), emocionální alterace (depresivní stavy, rezonance a rozlady, anxiozita).

■ 10.3 Faktory zvyšující pravděpodobnost rozvoje závislosti na psychoaktivních látkách

Faktory, které zvyšují pravděpodobnost vzniku sociálně patologických jevů, popisujeme v kapitole č. 9 a 12, a dále pak podrobněji v kapitole příčin delikvence. Jak jsme již uvedli, teorie uvedené v těchto částech textu poskytují dostatečně přehledné vysvětlení vzniku sociálně patologických jevů. Proto se zde omezíme pouze na stručný přehled a případné doplnění a upřesnění příčin, které pravděpodobnost závislosti zvyšují.

Příčiny vzniku závislostního chování jsou **multifaktoriální**. Ke vzniku a rozvoji závislosti mohou vést různé biologické a sociální faktory:

Genetické predispozice

Dosud **není jednoznačně určeno, že existují specifické genetické informace vedoucí ke vzniku závislostního chování**. Nejvíce je tato problematika zkoumána ve spojení s alkoholismem. Je prokázáno, že u jedinců z rodin, **kde je otec alkoholik**, je pravděpodobnost vzniku alkoholismu 10× vyšší! Mimořádně ohroženou skupinou jsou **mladí muži, jejichž otec je závislý na alkoholu**. Rodinná zátěž se udává asi na 64 % mužských potomků. Americký alkohololog Jellinek zjistil, že potomci alkoholiků mají až 10× vyšší pravděpodobnost, že se

²⁰² SMOLÍK, P.: *Duševní a behaviorální poruchy*. Praha, Maxdorf Jessenius 1996, s. 122.

alkoholiky stanou také. Je tedy zřejmé, že **dědičnost má na vztah k alkoholu vliv**.

To, jakým způsobem naše geny ovládají vztah k alkoholu i jiným psychoaktivním látkám, není však dosud jednoznačně určeno. Vysvětlení existuje pro část mechanismu. Jedná se o účast genu, který v mozku kontroluje **receptory pro příjemný pocit**. Alkohol je jedním z nejsilnějších stimulátorů těchto receptorů, které známe. Alkohol způsobuje pocit radosti. Většina lidí, kteří mají potíže s alkoholismem, se vyznačuje defektní formou tohoto genu. Díky tomu mají méně receptorů pro radost. Proto musí pít více a může u nich vzniknout návyk. Jedinci z rodin alkoholiků mají dále pravděpodobně sníženou produkci endorfinu, který zlepšuje náladu a zjasňuje náš pohled na svět. Po alkoholu pak sahají, protože jim dává něco, co sami nemají, schopnost plně prožít radosti. V nynější době je však známo, že **genů pro vztah k alkoholu** je mnohem více.²⁰³

Například američtí odborníci (Blum, Cull, Braverman a Comings)²⁰⁴ našli souvislost mezi výskytem určité genetické varianty a takovými poruchami chování, jakými jsou nadužívání alkoholu, drogová závislost, kouření, nutkavé přejídání a obezita, poruchy pozornosti a patologické hráčství. Autoři jsou přesvědčeni, že tyto poruchy mají společného biologického jmenovatele: „hardwarový“ systém v mozku, který je původně určen k tvorbě potěšení z odměny, jíž se dostává při určitém chování.

Biologické predispozice

Riziko spojené s užíváním psychoaktivních látek může být ovlivněno **fyziologickými reakcemi** (zejména průběhem metabolického zpracování). Někteří jedinci mohou mít po požití látky oproti druhým zvláště příjemné pocity, se zpracováním látky nemusí mít zřetelné obtíže (necítí kocovinu), proto je vyšší pravděpodobnost častějšího a vyššího množství užívání látky.

Psychické faktory

Pravděpodobnost užívání psychoaktivních látek zvyšují tendence k:

- určitému způsobu prožívání, pro něj je charakteristické emocionální ladění spojené se zvýšenou **úrovní aktivity, dráždivostí a labilitou**, dále pak se stavy deprese a anxiózy,
- určitému způsobu uvažování a hodnocení různých situací, kdy někteří jedinci nejsou schopni posoudit sebe i okolí odpovídajícím způsobem, mají

²⁰³ MLČOCH, Z.: *Genetika a alkoholismus*. [online] Dostupné: <http://alkoholismus.zbynekml-coch.cz/> [cit. 1. 9. 2006]

²⁰⁴ HÖSCHL, C.: Syndrom narušené závislosti na odměně. *Vesmír*, 1996, 75, 485.

sklony k sebepodceňování, či naopak sebe nebo okolí vnímají a hodnotí nepřiměřeně, mají sklon **k přeceňování**,

- určitému způsobu chování, kdy někteří jednotlivci mají **nižší míru sebe-kontroly a volných vlastností**, mají nižší míru flexibility, nedovedou se učit ze zkušenosti.

Dále mohou pravděpodobnost vzniku a rozvoje závislosti zvyšovat osobnostní rysy. Jedná se například o **zvýšenou potřebu vyhledávat nové zážitky, sklon k riskantním strategiím, sníženou citlivost k ohrožení**. Jedná se o charakterové dimenze ukazující dle Cloningera²⁰⁵ (viz rovněž kapitolu 11) na nižší zralost a cílsměrnost osobnosti a nižší míru sociální citlivosti. Vyšší míru tendence k závislostnímu chování mají jedinci s poruchami osobnosti (disociální a emočně nestabilní)²⁰⁶ a psychické onemocnění, kdy je závislost **sekundárním problémem**.²⁰⁷

Sociální faktory

Mezi významné sociální faktory, zvyšující sklony a pravděpodobnost rozvoje závislosti, mimo jiné patří:

- **vliv rodiny** (dysfunkční rodina, anomalita rodičů, syndrom CAN apod.),
- **vliv sociální skupiny** (party, subkultury, profese mající snazší přístup k látce – číšníci apod., bohužel v některých případech i sportovní skupiny),
- **vliv životního prostředí** (prostředí měst, vybraných aglomerací – sídliště a průmyslové zóny, snížená společenská kontrola a anonymita, migrace obyvatel, vykořeněnost – chybějící kořeny a vztahy, např. problematika odsunu německého obyvatelstva a vyvlastění majetku),
- **sociální konformita** (uchování a tvorba sociálních kontaktů a vazeb, např. prostředí realizace podnikatelských aktivit),
- **nezaměstnanost**.

■ 10.4 Závislost a škodlivé užívání alkoholu

Alkohol je nejrozšířenější, nejčastěji užívanou a v našem (tj. evropském a anglosaském) sociokulturním prostředí značně akceptovanou psychoaktivní látkou. Jeho nadměrná konzumace ničí zdraví jednotlivců a bolestivě zasahuje rodiny i celou společnost. Přes své negativní účinky zůstává tradičně zneužívanou látkou a je využíván při různých neformálních i formálních příležitostech. Alkohol má pro většinu jedinců anxiolytický účinek, uvolňuje psychické

²⁰⁵ CLONINGER, C. R.: *Personality and Psychopathology*. American Psychiatric Press, 1999.

²⁰⁶ SMOLÍK, P.: *Duševní a behaviorální poruchy*. Praha, Maxdorf Jessenius 1996.

²⁰⁷ VÁGNEROVÁ, M.: *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha, Portál 2004, s. 553.

napětí, zlepšuje náladu, zvyšuje pocit sebejistoty. Zasahuje do neurotransmiterových systémů (dopaminergního), byla prokázána souvislost mezi účinkem alkoholu a tvorbou endorfinů.²⁰⁸

Vznik a rozvoj závislosti

Proces rozvoje závislosti na alkoholu je nejčastěji popisován dle amerického alkoholologa českého původu E. M. Jellineka ve čtyřech následujících fázích²⁰⁹:

- **1. stádium (počáteční, prealkoholické)**, ve kterém si jedinec (píják, konzument) uvědomuje, že pije odlišně než druzí, že mu alkohol přináší úlevu od jeho problémů. Proto zvyšuje množství i četnost (frekvenci) pití.
- **2. stádium (prodromální, varovné)**, které je charakteristické zvyšující se tolerancí k alkoholu („zvyk“), stoupající spotřebou, narušenou kontrolou nad množstvím a pitím. Za své pití se začíná stydět, objevují se okénka (palimpsesty), dochází k výčitkám či racionalizacím. Toto stádium zhruba odpovídá škodlivému užívání.
- **3. stádium (rozhodné, kruciólní)**, kdy tolerance stále stoupá, v důsledku časté konzumace narůstají konflikty (i se zákonnými normami), palimpsesty jsou spojeny téměř s každou konzumací, nad pitím již chybí jakákoliv kontrola. Často bývá postižený jedinec přesvědčen, že „kdyby chtěl, mohl by přestat“, ve skutečnosti potřebuje alkohol již téměř denně, dává přednost společnosti lidí, kteří také pijí (a tudíž mu pití nevyčítají, a naopak mu poskytují sociální oporu. V této fázi dochází ke změně osobnostních vlastností, ke změnám v preferenci hodnot, k oploštění zájmů (depravaci), k rozpadu interpersonálních vztahů.
- **4. stádium (terminální, konečné)**, odpovídá nejvíce syndromu závislosti, tolerance se začíná snižovat, alkoholik se rychle opije, zároveň ale není schopen bez alkoholu vydržet. Konzumace je nepřetržitá (ranní doušky), objevují se somatické a psychické poruchy, sociální interakce s okolím je narušena závažným způsobem. Postižený si již mezi lidmi nevybírá, je schopen být s každým, kdo s ním pije. Tato fáze je typická stavy bezmocnosti, kdy si dotyčný uvědomuje svoji neschopnost závislost zvládnout. Má potíže, když pije i když nepije. **Postupně dochází k fyzickému i psychickému chátrání a sociálnímu úpadku. Úpadek lze charakterizovat jako debakl, postižený není schopen fungovat ani s alkoholem, ani bez alkoholu**²¹⁰.

²⁰⁸ RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P.: *Psychiatrie*. Praha, Triton 1998, s. 54.

²⁰⁹ SKÁLA, J. ET AL.: *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha, Avicenum 1987.

²¹⁰ NEŠPOR, K.: *Návykové chování a závislost. Současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha, Portál 2000.

Vliv závislosti na alkoholu na organismus

Po vysazení alkoholu nebo snížení potřebného množství v průběhu dlouhodobého abúzu dochází k **odvykacímu stavu** (F–10.3) (alkoholovému abstinenciálnímu syndromu), pro který jsou charakteristické **vegetativní symptomy** (palpitace, tachykardie, vzestup krevního tlaku, tremor, pocení atd.). Z psychických obtíží se objevují neklid, deprese, úzkost, poruchy koncentrace, neschopnost výkonu, pocit únavy a vyčerpání.

Dramatičtější reakcí je pak **odvykací stav s deliriem** (F–10.4). Při tomto stavu dochází kromě výše uvedených obtíží, které zde mají vyšší intenzitu, ke stavu agitovanosti, kvalitativním poruchám vědomí a poznávacích procesů. Objevují se bludy a halucinace. Tento stav, označovaný jako **delirium tremens**, může přejít až do psychózy (**Korsakovovy psychózy**), alkoholové halucinózy apod., může skončit až smrtí. K rozvoji deliria tremens může dojít i v průběhu dlouhodobého pití²¹¹.

Dlouholeté škodlivé užívání alkoholu může dále vést k ireverzibilním poruchám CNS, kdy se jedná zejména o poruchy paměti a úpadek inteligence. V takovém případě hovoříme o **demenci (alkoholová demence)**²¹².

■ 10.5 Závislost a škodlivé užívání vybraných nealkoholových látek

Vznik a rozvoj závislosti

Vznik závislosti na nealkoholových látkách bychom mohli postihnout jako **proces komplexních změn v somatické psychické a sociální oblasti**. Závislost na drogách **nevzniká náhle**, ve většině případů tento proces probíhá **v několika po sobě jdoucích fázích. K rozvoji závislosti dochází v mnohem kratší době, než je tomu u alkoholu**. Tyto fáze jsou charakteristické:

- **1. stádium (experimentální)**, občasné užití drogy přináší pro jedince příjemné, dosud nepoznané prožitky, negativní účinky látky nejsou patrné (**proto je dotýčný k případnému varování lhostejný**), droga pomáhá uniknout z reality, kdykoli to jedinec potřebuje, školu, práci a další problémy lze zvládnout dokonce ještě lépe než dříve, před nejbližšími lze tyto experimenty docela dobře utajit (**okolí může prvotní změny hodnotit jako změnu k lepšímu**, například snížení obezity). Pokud se v této fázi podaří jedince podchytit, bývá šance na zanechání konzumace poměrně vysoká. Mnoho jedinců v této fázi od konzumace drog odstupuje (najdou si jiné

²¹¹ RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P.: *Psychiatrie*. Praha, Triton 1998.

²¹² VÁGNEROVÁ, M.: *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha, Portál 1999.

- způsoby uspokojování potřeb a řešení nepříjemných situací, často je odradí ti, kdo jsou v dalších fázích závislosti).
- **2. stádium (příležitostného užívání)**, jedinec zjišťuje, že mu droga pomáhá v situaci osobní a sociální nouze či nudy, a při této příležitosti a za tímto účelem ji užívá. V této fázi na látce není zatím závislý, konzumace je většinou tajena z důvodu stigmatizace, jedinec si je vědom nesprávnosti takového chování (**zatím mu záleží na společenském okolí, na profesní roli, na jeho blízkých**).
 - **3. stádium (pravidelného užívání)**, v této fázi již dotyčný bere drogu čím dál tím častěji, stále ještě popírá rizika spojená s jeho chováním. Začíná se objevovat a postupně prohlubovat lhostejnost k tomu, co se netýká drogy. **Přestává mu záležet na okolí, dochází ke ztrátě zaměstnání, rozpadu rodiny a kontaktů s blízkými, společnost je tvořena individui, které také propadly drogám.**
 - **4. stádium (návyk a závislost)**, jiná motivace než směrem k droze neexistuje, sociální vazby kromě případné party narkomanů neexistují. **Změny v oblasti somatické, psychické a sociální jsou velmi závažné a jsou patrné na první pohled.** Často dochází k poškození zdraví, k poškození CNS, vnitřních orgánů, **sekundárně (z důvodu úpadku v oblasti hygieny) k snížení imunity, k hepatitidě (zejména typu C), HIV.**

Závislost na opioidech

Opiáty vyvolávají stav a pocity uvolnění, útlumu, po požití dochází k omezení funkcí paměti, myšlení, pozornosti, poznávací funkce jsou zpomaleny. Nálada je euforická, později dochází k celkové otupělosti, nastupující odvykací stav je spojen s úzkostí, neklidem, nespavostí a svalovými křečemi, někdy nesnesitelnými. Odvykací stav není životu nebezpečný, letálně může skončit těžká intoxikace heroinem (zejména z důvodu přítomnosti balastních látek)²¹³. Ke zneužívaným látkám této skupiny patří opium a morfin, dále jejich deriváty heroin, braun, ale i pethidin (Dolsin), Methadon apod. Uvedené látky a přípravky **vyvolávají velmi rychlou a silnou závislost, a to jak psychickou, tak biologickou.**

Závislost na kanabinoidech

Zdrojem psychotropní látky jsou alkaloidy konopí (tetrahydrokanabinol, THC), z rostliny se zpracovává hašiš a marihuana. Po užití (nejčastěji kouřením, ale i jiným způsobem konzumace) dochází ke stavu euforie, k psychickému uvolnění. Někteří lidé nepokládají užívání marihuany za škodlivé, někdy je mu

²¹³ RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P.: *Psychiatrie*. Praha, Triton 1998.

dokonce prisuzován léčebný účinek, užívání je pokládáno za méně nebezpečné než užívání alkoholu.

V některých kulturách je postoj vůči těmto látkám stejně tolerantní, jako je tomu u nás s alkoholem. Somatická závislost nebyla prokázána, hovoří se o závislosti psychické. Dle našeho názoru spočívá hlavní nebezpečí v odblokování zábran a přestupu k užívání tzv. tvrdých drog. K tomu pravděpodobně spíše vede vliv party, kde často řada jedinců experimentuje i s jinými látkami.

Závislost na sedativech a hypnotikách

Užívání celé řady preparátů, které mezi tyto látky patří, je v současnosti velmi rozšířené. Jedná se zejména o anxiolytika (Diazepam, Flunitrazepam – Rohypnol), aprazol (Neurol, Xanax) a barbituráty. Závislost na uvedených farmakách se vyvíjí velmi dlouhou dobu. Kromě vlivu na kognitivní funkce spočívá **nebezpečí změn v emocionalitě** (depresivní stavy, bipolarita emocí, apod.). Závislost může být jak psychická, tak fyzická.

Závislost na stimulantech (včetně kofeinu)

Mezi stimulanty patří amfetamin (Psychoton), fenmetrazin a dexfenmetrazin, v ČR patří mezi zvláště závažné závislosti zneužívání metamfetaminu (**Pervitin**, vyráběný z efedrinu). Stimulanty zvyšují vigilitu, zrychlují metabolismus a tepovou frekvenci, zvyšují pozornost a výkonnost. Proto jsou zneužívány jako doping. Pervitin je zneužíván nitrožilně nebo šňupáním. Biologická závislost na pervitinu nebyla prokázána²¹⁴. Při dlouhodobém užívání **dochází k závažným psychickým poruchám** depresivního, anxiózního i paranoidního charakteru. Abstinenční příznaky mohou připomínat paranoidní formu schizofrenie²¹⁵. Projevuje se celkovou skleslostí, absolutní nevykonností, touhou po opatření si a aplikaci látky. Chemicky a vlastnostmi podobný je MDMA, **ecstasy**, která je řazena spíše mezi látky halucinogenní.

Závislost na organických rozpouštědlech

U organických rozpouštědel bývá zneužíván zejména toluen, méně pak další látky. Jedná se o velmi nebezpečnou skupinu látek. Tyto látky jsou finančně levné a snadno dostupné, jejich užívání má závažné somatické a psychické důsledky. **Odvykací příznaky nejsou popsány, dlouhodobé užívání může vést až k tak vážné poruše, jako je demence.**

²¹⁴ SMOLÍK, P.: *Duševní a behaviorální poruchy*. Praha, Maxdorf Jessenius 1996.

²¹⁵ RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P.: *Psychiatrie*. Praha, Triton 1998, s. 67.

■ 10.6 Sociální důsledky, možnosti léčby a prevence

Vzhledem k toleranci společnosti s naší kulturní tradicí jsou sociální důsledky související s alkoholismem a závislostí na nealkoholových látkách odlišné. Odlišnost však spočívá zejména v postojích společnosti k užívání alkoholu, které je tolerováno, v některých případech může jeho odmítání způsobit i „problémy“ v sociální interakci (vyloučení ze sportovní party, neuzavření výhodného obchodu, apod.). Naopak užívání nealkoholových látek je často spojeno s následnou stigmatizací, tito jedinci jsou ohroženi sociální exkluzí. **V obou případech je však nutné hledět na závislostní chování a škodlivé užívání psychoaktivních látek jako na nemoc z hlediska medicínského a psychologického vzhledem k jednotlivci, a rovněž jako na patologii (nemoc) celé společnosti z hlediska sociologického.**

■ 10.6.1 Sociální důsledky alkoholové závislosti

Rodina

Alkoholismus je značnou zátěžovou situací pro celou rodinu. Abnormalita vztahů, rozvoj různých obranných mechanismů vede k celkové deprivaci a devastaci vzájemných vazeb a vztahů. Dochází k negativním změnám ve vzorcích chování, které mohou oscilovat od situace, kdy alkohol rodinu udržuje paradoxně pohromadě²¹⁶ a druzí členové rodiny sami začnou alkohol užívat, až po situaci, kdy dojde k **rozpadu rodiny. Jedinec závislý na alkoholu není schopen plnit rodičovské role a funkce psychologické, sociální a ani mateřské.**

Zaměstnání, profesní role

Alkoholismus je spojen se ztrátou pracovního výkonu, následnou ztrátou pracovních dovedností a zejména návyků potřebných k výkonu řádného a trvalého povolání. Konečným stadiem je ztráta zaměstnání a sociálních vztahů s ním spojených.

Společenské okolí

V předchozí části textu jsme se zmínili o značně vysoké míře tolerance naší sociokulturní normy k užívání alkoholu. Dojde-li k překročení této velmi variabilní normy, je závislý jedinec předmětem sociálního stigma. Jeho postavení

²¹⁶ VÁGNEROVÁ, M.: *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha, Portál 1999, s. 294.

ve společnosti lze charakterizovat jako odmítání, kritiku opovrhování, štítivost. Jedinci hrozí sociální izolace, útěchu nachází u podobně postižených jedinců. Je v začarovaném kruhu. Z důvodu závislosti a společenské izolace často dochází k řadě poruch chování, zejména k delikvenci.

■ 10.6.2 Léčení alkoholové závislosti:

K rozhodnutí se léčit dospívá pouze malá část jedinců, jejichž užívání lze diagnostikovat jako škodlivé, hraniční, i těch, u kterých již můžeme hovořit o závislosti. Důvodem bude pravděpodobně obava z reakce a postojů společnosti, blízkého okolí, spolupracovníků apod. Často jsou k léčbě donuceni ze zdravotních důvodů, nebo až ve fázi, kdy již ztratili opory nezbytné k normálnímu společenskému fungování: rodinu a blízké, práci.

Jako první je důležité a nezbytné zvládnout abstinenci syndrom (biologické podstaty), což je problém pro medicínu. To trvá poměrně krátkou dobu a obtíže lze zmírnit použitím farmak. Jejich užití je nezbytné při rozvoji psychóz. Zde je nutná, a v případě rozvoje psychóz a delirií nezbytná, hospitalizace²¹⁷.

Léčba alkoholismu má v České republice (a na Slovensku) svoji tradici. Je spojena se jménem J. Skály, který propracoval zásady léčby, spočívající v režimové a skupinové terapii. Původní averzivní terapie („blinkačka“, spočívající ve vybudování podmíněného reflexu: alkohol > zvracení) se již v současnosti nepoužívá²¹⁸. Disulfiram (Antabus) se používá jiným způsobem. V České republice se dále používají přípravky ReVia a Campral²¹⁹.

Uvedené přípravky jsou využívány při ovlivňování **cravingu** (překládáno jako bažení z důvodu odlišnosti od pouhé touhy), **který představuje závažný problém při léčení návykových nemocí**. Svoji povahou má craving psychologicky blízko k emocím a právě emoce craving často vyvolávají. Odborníci se zmiňují o některých emocích (hněv, úzkost, smutek, nuda a radost) ve vztahu ke cravingu. Komplikovaným problémem v klinické práci je craving v nedostatečně uvědomované podobě. Četné postupy používané ke zvládnutí cravingu jsou užitečné i ke zvládnutí rizikových emocí (např. vyhýbání se spouštěčům, odložení, kognitivně-behaviorální techniky, posilování motivace, tělesné cvičení, využívání relaxačních technik)²²⁰. U problematiky závislostního cho-

²¹⁷ RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P.: *Psychiatrie*. Praha, Triton 1998, s. 61.

²¹⁸ RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P.: *Psychiatrie*. Praha, Triton 1998, s. 62.

²¹⁹ BUCK, L. Addictions – Your Options: Medication Options for Alcoholism. [online] Dostupné na: <http://www.helpstartshere.org/> [cit.31. 8. 2006]

²²⁰ NEŠPOR K, CSÉMY L.: Craving (bažení) a emoce při léčbě návykových poruch. *Psychiatrie*, 1999, 3, s. 89–92.

vání bychom z našich předních odborníků a specialistů rádi připomenuli a doporučili celou řadu publikací **K. Nešpora a L. Csémyho**. Obecně je používána terapie nebo poradenství v protialkoholních léčebnách nebo na psychiatrických klinikách a dále v poradnách (AT). Léčba může být **ambulantní** (v naprostých počátcích závislosti nebo po léčbě v protialkoholní léčebně) nebo **stálá při hospitalizaci**. Trvá cca 6 měsíců. Po této hospitalizaci je nutná **striktní doživotní abstinence, v opačném případě jsou relapsy a recidiva časté**. Účinná je krátkodobá, opakovaná hospitalizace. Značná pozornost je věnována účasti rodinných příslušníků a blízkých na léčení, může se jednat i o spoluzaměstnance.

Vedle ústavní péče na specializovaných psychiatrických odděleních a péče ambulantní v ordinancích AT je možné využít i zařízení nestátní. Určitou pozornost i pověst si získala zařízení typu AA (Klub anonymních alkoholiků) či **KLUS** (KLub Usilujících o Střízlivost).

■ 10.6.3 Sociální důsledky závislosti na nealkoholových psychoaktivních látkách (drogách)

Sociální důsledky související se závislostí a zneužíváním drog **jsou obdobné jako u alkoholismu, mají stejné negativní důsledky pro rodinu, zaměstnání a interakci s okolím**. Oproti alkoholismu, jehož vývoj je plíživější, dochází k rozvoji závislosti a následným negativním důsledkům pro jedince i společenské okolí mnohem rychleji. Tolerance většinové společnosti vůči zneužívání drog je oproti alkoholu mnohem nižší (téměř nulová). Nálepka „feťáka“ je silnějším stigmatem než alkoholik, identifikace se subkulturou jedinců závislých na drogách je mnohem pravděpodobnější. Kromě přijetí vzorců chování, typických pro tuto subkulturu, je nebezpečím ztotožnění se s jejich hierarchií hodnot, jejich zvnitřnění jedincem ve skutečnosti znamená snížení šancí na změnu tohoto asociálního životního způsobu na minimum. Tento problém je nutné zohlednit z hlediska léčby a terapie, bez dosažení změn v preferenci hodnot je například protrahovaná léčba neúčinná, často dochází k recidivě.

Závislost na drogách vede dále velmi často k delikvenci, kriminálnímu chování. Trestná činnost je v naprosté většině těchto případů sekundárním problémem, v případě úspěšné léčby a abstinence k její recidivě později nedochází²²¹.

²²¹ FISCHER, S.: *Etopedie v penitenciární praxi*. Ústí nad Labem, UJEP 2006.

■ 10.6.4 Léčení závislosti na nealkoholových psychoaktivních látkách (drogách)

V tomto stručném přehledu se soustředíme na léčbu související se zneužíváním tzv. tvrdých drog. Možnosti léčby závislosti a zneužívání nealkoholových psychoaktivních látek (drog) lze rozdělit na **tři základní typy**²²²:

- léčbu s farmakologickou podporou,
- abstinenčně orientovanou léčbu,
- detoxikaci.

V literatuře i v různých příručkách, kterých je na trhu k dispozici celá řada, se setkáváme s konstatováním, že se závislosti nemůže narkoman zbavit sám, že potřebuje pomoc odborníků. Toto konstatování je naprosto správné, ale léčba může být úspěšná pouze za předpokladu, že se dotýčný jedinec skutečně rozhodl se svou závislostní poruchou léčit. Motivace je nejdůležitější podmínkou vedoucí k vyléčení a dosažení abstinence, která musí být často celoživotní. To platí pro tzv. tvrdé drogy stoprocentně.

Pomoc a poradenství jsou připraveny poskytnout různé instituce, například **kontaktní centra, střediska pro drogově závislé, linky důvěry**, kde se lze léčit anonymně a ambulantně. Větší úspěšnost má pravděpodobně **léčba na specializovaných psychiatrických pracovištích**. V případech, kdy se závislost snoubí s delikvencí, může být nařízena i **povinná ústavní léčba**. O jejím uložení a formě rozhoduje soud.

V současnosti je často realizována podpůrná léčba, kdy je například jako substituce heroinu užíván Methadon (rovněž návykový) nebo Subutex. Léčba je doplňována o **speciální terapii, individuální poradenství nebo skupinovou terapii, tzv. komunitu**.

Důležitá pomoc spočívá v pokusu o sociální integraci, pomoc jedinci, aby se znovu začlenil do společnosti. **V praxi to znamená zejména pomoc se zajištěním řádné práce, jistého bydlení a terapie zaměřené na rozvoj a podporu dovedností potřebných k zvládnutí obtíží a zaměřených proti vzniku recidivy.**

■ 10.7 Souhrn

Syndrom závislosti lze definovat jako soubor psychických (kognitivních, emočních, behaviorálních) a somatických změn, které se rozvinuly v důsledku opakovaného užívání určité psychoaktivní látky. Závislost může mít somatický či psychický charakter v souvislosti s různým účinkem jed-

²²² NEŠPOR, K., CSÉMY, L.: *Léčba a prevence závislostí*. Praha, Psychiatrické centrum 1996.

notlivých látek na organismus. Rozvoj závislosti probíhá ve specifických fázích s různou latencí. Sociální důsledky závislosti na psychoaktivních látkách jsou negativní pro jedince i jeho okolí, pro celou společnost. Zásadní dopady má na oblast rodiny, zaměstnání a na sociální vztahy a interakci s okolím. Léčba s účastí odborníků je nezbytná. Cílem terapie je trvalá a důsledná abstinence do konce života a pomoc při zvládnutí sociální a ekonomické pozice pacienta. Pokrok v poznání neurobiologických mechanismů závislosti může významně přispět k jejich prevenci i léčbě.

Klíčová slova:

Psychoaktivní látky, Škodlivé užívání, Syndrom závislosti, Abstinenční syndrom, Alkoholismus, Terapie, Bažení

Kontrolní otázky a úkoly:

1. Definujte syndrom závislosti, popište její symptomy.
2. Jaký je rozdíl mezi škodlivým užíváním a závislostí?
3. Jaké psychologické a sociální faktory mohou zvyšovat pravděpodobnost rozvoje závislosti?
4. Jaké jsou sociální důsledky zneužívání psychoaktivních látek a závislosti?
5. Jaké léčebné a terapeutické postupy jsou nejčastěji při léčení závislosti používány?

11 Delikventní chování

Cílem této kapitoly je:

- vysvětlit biopsychosociální aspekty související s delikventním chováním (kriminalitou) a příčinami jeho vzniku,
- ozřejmit specifičnosti penitenciárního procesu, popsat negativní psychosociální jevy související s jeho průběhem,
- poukázat na možnosti práce pedagogů, vychovatelů, terapeutů a dalších specialistů s delikventy.

11.1 K pojmům delikvent, delikvence, kriminalita

Delikvenci lze definovat jako formu společensky zvláště závažného nepřijatelného chování a delikventa jako jedince, který se takto vymezeného jednání dopustil či dopouští. Oba pojmy pronikly do humanitních (sociologie, ostatních pedagogicko psychologických) disciplín až druhotně²²³ z disciplín právních. Pojem delikvence je ve své podstatě právnickým hodnocením společensky nepřijatelného činu, který **spočívá v porušování určitých legislativních norem konkrétního státu, přičemž toto jednání je následně sankcionováno.** Zatímco pojmy disociální a asociální chování označují širokou škálu společensky nepřijatelné činnosti, která nemusí být vždy předmětem sankce, u delikvence se vždy jedná o závažné činy, které jsou společností trestány. Z hlediska výše uvedených vědních disciplín lze užívat pro delikvenci i pojem kriminální chování (z latinského *crimen*, což znamená zločin), neboť se jedná o trestné činy, sankcionovatelné podle trestního zákona, a to jak zjevné, tak latentní.

Delikvenci, respektive kriminální chování, lze také chápat²²⁴ **jako projev poruchy sociálně adaptačních schopností a dovedností.** Odchylku od společenské normy lze relativně jasně definovat jako neschopnost plnit základní požadavky a očekávání společnosti. Společenskou nepřijatelnost svého chování není schopna či ochotna řada delikventů zhodnotit, o změnu vzorců chování a životního způsobu proto neusilují.

²²³ VONDRÁČEK, J.: *Úvahy psychologicko psychiatrické*. Praha, Avicenum 1981, s. 168.

²²⁴ VÁGNEROVÁ, M.: *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha, Portál 2004, s. 805.

■ 11.2 Faktory zvyšující pravděpodobnost kriminálního chování

Příčiny vzniku a rozvoje delikvence jsou multifaktoriální. Podstatný **význam pro vyšší pravděpodobnost vzniku kriminálního jednání mají následující biologické a sociální faktory**, jejich vzájemná interakce:

- Prvním z **biologických** faktorů je **pohlaví**. Muži se delikventního chování dopouštějí mnohem častěji než ženy. Odborné prameny uvádějí srovnání četnosti kriminálního chování mužů a žen, vzájemný poměr se pohybuje 10:1²²⁵. Důvod je spatřován ve větším významu bezohledného dravého jednání pro seberealizaci v případě mužů, zatímco pro ženy jsou účelné jiné vzorce chování²²⁶. Další důvod je spatřován ve větší tendenci k agresivitě u mužů vzhledem k mužskému pohlavnímu hormonu testosteronu.
- Značný význam pro kriminální chování má **věk**. Jedinci, kteří se dopouštějí tohoto chování, jsou většinou mladí. Téměř 90 % vězeňské populace tvoří mladí muži ve věku do 26 let. Převážnou část vícevězňných jedinců a recidivistů tvoří osoby ve věku do 30 let²²⁷.
- K dalším biologickým faktorům patří vrozené dispozice k určitým způsobům reagování. Jedná se o vrozené **dispozice na bázi temperamentových složek osobnosti**, kdy vyšší míru tendence k delikventnímu jednání mají jedinci, kteří jsou zvýšeně dráždiví, mají vyšší impulzivitu a nižší míru frustrační tolerance. Dispozice jsou dány geneticky, mohou rovněž vzniknout v průběhu vývoje plodu v prenatálním a perinatálním období.
- K vrozeným faktorům patří také **úroveň mentálních schopností**. Zde můžeme konstatovat, že se kriminálního chování obecně dopouštějí jedinci, jejichž rozumové schopnosti jsou nižší.

Z řady **sociálních faktorů** pokládáme z hlediska vyšší pravděpodobnosti vzniku delikvence za nejvýznamnější následující činitele:

- **Významným sociálním faktorem, ve kterém si jedinec utváří vzorce chování, je bezesporu rodina**. K nejvýznamnějším aspektům souvisejícím s vyšší pravděpodobností budoucího negativního vývoje jedince patří z hlediska orientační rodiny:
 - otázka anomální osobnosti rodičů, kdy se **rodiče sami dopouštějí asociálního a antisociálního chování**,
 - otázka afunkce až dysfunkce rodiny, spojená zejména s problémem **psychické deprivace**, respektive subdeprivace²²⁸,

²²⁵ VÁGNEROVÁ, M.: *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha, Portál 2004.

²²⁶ RAINE, A.: *The Psychopathology of Crime*. Criminal Behavior as a Clinical Disorder. San Diego, Academic Press 1993.

²²⁷ FISCHER, S.: *Etopedie v penitenciární praxi*. Ústí nad Labem, UJEP 2006.

²²⁸ LANGMEIER, J., MATĚJČEK, Z.: *Psychická deprivace v dětství*. Praha, Avicenum 1974.

- otázka **úplnosti rodiny**, náhradních rodičů, náhradní výchovy až výchovy ústavní,
- problematika **syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte** (CAN – Child Abuse and Neglect).

Na základě našich zkušeností konstatujeme, že na pravděpodobnost vzniku kriminálního chování, zejména na jeho opakování, má vliv i nefunkčnost či ztráta rodiny prokreační, ve které jedinec plní stanovené role a uspokojuje své potřeby, včetně potřeb sounáležitosti a lásky a potřeb seberealizace. Často ke ztrátě funkcí rodiny a k jejímu rozpadu dochází právě v souvislosti s kriminálním chováním a následným uvězněním. Negativním jevům v rodině je věnována kapitola 12.

- **Vliv spoluvrstevnických skupin a part** se rovněž projevuje v anamnézách delikventní populace jako faktor, který ovlivňuje jejich tendence k asociálnímu a antisociálnímu chování. Často se jedná o kombinaci s negativním rodinným vývojem, někdy i školní neúspěšnosti. V partě dochází k uspokojování potřeb sounáležitosti a seberealizace, ke kterému v rodině i v normálním školním prostředí nedochází. Příslušnost ke skupině s asociálními nebo antisociálními vzorci chování značným způsobem zvyšuje riziko identifikace jedince s těmito nežádoucími způsoby života a vede k následnému rozvoji poruch chování včetně chování kriminálního. K prvním poruchám chování dochází již ve školním věku, v adolescentním věku nabývají poruchy chování větší společenské nebezpečnosti. Pro kriminalitu je považován za kritický věk juvenilní²²⁹. Z tohoto důvodu se někdy můžeme v literatuře setkat s vymezením delikvence jako delikvence či kriminality mládeže²³⁰.
- Závažnější **asociální poruchy chování**, v tomto případě **zneužívání či závislost na psychoaktivních látkách** má na pozdější kriminální chování značný vliv. Zneužívání drog je velmi častou primární příčinou následné delikvence.
- K dalším významným sociálním faktorům patří **dosažená úroveň vzdělání a s ní se snoubící postavení ve společnosti**. Pachatelé kriminálního chování dosahují obecně nižší úrovně vzdělání a často se seberealizují z hlediska společenského postavení v nižších sociálních vrstvách (underclass theory)²³¹.
- S nízkou úrovní kvalifikace souvisí další faktor, který můžeme považovat z hlediska delikvence za negativní. Je jím **nízká úroveň až chybějící pracovní dovednosti, zkušenosti a návyky**. Nositelé kriminálního chování bývají často dlouhodobě a několikrát nezaměstnaní.

²²⁹ MATOUŠEK, O., KROFTOVÁ, A.: *Mládež a delikvence*. Praha, Portál 2003.

²³⁰ KAPR, J., ET AL.: *Sociální deviace, sociologie nemoci a medicíny*. Praha, Sociologický ústav ČSAV, 1991, s. 84.

²³¹ GIDDENS, A.: *Sociologie*. Praha, Argo 1999.

- Výrazně vyšší počet delikventů se **rekrutuje z městského prostředí**. Vyšší kriminalita je zejména ve městech větších, důvodem je především **vyšší anonymita a často nedostatečná sociální kontrola**. Častěji ke kriminalitě dochází ve specifických městských částech, jedná se zvláště o **sídlště** nebo vyklidněné městské části. Vyšší míra kriminality vzniká **v městech průmyslového charakteru a v oblastech s vyšší mírou migrace obyvatel**.

■ 11.3 Psychické charakteristiky delikventů

V odborné praxi můžeme nalézt značnou řadu pokusů vysvětlit osobnost pachatelů kriminálního chování určitými psychickými, osobnostními zvláštnostmi, kterými se odlišují od běžné populace. V podstatě se jedná o postihu dvou hlavních otázek:

- jaká je motivace, struktura potřeb a hodnotový systém pachatelů trestných činů,
- zda lze na základě odlišností v psychických vlastnostech a projevech definovat jednotný osobnostní model pachatele.

Pokusy postihnout kriminální chování typickou strukturou osobnosti selhaly, **jednotný model osobnosti neexistuje**²³². Na současné úrovni zkoumání se nepodařilo prokázat existenci typických psychických charakteristik, které by jedince předem určovaly k delikvenci a které by se vyskytovaly pouze v této subkultuře²³³.

Přestože je každá osobnost jedinečná, a totéž platí o přizpůsobení se jedince vlivům okolí, jeho projevech a chování, lze u delikventní populace nalézt **analogické, obecnější aspekty, kterými lze tuto specifickou skupinu jednotlivců charakterizovat**. Tato charakteristika pak může být východiskem pro typologické přístupy.²³⁴

- pro většinu delikventů je typické²³⁵, že **dovedou o svém cíli a jeho dosažitelnosti logicky uvažovat, nejsou však schopni si připustit následky, chybí jim zpětná vazba. Trest a uvěznění pro ně nemá dostatečnou informační hodnotu, své jednání i návrat do vězení opakují, v případě recidivy mohou být k následkům svého počínání lhostejní**. Tato lhostejnost je výrazem určitého životního stylu, kde vězení je jeho standardní součástí, neboť již nejsou schopni řešit problémy jiným způsobem, dokonce ani žít na svobodě. Zde bychom rádi upozornili na negativní důsledky vyplývající z pobytu ve vězení, konkrétně na prizonizaci. Tímto psychosociálním jevem,

²³² VÁGNEROVÁ, M.: *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha, Portál 2004, s. 810.

²³³ ČÍRTKOVÁ, L.: *Kriminální psychologie*. Praha, Eurounion 1998, s. 68.

²³⁴ BALCAR, K.: *Úvod do studia osobnosti*. Praha, SPN 1983.

²³⁵ VÁGNEROVÁ, M.: *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha, Portál 1999, s. 417.

který výrazně ovlivňuje změny ve struktuře potřeb a systému hodnot, a bývá příčinou recidivy i „kvality“ kriminálního chování, se podrobněji zabýváme v další části textu.

- analogické znaky nositelů kriminálního chování můžeme nalézt v oblasti prožívání. V souvislosti s vyšší reaktivitou a impulzivitou **mají tendenci k afektivnímu reagování a až extrémním výbuchům. Bývají emočně nestabilní**, což se negativně projevuje v sociální interakci. Řada delikventů bývá **emočně oploštělá, citově chladná, má nižší míru empatie**, do jiného člověka se nejsou schopni vcítit, k jeho problémům, i velmi závažným, jsou lhostejní. Jejich emoční ladění vůči okolí bývá negativní, nepřátelské, hostilní. Pokud se citově projevují, často se jedná o pouhou povrchnost, **chybí jim pocit viny**. Lituji většinou sami sebe, příčinu svého jednání spatřují v naprosté většině případů ve svém okolí.
- z hlediska způsobu myšlení a uvažování je pro delikventy typická **rigidita, kognitivní indolence**, lenost uvažovat. To se projevuje orientací na přítomnost, nejsou schopni a ani ochotni přemýšlet o budoucnosti. V uvažování těchto jedinců často chybí kontinuita, jejich názory nemají trvalý charakter, jsou snadno ovlivnitelní aktuálními situačními proměnnými. Nejsou schopni kriticky myslet, neovládají se, řídí se pudy a impulsy, v situacích vyžadujících sebeovládání dochází k nezkrotnému nebo nezodpovědnému jednání.
- chování pachatelů kriminálního chování bývá obecně **typické bezohledností a agresivitou při dosahování cílů**. Jedním z velmi častých projevů myšlení a chování, vypovídajícím o sklonech k delikventnímu chování, bývá **zatvrzelost (Tough-Mindedness)**. Zatvrzelost chápeme ve shodě s Eysenckem²³⁶ jako:
 - a) samotářství, lhostejnost k lidem, nepřizpůsobivost, dělání těžkostí,
 - b) krutost, nelidskost, citovou oploštělost, nesoucinnost, necitlivost,
 - c) vyhledávání vzrušení, záliba ve výstředních, neobvyklých věcech,
 - d) nepřátelství vůči lidem, agresivitu,
 - e) ignoraci nebezpečí, zbrklou odvážnost,
 - f) vysmívání se, silnou vzrušivost, pobuřování okolí.

Zatvrzelost ve spojení s emoční labilitou jsou **významným prediktorem asociálního a antisociálního chování**, a z nich vyplývajících postojů a pojetí své společenské seberealizace. Takové osoby jsou charakteristické izolovaností od normálního světa, **žijí v jiných hodnotových systémech**. Normou požadovaná sociabilita je těmto jedincům relativně vzdálena, jsou nekritičtí. Empatie, pocit viny a soucitu, jsou pro tyto jedince pouze prázdnými pojmy. V kombinaci s vysokou mírou emoční lability jsou pak až chorobně citliví a zranitelní,

²³⁶ EYSENCK, H. J., EYSENCK, S. G. B.: *Eysenckovy osobnostní dotazníky pro dospělé*. Bratislava, Psychodiagnostika 1993.

cítí se neustále ohroženi, ve snaze eliminovat zátěž u nich nastupují obranné reakce, nejčastěji lhavost, úniky do fantazie a různé formy racionalizace²³⁷. Obranným mechanismem je rovněž sebepoškozování, typický deprivační jev. To může souviset s nejasným pojetím vlastní společenské seberealizace. Spojitost vysoké míry zatvrzelosti a lability se sebepoškozováním prokázali Williams a Hassanyeh.²³⁸

V případě jedinců s vysokou mírou zatvrzelosti a nízkou mírou lability se jedná o aktivní prosazovatele delikventních a kriminálních vzorců chování a postojů. Jsou rigidní, nepřístupní, bezohlední. Mohli bychom říci, že tito silní jedinci výše uvedené chování „dělají“, zatímco slabí jej jen „přijímají, napodobují“.

- Z hlediska motivace a aktuálně sdílených potřeb se pachatelé od většinové populace nemusí odlišovat. Ke změnám ve struktuře potřeb dochází až např. při uvěznění²³⁹. **Rozdíl spočívá spíše ve způsobech saturace, pro kterou je charakteristická nezdrženlivost, nejsou schopni uspokojení potřeb odkládat.** Mnohdy se může jednat o takové potřeby, které vedou k sociálně požadovaným, dokonce i ceněným cílům. Delikventně jednající osoby je však dosahují nelegitimními způsoby a prostředky.

■ 11.4 Typologie delikventní subkultury

Typologie pachatelů kriminálních činů se snaží postihnout určité psychologické charakteristiky, které jsou analogické pro několik jejich osobnostně specifických skupin. Typologie delikventní subkultury **pomáhá** pedagogickým pracovníkům, etopedům, terapeutům a dalším specialistům **v dalším poznávání osobnosti konkrétního jedince a následnému stanovení specifických korektivních přístupů a metod jeho ovlivňování.** V diferenciaci přístupů spočívá jeden z jejich hlavních přínosů pro jejich práci.

Za nejpřínosnější²⁴⁰ z hlediska praktické použitelnosti jsou považovány typologie pracující s **celou osobností jako jedinečným celkem**, kdy jsou na základě pečlivé anamnézy a pozorování zjišťovány psychopatologické rysy, zejména neuroticismus, poruchy osobnosti, psychoticismus (zatvrzelost) a poruchy inteligence. V souhrnu se pak jedná z hlediska psychosociálního o velmi podobné jedince. Z našich dlouholetých zkušeností z praxe víme, že řada

²³⁷ Poznámka autorů

²³⁸ EYSENCK, H. J., EYSENCK, S. G. B.: *Eysenckovy osobnostní dotazníky pro dospělé*. Bratislava, Psychodiagnostika 1993.

²³⁹ FISCHER, S.: *Etopedie v penitenciární praxi*. Ústí nad Labem, UJEP 2006.

²⁴⁰ ŠTUDENT, V., ŽUKOV, I.: Změny v typologii pachatelů v ČR po roce 1989. In *Biologické podklady psychických poruch*. Praha, Galén 1997.

typologií si je vzájemně blízká, nejlépe a prakticky využitelná se nám jeví typologie, která vznikla zobecněním řady z nich. Tuto diferenciaci, ke které lze zhruba kriminální subkulturu přiřadit, uvádí Netík ²⁴¹ následovně:

- **socializovaný typ,**
- **neurotický typ,**
- **nesocializovaný typ (typ defektně socializovaný),**
- **mentálně insuficientní typ,**
- **deviantně socializovaný typ,**
- **typ s masivní psychickou poruchou (psychotický).**

V rámci deskripce níže uvedených delikventních typů bychom rádi upozornili na skutečnost, že uváděné, nejčastěji se vyskytující duševní či behaviorální poruchy, mohou být nejen příčinou delikventního způsobu života, ale mohou se rozvinout v průběhu všech etap penitenciárního procesu. Důvody vedoucí k jejich rozvoji pak popisujeme v následující kapitole, která se přímo zabývá průběhem penitenciárního procesu.

Socializovaný typ

Pokud hovoříme o typu socializovaném, bylo by vhodnější označit jej jako typ normální. Spáchaný čin má většinou epizodický charakter, je mimořádným vybočením z dosavadní životní cesty, nedochází k recidivě. Z hlediska etopedické práce lze očekávat žádoucí dynamiku prožívání, a to z hlediska fungujícího svědomí, souvisejícího s přijetím viny, lítosti a snahy o nápravu a odpuštění.

V penitenciární praxi lze tento typ spolehlivě rozeznat, veškeré **myšlenkové a emoční projevy jsou „normální“, tito jedinci mívají vybudované zázemí, pracovní dovednosti a návyky**, jsou schopni návratu do společnosti bez větších problémů. V průběhu uvěznění nedochází k výraznější poruchovosti. Vzájemnou interakci lze u těchto typů stavět na aspektech, které selhávají u typů uvedených dále. Jedná se např. o aspekty morální, apelace na emoční vazby k blízkým osobám, podporu žádoucích charakterových rysů apod. V naprosté většině případů se jedná o prvovězněné jedince, rizika penitenciárního procesu spočívají v případném negativním vlivu **prizonizace**, jejíž působení je nutné eliminovat.

Neurotický typ

Osobnost neurotického typu je **nápadná výskytem větších i menších neurotických poruch** (emoční labilita, zvýšená anxiozita, deprese, obsedantní myšlenky a úkony apod.). Symptomy konkrétní neurózy bývají v průběhu uvěznění

²⁴¹ NETÍK, K., NETÍKOVÁ, D., HÁJEK, S.: *Psychologie v právu*. Praha, C. H. Beck 1997, s. 8.

četnější s vyšší intenzitou a latencí. Je přirozené, že neurotické poruchy osobnosti těchto jedinců příznačným způsobem ovlivňují jejich jednání, které se může stát delikventním, promítají se i do jejich motivačních složek. Příčiny delikventního chování těchto jedinců bývají tedy často řešením intrapsychických konfliktů, jejichž přítomnost si jedinec aktuálně nemusí uvědomovat.²⁴²

Ve většině případů se jedná o **důsledky vyplývající z nesprávně působící orientační rodiny, zejména důsledky citové deprivace, týrání a rizikových rodičů**. Příčinou řady deliktů u těchto jedinců je rovněž frustrace potřeb uznání, pocit izolace a přehlížení okolím. Kriminální jednání bývá právě proto často určitou formou protestu spíše vůči rodině a blízkým než vůči společnosti.

U tohoto typu jedince jsou negativní důsledky penitenciárního procesu nejrizikovější. Jsou nejvíce ohroženi zvýrazněním a prohloubením stávající poruchy, rozvojem dalších mnohačetných souvisejících poruch. Reakce na uvěznění u těchto jedinců často ústí v tzv. mimořádné události, které popisujeme v další části textu. Tito jedinci jsou rovněž ohroženi negativními vlivy prizonizace.

Práce s neurotickým typem delikventa je odlišná od práce s typem socializovaným. Obranné mechanismy jsou hůře prolomitelné, dle Čírtkové²⁴³ je vhodný jednoznačný přístup a komunikace, pozitivní atmosféra v rámci vzájemné interakce. Nežádoucí chování těchto jedinců může být ovlivňováno společensky požadovaným způsobem. Někteří disponují fungujícím svědomím a pocitem viny, u některých lze vzorce chování nasměrovat do sociálně přijatelných forem. **Důležité pro práci pedagogů, terapeutů a dalších specialistů je to, aby u vybraného jedince nevznikl pocit, že je již společensky odepsán.** Naopak indirektivním způsobem je nutné jej směřovat k pochopení toho, že má šanci se začlenit do většinové společnosti.

Nesocializovaný typ (defektně socializovaný, psychopatický)

Jedná se o typ, který lze z hlediska psychopatologie označit jako **typ s poruchou osobnosti** (dříve byli tito jedinci označováni jako psychopati, sociopati). Struktura osobnosti těchto jednotlivců je charakteristická maladaptivními vzorci chování, které představují extrémní či výrazné odchylky od způsobů, kterými průměrný člověk v dané kultuře vnímá, myslí, cítí a zvláště utváří vztahy k druhým.²⁴⁴ Další charakteristikou je absence inhibičních mechanismů potřebných k eliminaci a blokování nepřijatelného sociálního chování.

Ve vězeňské subkultuře mají výrazné procentuální zastoupení, nejčastěji se setkáváme s **disociální poruchou osobnosti**, která má z forenzního hlediska

²⁴² NETÍK, K., NETÍKOVÁ, D., HÁJEK, S.: *Psychologie v právu*. Praha, C. H. Beck 1997, s. 8.

²⁴³ ČÍRTKOVÁ, L.: *Kriminální psychologie*. Praha, Eurounion 1998, s. 71.

²⁴⁴ SMOLÍK, P.: *Duševní a behaviorální poruchy*. Praha, Maxdorf Jessenius 1996, s. 354.

význam největší, dále pak s **emočně nestabilní** a histrionskou poruchou osobnosti. Smolík²⁴⁵ uvádí 75 % prevalenci disociální poruchy u vězňů, stejně jako Němec (75 %) (1993)²⁴⁶. Z naší praxe můžeme potvrdit prevalenci minimálně 60 %²⁴⁷.

Vzhledem k oploštělé emocionalitě, rigiditě až hostilitě, jsou jakékoliv pokusy o kladnou stimulaci, apelaci na morální hodnoty a pocity viny naprosto neúčinné. Slušnost a dobrá vůle jsou pokládány za slabost. Velmi časté chápání okolí spočívá v dvou extrémních dimenzích „černá a bílá“, „silní a slabí“. Každý ústupek je využit okamžitě účelově ke svému prospěchu. Tito, někdy i nadprůměrně inteligentní jedinci, mají zvláštní kouzlo, kterým dokáží napoprvé okouzlit své okolí, jejich jednání je však manipulativní, účelové pro vlastní individuální prospěch. Chybějí jim neurotické rysy, nemají výčitky a netrpí studem. **Jsou až patologicky egocentričtí, neschopní normální emocionální vazby, s minimální mírou empatie.** Nejsou schopni soustavné plánovité činnosti, a konečně nejsou schopni se poučit ze zkušenosti.

Tito jedinci se rovněž často dopouští tzv. mimořádných událostí se **snahou o vydírání a manipulaci okolí. Jednání s psychopaty z hlediska působení na neopakování delikventního jednání je prakticky bezvýznamné.** Dlouholeté specializované terapie a aktivity nemívají signifikantní výsledky. Prognóza je téměř nulová. Někdy lze pozorovat úpravu (účelovost, ne skutečnou korekci²⁴⁸), kdy se psychopatický jedinec ve standardních, nacvičených situacích chová méně nápadně. V situaci, kdy není připraven, zejména pak v zátěži, se opět objeví původní nevhodné reakce a vzorce chování (agrese, impulzivita apod.). Tyto reakce se rovněž objevují např. po požití psychoaktivních látek (např. léky).

Někdy, vzhledem k již získané zkušenosti s uvězněním, se snaží z důvodů manipulace a prospěchu své chování někteří jedinci skrývat. Ze zkušeností můžeme potvrdit, že se může jednat i o několik týdnů. Nakonec se však vždy projeví ve své nefalšované přirozenosti.²⁴⁹

Mentálně insuficientní typ (nedostačivý)

Do této kategorie jsou řazeni jedinci, kteří mají **nižší míru rozumových schopností**. Jedná se o jednotlivce, jejichž kriminální činnost odpovídá rozumovým schopnostem, je primitivní, jednoduchá a přímočará, při skupinové činnosti bývají často vykonavateli nápadů a iniciativy druhých. Také **sociální**

²⁴⁵ SMOLÍK, P.: *Duševní a behaviorální poruchy*. Praha, Maxdorf Jessenius 1996, s. 362.

²⁴⁶ VÁGNEROVÁ, M.: *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha, Portál 1999, s. 260.

²⁴⁷ FISCHER, S.: *Etopedie v penitenciární praxi*. Ústí nad Labem, UJEP 2006.

²⁴⁸ Poznámka autorů

²⁴⁹ Poznámka autorů

dovednosti odpovídají rozumovým schopnostem, nízkému podprůměru či hraničnímu pásmu mentální retardace. Z hlediska charakteru činů se spíše jedná o násilné trestné činy, někdy o činy motivované sexuálně.²⁵⁰ Pokud by měl spáchaný delikt svědčit o osobnosti jeho pachatele, lze počítat s primitivnější motivací a snazší následnou odhalitelností. To je pravděpodobně příčinou vyšší míry koncentrace takových jedinců v zařízeních penitenciární péče.²⁵¹ V literatuře lze nalézt nespočetnou řadu studií potvrzujících nižší míru inteligence u vězněných osob.

Z hlediska penitenciárního procesu je nutné upozornit na vysokou míru sugestibility, nekritického, bezděčného přejímání názorů druhých. Práce pedagogů, vychovatelů a dalších specialistů se zde musí **soustředit především na jejich ochranu** a samozřejmě prizonizační vlivy.

Deviantně socializovaný typ

Tento typ je reprezentován jedincem, který si **sociální normy skupiny, kterou reprezentuje, osvojil dobře, ale tyto normy jsou v rozporu s normami společnosti.** Dle Giddense²⁵², který jako příčinu negativní socializace těchto jedinců z pohledu většinové společnosti uvádí **Sutherlandovu teorii diferenciální asociace**, lze právě v tomto případě nejvíce zpochybnit existenci psychologických rozdílů mezi delikventy a normální populací. Chování těchto jedinců je regulováno deviantními regulativy.

Typ s masivní psychickou poruchou (psychotický)

Pokud hovoříme o psychotickém typu pachatele kriminálních činů, máme na mysli osoby trpící jak v době činu, tak v průběhu penitenciárního procesu některým z **konkrétních syndromů psychických onemocnění a poruch, tzv. psychózou.** Nejčastěji se z hlediska penitenciárního procesu jedná o jedince, kteří trpí poruchami typu schizofrenie (často se jedná o její paranoidní formu) a rovněž poruchami afektivity (deprese, bipolarita). Dále se jedná často o jedince s různými **typy psychóz, které vznikly v důsledku závislostního chování. K jejich rozvoji může dojít také až v důsledku uvěznění, vlivem závislosti a rozvoje abstinčních příznaků a zátěže vyplývající z uvěznění.**

Z hlediska delikventního chování se většinou jedná o násilné, brutálně provedené činy, s nesrozumitelnou motivací²⁵³. **Ovlivňování těchto osob a práce s těmito jedinci není z hlediska etopedie prakticky možná.** Tito jednotlivci

²⁵⁰ NETÍK, K., NETÍKOVÁ, D., HÁJEK, S.: *Psychologie v právu*. Praha, C. H. Beck 1999, s. 9.

²⁵¹ FISCHER, S.: *Prizonizace jako etopedický problém*. Disertační práce. Praha, PedF UK 2003.

²⁵² GIDDENS, A.: *Sociologie*. Praha, Argo 1999, s. 193.

²⁵³ ČÍRTKOVÁ, L.: *Kriminální psychologie*. Praha, Eurounion 1998, s. 75.

patří především do psychiatrické péče. Otázka odpovědnosti za delikventní chování je diskutabilní, je nutné stanovisko znalců a odborníků. V souvislosti s otázkou odpovědnosti, příčetnosti apod. se často hovoří o detenčních ústavech, do jejichž někdy celoživotní péče by měli tito psychicky nemocní lidé patřit.

V závěru této kapitoly je nezbytné kriticky připomenout, že nelze psychické abnormality, popsané v předchozím textu, chápat jako hlavní, zásadní faktory, které rozhodujícím způsobem ovlivňují motivaci ke kriminálnímu chování. Motivace trestného činu je velmi složitou otázkou, spočívá v interakci aktuálně působících vnitřních a vnějších činitelů. Stejně duševní a behaviorální poruchy se vyskytují v populaci u dalších osob, tj. i u těch, kteří se delikvence nedopouštějí.

■ 11.5 Penitenciární proces a jeho zvláštnosti

■ 11.5.1 Psychosociální problémy spojené s obviněním

Spáchání kriminálního činu bývá spojeno s jeho vyšetřováním, případným uložením trestu a pobytem ve vězení. Již **samotné obvinění** jedince z trestného činu a související vyšetřování znamená změnu ve stávajících, obvyklých vzorcích chování. Pro některé jednotlivce může obvinění znamenat **značnou zátěžovou situaci**, spočívající zejména v pocitu ohrožení, ztráty pocitu bezpečí a jistoty. To platí zejména pro ty, kteří se v této situaci ocitají poprvé, a pro ty, kteří nejsou „zkušenými“, otrlými pachateli kriminálních činů, recidivisty. Pro jejich reakci a následné prožívání aktuálního ohrožení je typická úzkost, nejistota a aktivace obranných mechanismů, které si většinou konkrétní jedinec neuvědomuje. Dle Netíka²⁵⁴ se pak může jejich chování jevit nepřiměřeně, dokonce může vykazovat znaky symptomů různých psychických poruch.

Po obvinění rovněž **může dojít ke změnám ve společenských vztazích, a to nejen s okolím, ale i s blízkými a rodinou**. Obvinění a stíhání ovlivňuje chování sociálního okolí, jedná se o obezřetnost, nedůvěru, až odmítání a „odsouzení“, a to se všemi důsledky, které přináší získání nálepky potenciálního kriminálního.

Nejčastějším obranným mechanismem jsou různé formy racionalizace konkrétního deliktu, a to do z hlediska společnosti pochopitelných motivů. Dále je to potlačení a vytěsňování negativních pocitů a zážitků, kdy kromě snížení jejich intenzity může dojít až ke zkreslení skutečnosti a přesvědčení, že nová verze je pravdivá. Rovněž se samozřejmě objevují účelové, vědomé obrany²⁵⁵.

²⁵⁴ NETÍK, K., NETÍKOVÁ, D., HÁJEK, S.: *Psychologie v právu*. Praha, C. H. Beck 1997, s. 10.

²⁵⁵ VÁGNEROVÁ, M.: *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha, Portál 2004.

■ 11.5.2 Psychosociální problémy spojené s vazebním uvězněním

S obviněním je úzce, z důvodů stanovených zákonem²⁵⁶, spojeno vazební uvěznění. Vyšetřovací vazba **představuje rizikovou, silně zátěžovou situaci** pobytu pachatelů trestné činnosti ve vězeňských zařízeních. Stresovou situaci představuje již samo uvěznění. V různých škálách²⁵⁷, které zátěžové životní situace srovnávají, bývá vězení řazeno nejvýše, zpravidla hned za takovou událost, jako je případ úmrtí člena rodiny. Uvěznění zahrnuje řadu zátěžových situací, především **strádání v oblasti uspokojování psychických i některých fyziologických potřeb**. Jedná se zpravidla o nejtěžší zátěž pro jedince v průběhu celého uvěznění.

Po vzetí do vazby stojí obviněný před značnými psychosociálními problémy, vyplývajících ze ztráty svobody, postavení, majetku, důstojnosti, nezávislosti, bezpečnosti a osobních, v řadě případů rodinných a společenských vztahů. Veškeré soukromí je zničeno neustálou fyzickou blízkostí, v níž jsou nuceni žít, život je determinován materiální a psychickou izolací²⁵⁸.

Jedinec se musí v novém prostředí orientovat a adaptovat se na ně, což znamená, zvláště pro prvovězněné bez jakýchkoliv zkušeností, obrovskou zátěž. **Negativní zkušeností je i případné šikanování** či jiné projevy agrese ze strany spoluvězňů, které ještě více ohrožují jistotu a bezpečnost a snižují sebevědomí. Tyto skutečnosti umocňují frustraci bezpečí a jistoty, vyplývající z **nejistoty, jak dopadne vyšetřování**.

Potřeba stimulace je uspokojována v mnohem nižší míře, prostředí je stereotypní, jedinec je zcela izolován od sociálního prostředí, ve kterém se až donedávna pohyboval. **Potřeby citové jistoty, sounáležitosti a lásky jsou uspokojovány nanejvýš symbolicky, spoléháním se na zázemí, které zůstalo „za zdí“ mimo věznici**. Pocity vztažené k domovu, respektive k blízkým, **oscilují mezi podezíráním, strachem z opuštění a idealizací domova**. Nejistota je generalizována frustrací potřeb bezpečí a jistoty v případech, kdy jedinec nebyl dosud odsouzen. Pocit napětí a ohrožení je silnější u lidí, kteří jsou ve vězení poprvé²⁵⁹.

Naprostu nelze hovořit o uspokojování potřeb uznání nebo dokonce sebe-realizace. V případech zkušených recidivistů může tyto potřeby saturovat pocit moci a nadvlády nad spoluvězni, seberealizace spočívá v dokazování vlastní síly. Dle našich zkušeností z praxe nemají uvěznění jedinci prakticky pro jiný způsob seberealizace žádnou možnost. Pouze u nepatrného zlomku vězeňské

²⁵⁶ Zákon č. 293/1993 Sb. o výkonu vazby

²⁵⁷ HOLMES, T. H., RAHE, R. H.: The social readjustment rating. Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 1987, 11, 213–218.

²⁵⁸ HÁLA, J.: *Teorie a praxe vězeňství I*. České Budějovice, Jihočeská Univerzita 1996.

²⁵⁹ VÁGNEROVÁ, M.: *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha, Portál 1999.

populace můžeme objevit náhradní způsoby uspokojování potřeb uznání a seberealizace. Nejčastěji se jedná „vězeňskou poezii“. Ale i její obsah je ve skutečnosti manifestací frustrace potřeb sounáležitosti a lásky. **Dominantním pocitem bývá nuda.**

Nejzávažnější problémy spojené s výkonem vazby i trestu jsou samozřejmě v oblasti psychosociální. Nechceme však podceňovat i vlivy fyzikální a hygienické, představující rovněž stresory, které mají na psychosociální účinky svůj výrazný vliv. Považujeme proto za účelné některé z nejvýznamnějších v následujících odstavcích popsat.

Významnou zátěž v prostředí vazební věznice i věznice pro odsouzené představuje bezesporu **hluk**. Řada věznic má nevhodnou polohu ve městech, většinou na frekventovaných místech blízko silnic s vysokou intenzitou dopravy. Vězni nemohou tomuto hluku, který od časného rána do pozdních večerních hodin neustává, žádným způsobem uniknout. Další hluk vzniká v souvislosti s přepřlňováním kapacity jednotlivých cel.²⁶⁰ Je zcela běžné, že je společně na cele více obviněných (šest i více), každý z nich může libovolně hovořit, používat radiový přijímač, nebo realizovat jiné, hluk přinášející aktivity. Je důležité podotknout, že takovýto hluk nemůže být kompenzací nedostatku vhodných komunikačních podnětů.

Z hlediska psychohygieny je nutné se rovněž zmínit o tom, že intenzita **osvětlení**, která je vyžadována hygienickou normou, není zvláště na celách ve starých vězeňských objektech naprosto dodržována. Nekvalitní osvětlení je příčinou zvýšené námahy zraku, jejímž důsledkem je svědění a pálení v očích, bolesti hlavy a únava²⁶¹. To lze potvrdit tím, že se řada vězňů obrací na psychology a lékaře s žádostí o přemístění na cely s lepšími světelnými podmínkami.

Důležitá je rovněž skutečnost, že více než 90 % vězňů jsou kuřáci. Prostředí, ve kterém jsou vězni nuceni pobývat, je požíváním tabákových výrobků znehodnocováno, navíc **cirkulace vzduchu je minimální**. (otevírání oken je z dále uvedených důvodů v řadě případů nepřipustné).

Také tyto faktory významně ovlivňují vznik případných poruch či mimořádných událostí, o kterých hovoříme dále v textu. Společně s faktory jako jsou **teplo a stravování** vězňů jde o důležité podněty, které mohou být startem psychických poruch a onemocnění, nebo až hromadných vězeňských nepokojů. Z historie je známa řada případů totálního rozkladu mužstva v případech, kdy nemělo zabezpečenou stravu a teplo. Lze konstatovat, že i pouze prostředí věznic samo o sobě jako fyzické zařízení působí na jedince negativním způsobem.

²⁶⁰ HÁLA, J.: *Teorie a praxe vězeňství I*. České Budějovice, Jihočeská Univerzita 1996.

²⁶¹ BARTKO, D.: *Moderní psychohygiena*. Praha, Orbis 1980, s. 467.

■ 11.5.3 Reakce na vazební uvěznění

Reakce na zátěžovou situaci, vyplývající z výkonu vazby, jsou různé, **oscilují mezi agresí a různými projevy úniků**. Obecně můžeme reakci na vazební uvěznění bez nadsázky označit jako krizi. **Jádrum krize z uvěznění je deformovaný, odchýlný a nezřídka i náhradní způsob uspokojování potřeb, a to jak některých primárních (biologických), tak naprosté většiny sekundárních (psychologických a sociálních)**. Lze konstatovat, že silnou zátěží je nejprve prvotní šok po nástupu do věznice, a dále pak zejména **deprivece, tj. strádání**.

Adaptační mechanismy totiž mohou selhávat, a v takových případech **dochází ke vzniku a vývoji reaktivních psychických poruch**. Ve většině případů se jedná **zejména o symptomy neurotické**: nespavost, bolesti hlavy, bušení srdce, bolest na prsou, úzkost, neodůvodněný strach, obsese apod. U určitých skupin jednotlivců jsou reakce závažnější.

K silné vazební reakci dochází zejména u **prvovězněných**, kdy, jak jsme již uvedli, je tato závažná psychická alterace způsobena frustrací jednotlivých potřeb, zejména bezpečí a jistoty vzhledem k neznámému prostředí, šokem z okamžité izolace od běžných zvyklostí, a z uvěznění, s následující deprivací situací.

Závažné stavy po uvěznění nastávají u skupiny **toxikomanů**, **kdy stav po akutní intoxikaci ústí ve změny fyziologických, psychických nebo behaviorálních funkcí**. Mezi obzvláště náročné patří situace, kdy je obviněný přijat o víkendu a není možné mu poskytnout odpovídající lékařskou péči. U vězňů trpících **psychickým onemocněním** se jedná zejména o propuknutí **ataky u schizofrenie a symptomy poruch afektivity na kontinuu bipolarity deprese – manie**.

Mezi nejčastější symptomy patří ozvučování a vysílání myšlenek, bludy ovládnutí a ovlivňování, hlasové halucinace a nadlidské schopnosti, jako např. schopnost kontroly počasí, být ve spojení s Al-Kajdou apod. Rovněž se vyskytují neologismy, které lze označit za „produkci slovního salátu“.

Může dále dojít k rozvoji **posttraumatického stresového syndromu**²⁶², **nebo k poruchám disociace**. Specifickou poruchou, která se může rozvinout v důsledku pobytu ve vazební věznici, je **disociativní mráкотný stav (fuga) a Ganserův syndrom**. Charakteristikou uvedených poruch jsou přiléhavé, ale nehorázné, hrubě nesprávné odpovědi, s diskutabilní poruchou vědomí²⁶³. V praxi je lze těžko rozpoznat od různých druhů simulací. V extrémních případech může dojít k rozvoji **mnohočetné poruchy osobnosti (F44.81)**²⁶⁴.

²⁶² VÁGNEROVÁ, M.: *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha, Portál 1999, s. 421.

²⁶³ RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P.: *Psychiatrie*. Praha, Triton 1998, s. 12.

²⁶⁴ SMOLÍK, P.: *Duševní a behaviorální poruchy*. Praha, Maxdorf Jessenius 1996, s. 287.

Rovněž může docházet k **mimořádným událostem**, kterými jsou následně popsány jevy. Jedná se o nežádoucí reakce na negativní psychosociální faktory popsány v předchozí kapitole a na způsoby zacházení s vězni ze strany vězeňského personálu. Jedná se ve své podstatě o agresivní formy obranných mechanismů, jejichž nejčastější projevy lze shrnout z hlediska orientace na **chování heteroagresivní a autoagresivní**:

a) u agrese orientované na okolí se jedná zejména o formu verbální a fyzickou. Agresivní chování je směřováno obvykle vůči frustrátorovi, a z tohoto hlediska se setkáváme s:

– **agresi vězňů vůči personálu**

V současné době se jedná o méně časté, ale ze společenského hlediska velmi nebezpečné případy excesního jednání. Častější formou bývá agrese verbální, spočívající např. v neustálých stížnostech, v kverulacích apod.

– **agresi vůči spoluvězňům (šikanováním)**

Tato forma je mnohem častější než zmíněná agrese vůči personálu. Zde je nezbytné odlišit motivaci, neboť u šikanování se nejčastěji jedná o nudu, o boj a dominanci mezi spoluvězni²⁶⁵. Této formy agrese se velmi často dopouštějí jedinci s poruchami osobnosti (psychopatické osoby), zejména s disociálními rysy, přičemž v takových případech se jedná o symptomatologický problém.

b) u agrese orientované vůči sobě se jedná zejména o:

– **sebepoškozování**

Toto jednání zahrnuje různé autoagrese, pořežání žiletkami, sklem nebo jiným ostrým předmětem na nejrůznějších částech těla, polykání cizích těles a nutného následného chirurgického zákroku, intoxikace léky, apod. Nejčastějším motivem je „pomsta“ různým subjektům, které „mohou“ za uvěznění, za neřešení osobních problémů jednotlivce. Jedná se rovněž o citové vydírání blízkých (po sebepoškození následují dopisy apelující na neopuštění, slibující tu nejrůznovější budoucnost).

– **suicidální jednání**

Jedná se o nejzávažnější mimořádnou událost. Problematika je velmi složitá, je nutné zejména odlišit demonstrativní pokusy emočně nestabilitní, či histriónské osobnosti, toužící po jakékoli změně jako reakci na nudu, pokusy o citové vydírání personálu, nebo skutečné rozhodnutí vzít si život jako řešení závažné životní situace.

– **soustavné odmítání stravy (hladovka)**

Jedná se rovněž o velmi častý způsob sebepoškozování. Obvykle je provázen dramaticky a teatrálně. Důvody jsou obdobné jako u předchozích způsobů.

²⁶⁵ NETÍK, K., NETÍKOVÁ, D., HÁJEK, S.: *Psychologie v právu*. Praha, C. H. Beck 1997, s. 19.

Problematika předcházení a eliminace agresivních projevů chování, které jsou v penitenciární péči označovány jako mimořádné události, je velmi složitá. V rámci působení na jednotlivce se pracovníci potýkají s řadou kontraproduktivních faktorů, zejména s prizonizací (viz dále v textu) a důležitým psychologickým účinkem realizace agrese, tzv. **katartickým (očistným) efektem**²⁶⁶.

■ 11.5.4 Výkon trestu odnětí svobody

Trest odnětí svobody, jako specifická společenská sankce za „prokázané“ delikventní jednání, představuje **velmi závažný životní zlom**, zejména u prvotrestaného a prvovězněného jedince. Jedinec, který byl trestán, který byl ve vězení, získává roli kriminálního, jež představuje **silné sociální stigma**²⁶⁷. Sankce je nejen reakcí společnosti vůči nepřijatelnému nebo nežádoucímu chování, ale má další sociální **stigmatizační a etiketizační**²⁶⁸ důsledky. Nálepka již trestaného a potenciálního kriminálního jedinci zůstává i po odpykání trestu.

V souvislosti s uvězněním jedinec **ztrácí dvě základní opory**, bez nichž považujeme pozdější možnost návratu k způsobu života, který je společností akceptován za normální, za minimálně pravděpodobnou. Jsou to:

– **rodina, další sociální kontakty a vztahy**

Posilování těchto vztahů a rodiny je jedním ze stěžejních úkolů specialistů vězeňské služby při působení na vězněného jedince. Je součástí individuálního plánu korekce jednotlivce. Z vlastních zkušeností a praxe musíme konstatovat, že více než 50 % u prvotrestaných a 70 % více-trestaných toto zázemí nemá. Další část jej v průběhu uvěznění ztrácí²⁶⁹.

– **zaměstnání, pracovní návyky a dovednosti**

Bez zaměstnání není prakticky jedinec schopen návratu do společnosti bez další delikvence. Působení na tento aspekt patří také k nejdůležitějším úkolům při zacházení s odsouzenými vězni. Stejná situace jako s rodinným zázemím je u vězeňské populace v oblasti zaměstnání, pracovních návyků a dovedností. Navíc **nezaměstnanost, se svými následnými negativními důsledky, byla často jednou z příčin pozdější delikvence.**

²⁶⁶ HYHLÍK, F., NAKONEČNÝ, M.: *Malá encyklopedie současné psychologie*. Praha, SPN 1977, s. 104.

²⁶⁷ VÁGNEROVÁ, M.: *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha, Portál 2004, s. 817.

²⁶⁸ ČÍRTKOVÁ, L.: *Kriminální psychologie*. Praha, Eurounion 1998.

²⁶⁹ FISCHER, S.: *Etopedie v penitenciární praxi*. Ústí nad Labem, UJEP 2006.

V rámci výkonu trestu odnětí svobody má být jedinec korektivním způsobem připravován pro další život. To lze v naprosté většině případů pouze u těch jednotlivců, kde existuje zázemí postavené na výše uvedených oporách. V opačném případě je propuštění další zátěží, závažnější s délkou uvěznění. Proto již v tzv. adaptační fázi dochází často k recidivě²⁷⁰.

Paradoxně jsou k udržení výše uvedených sociálních opor vzorce a způsoby chování získané na svobodě nepotřebné, dokonce nežádoucí a sankcionované. Jedinec je nucen přijmout hodnoty, normy i vzorce nové, umožňující jeho přežití ve vězení.

Pobyt ve vězení znamená pro odsouzeného ztrátu osobní svobody, ztrátu možností uspokojovat řadu, i primárních, potřeb se stejnými negativními důsledky jako při uvěznění vazebním, s **výjimkou „jistoty“ odsouzení a délky uloženého trestu**. Izolace ve specifických vězeňských podmínkách, které jsou výrazně odlišné od normálního života, narušuje možnost opětovné integrace odsouzeného jedince do společnosti.

■ 11.5.5 Prizonizace

Ze skutečností popsaných v předchozí části textu by se zdálo, že věznění jedinci nemají jinou možnost než svůj úděl trpně snášet. Realita je však přece jen poněkud odlišná. Daný **stav uvěznění je zmírňován sociální interakcí mezi samotnými vězni**. Ti navazují vztahy vzájemné loajality a pomoci vůči pocíťovanému vnějšímu tlaku vězeňského personálu

Úspěšné nebo alespoň snesitelné přežití uvěznění vyžaduje adaptaci na život vězeňské subkultury. To znamená přijetí subkulturních norem a pravidel a postupné vyhasínání vzorců chování potřebných k životu mimo brány věznic. Tato specifická adaptace se nazývá **prizonizace**.

Pojem prizonizace uvedl do literatury Clemmer²⁷¹ na základě jeho studií mužské vězeňské subkultury v třicátých letech minulého století. Důvodem sjednocení proti věznilům, tj. konvenční společnosti, je společná zkušenost z uvěznění, fyzická blízkost bez soukromí, vězeňský řád a izolace od normálního života. Tyto skutečnosti je nutí ke konformismu a přijímání vězeňských hodnot v různé míře. Jakmile začne jedinec hodnoty a vzorce chování vězeňské subkultury přijímat, stane se dle Clemmera vůči konformním hodnotám imunní, mění se z nováčka v „plnohodnotného“ kriminálního. **Prizonizace je tedy proces psychologické přeměny svobodného člověka ve vězně, jedná se o adaptační techniku přizpůsobení se životu ve vězení**²⁷².

²⁷⁰ VÁGNEROVÁ, M.: *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha, Portál 2004, s. 824–825.

²⁷¹ INCIARDI, J. K.: *Trestní spravedlnost*. Praha, Victoria Publishing 1994.

²⁷² INCIARDI, J. K.: *Trestní spravedlnost*. Praha, Victoria Publishing 1994.

Dle Harbordta ²⁷³ má **dvě důležité složky**:

a) institucionalizaci

Jedná se o skutečnost **adaptace na vysoce organizovaný způsob života ve vězení, prováděný ztrátou samostatnosti a iniciativy**. Z ní vyplývá změna ve struktuře postojů, vzorců chování a struktuře potřeb. Osobnost jedince degraduje, ztrácí schopnost návratu do společnosti.

...Kufalt si přitáhl pokrývku pěkně přes ramena, v báni je příjemné ticho, bude znamenitě spát. Je to krásné, když je člověk zase doma. Žádné starosti. Skoro jako dříve, když přicházel domů, s otcem k matce. Skoro? Vlastně ještě lepší. Tady má člověk úplně klid. Tady do něho nikdo nemluví. Tady není třeba rozhodovati se, není třeba držet se. Je to krásné, takový pořádek. Opravdu, docela doma. A Willi Kufalt tiše usíná, s pokojným úsměvem na tváři... ²⁷⁴

b) ideologizaci

Ideologizace znamená přijetí norem a pravidel vězeňského prostředí. Nejedná se o formální přizpůsobení, ale o přijetí jiného systému hodnot, o **ztožnění se s normami** a pravidly vězeňské subkultury. Tato identifikace znamená pro vězněné jedince podporu, a proto nemá-li zvlášť silné vnitřní přesvědčení nebo zázemí, přijímá ji. Adaptace na vězeňské prostředí se projevuje mimo jiné i přijetím vězeňského **argotu**, což lze pokládat za jeden z prizonizačních znaků.

Vězeňský argot nejčastěji reflektuje vězeňské prostředí, a to jak materiální, tak personální, a dále se v něm vyskytují výrazy související s prizonizací na úrovni náročných životních situací. Vězeňský argot zahrnuje výrazy reflektující obranné mechanismy, jimiž jedinci reagují na uvěznění. Objevují se rovněž výrazy související s trestnou činností vězňů a výrazy související s užíváním omamných látek a drog.

Tabulka X. Příklady vězeňského argotu

amina	amnestie
apartmá	cela
bengo	dozorce
bonzák	udavač, udávat, zařízení pro přivolání ostrahy
bronx	vězení
čert	policista
díra	samovazba

²⁷³ HARBORDT, S.: Die Subkultur der Gefängnisses. Stuttgart, Ferdinand Enke, Verlag, 1967. In NETÍK, K., NETÍKOVÁ, D., HÁJEK, S.: *Psychologie v právu*. Praha, C. H. Beck 1997, s. 28.

²⁷⁴ FALLADA, H.: *Ubohý pan Kufalt*. Praha, Sfinx 1942, s. 407.

dojet	být usvědčen a zajištěn
dostačák	poměrně vysoký trest odnětí svobody
expres	eskortní autobus
házet si to	nudit se
holub	dopis bez cenzury
koňovat	posílat něco z cely do cely přes okno
mrskat si to	strádat
oddělanej	označení pro osobu v nebezpečí (např. u udavačství)
pampeliška	osoba se slabší psychikou
piškoty	hustá mříž na oknech cel
pohřebák	dopis obsahující rozchod s milovanou osobou
ranec	vysoký trest i značná kořist z loupeže
řemínky	pouta

Výraz pro psychické strádání argot vyjadřuje pojmem „mrskat si to“. Jedná se o vyjádření těžké vazbové reakce, která provází zejména prvověžněné. Výraz „pampelišky“ vězni používají k označení osob se slabou psychikou, tj. s méně rozvinutými obrannými mechanismy, u nichž se vazbová reakce projevuje nápadnými symptomy. Termínem „pohřebák“ je označován dopis, který obsahuje zprávu o rozchodu s blízkou osobou, patří opět k výrazu týkajícího se náročné životní situace, zejména frustrace potřeby sounáležitosti a lásky. Jednu z nejrozšířenějších technik vyrovnávání se zátěží racionalizace (bagatelizace) můžeme pozorovat v označení vězení jako „Kanárských ostrovů“²⁷⁵.

Proces ideologizace je z etopedického hlediska zvláště nepříznivý. V jeho průběhu totiž také **dochází k převzetí specifických racionalizací, spočívajících zejména v ospravedlňování vlastního delikventního chování a nacházení příčin v okolí, nejčastěji v celé společnosti.** Časté používání obranných reakcí má vliv na osobnostní rysy a na formování fenomenologie obranných mechanismů. Prizonizovaný jedinec bude tedy usilovat o pocit bezpečí a jistoty díky příslušnosti k nějaké (vězeňské) skupině.

Na prizonizaci lze pohlížet z mnoha úhlů²⁷⁶. Jedním z pohledů je chápání prizonizace jako kriminalizačního procesu měnícího nováčka na vězně imunního vůči vlivům konvečního systému hodnot. Pro řadu obviněných je prizonizace jedinou cestou, jak vazbu nebo výkon trestu odnětí svobody přežít (někdy doslova) bez „iverzibilních poruch duševní rovnováhy“²⁷⁷. V průběhu, ve kterém

²⁷⁵ FISCHER, S.: *Etopedie v penitenciární praxi*. Ústí nad Labem, UJEP 2006.

²⁷⁶ INCIARDI, J. K.: *Trestní spravedlnost*. Praha, Victoria Publishing 1994.

²⁷⁷ HÁLA, J.: *Teorie a praxe vězeňství I*. České Budějovice, Jihočeská univerzita 1996, s. 33.

dochází k osvojení z hlediska přežití efektivnějších norem a vzorců chování, dochází k postupnému vyhasínání vzorců chování potřebných k životu v normální, většinové populaci. Prizonizovaný, tj. vlastně adaptovaný jedinec má horší kriminální prognózu, recidiva delikvence má vyšší pravděpodobnost.

■ 11.5.6 Sociální specifika výkonu trestu odnětí svobody

Príslušníci a zaměstnanci vězeňské služby musí respektovat zákonné normy pro zacházení s vězni. Na dodržování těchto zákonných norem se podílí jednak vnitřní regulační mechanismy jednotlivce (svědomí), jednak vnější regulační mechanismy reprezentované hierarchicky organizovaným systémem.

Vězňové jako objekt působení se převážně rekrutují z řad sociálně patologických skupin. Jejich osobnost je často charakterizována řadou asociálních až antisociálních a psychopatických rysů. Ve vězeňských podmínkách se tyto rysy vlivem izolace, separace, frustrace a deprivace vyostřují a zvyšují. Koncentrace jedinců s poruchami chování asociálního a antisociálního charakteru, z nichž řada vykazuje symptomy vybraných poruch osobnosti v ohraničeném vězeňském prostoru, vede k rozvoji specificky organizovaného způsobu života ve vězení.

Věznění jedinci vytvářejí sociální skupinu, která má specifickou strukturu a hierarchii rolí s pevně vymezenými pravidly, právy a povinnostmi. Jejím základní charakteristikou je tendence k exteriorizaci zla. Skupina společně nachází nepřítel mimo sebe sama a své nepřátele racionalizuje do nepříznivých společenských poměrů, do špatných zákonů, do nespravedlivých soudců, do nepřátelského vězeňského personálu.

Vzhledem k tomu, že vězni vytvářejí vlastní neformální skupiny se společnou nespecifickou motivací, kterou jsme označili jako exteriorizaci zla, můžeme očekávat rafinovaná zdůvodnění vlastní kriminální činnosti. Dále lze očekávat vnitřní solidaritu a účelovost jednání.

Ve skupině vězňů se obvykle můžeme setkat se specifickou sociální hierarchií, nejčastěji se jedná o následující role²⁷⁸:

- **roli neformálního vůdce (tzv. kinga).** Jeho chování je charakteristické nadřazeností, povýšeností a ovládáním okolí, často krutým způsobem. Řada vězňů na něho pracuje, odevzdávají mu část majetku (cigarety, tabák, apod.), má právo vyžadovat určité úkony, včetně náhradního způsobu uspokojování fyziologických potřeb (sex). Tento jedinec je nositelem a šířitelem negativních aspektů prizonizace.
- **roli dělesloužícího (kmeta),** který získal určité postavení díky delšímu pobytu ve vězení a získání zkušeností. Často se jedná o tzv. poradce krále.

²⁷⁸ NETÍK, K., NETÍKOVÁ, D., HÁJEK, S.: *Psychologie v právu*. Praha, C. H. Beck 1997, s. 28.

Jeho postavení je respektováno, nebývá obětí různých sociálně patologických jevů.

- **roli řadového příslušníka.** Takový jedinec má pevně vymezená práva a povinnosti, a to nejen vymezená řádem věznice, ale také vůdcem.
- **roli outsidera,** (v argotu označovaného jako pampeliška). Jedná se o slabšího jedince, který se podrobuje až do otrockého vztahu a bývá obětí různých nekalostí.

Výše naznačený složitý systém vztahů, do něhož vstupují subjekt a objekt, hrozí na straně vězňů prizonizací a na straně příslušníků vězeňské služby syndromem vyhoření (burn-out effect). Kromě exteriorizace zla jako specifického rysu procesu prizonizace je tento proces charakterizován skutečností, že určité specializované vězeňské subkultury si v průběhu uvěznění předávají informace a zkušenosti o předmětu jejich kriminálních aktivit. Jedná se zejména o tyto skupiny: výrobce a dealery omamných látek a drog, narkomany, „specialisty“ na krádeže aut, skupiny orientující se na prostituci a kuplířství.

U výše uvedených skupin dochází vlivem prizonizace k výraznému prohloubení kriminálních dovedností a praktik, jakož i plánování další trestné činnosti. Z výše popsaných skutečností je zřejmé, že psychosociální aspekty penitenciárního procesu, zejména pak prizonizace, musí být ovlivňovány kompetentními odborníky a specialisty. Pouhý monitoring nestačí.

■ 11.6 Možnosti práce s delikventními jedinci

■ 11.6.1 Působení na obviněné

Uvěznění jedince v rámci jeho obvinění a vyšetřování je realizováno ve vazebních věznicích, respektive ve zvláštních odděleních věznic. Důvody, které k vazebnímu uvěznění vedou, jsou stanoveny trestním řádem²⁷⁹.

Po celou dobu vyšetřování je po zahájení trestního stíhání dotýčný jedinec v roli obviněného, což značně snižuje možnosti uplatňování vybraných metod a aktivit pedagogické a výchovné práce. **Na jedince ve vyšetřovací vazbě je totiž nutné hledět vzhledem k presumpci neviny jako na osobu, která je bezúhonná.**

Stěžejním **posláním pedagogických pracovníků je zajištění optimálního režimu výkonu vazby** v souladu s požadavky Evropských vězeňských pravidel.²⁸⁰ Základním požadavkem je **uchování zdraví a přirozené důstojnosti člověka.** Zajištění tohoto cíle lze podpořit minimalizací negativních důsledků

²⁷⁹ Zákon č. 141/1961 Sb. o trestním řízení soudním (trestní řád)

²⁸⁰ Evropská vězeňská pravidla. Doporučení rady Evropy Rec (2006) 2. In *České vězeňství*, 2006, 1. Příloha.

uvěznění, zejména pečlivým sledováním průběhu prizonizace. Vazebně stíhaným jedincům lze nabídnout přiměřené kulturní aktivity, pracovní aktivity ve formě terapie a vybrané vzdělávací aktivity s uplatněním principu dobrovolnosti. U osob mladistvých ve věku do 18 let se dále jedná o nabídku zájmových a vzdělávacích aktivit, které jsou podrobněji popsány v kapitolách o zacházení s odsouzenými ve výkonu trestu odnětí svobody. Vhodná je **nenásilná apelace na uspokojování duchovních potřeb**. Zejména se jedná o doporučení a výběr literatury z vězeňské knihovny, kterou má z hlediska odborné úrovně i organizace speciální pedagog ve věznici na starost.

Další podpora spočívá v tzv. **volné vazbě** (oddělení se zmírněným režimem), kdy může docházet k setkání větší skupiny obviněných. Jedná se nejen o princip humanizace, toto opatření sleduje **snížování intenzity zátěžových situací vyplývajících z uvěznění**.

Uvedené možnosti mají celou řadu obtíží z hlediska realizace, jako příklady uvádíme to, že se nemohou ze zákonných důvodů setkávat obvinění, kteří jsou vězněni poprvé a vícekrát, mladiství s dospělými, přičemž se může jednat o o týden staršího jedince. Ti, kteří jsou vazebně uvězněni z důvodu ovlivňování okolí, se nemohou setkat s ostatními prakticky vůbec.

Určitá možnost pro práci pomáhajících profesí zůstává v monitoringu prostředí a interakci. Pravidelné vyhodnocování psychosociální situace jednotlivců i celku je důležité pro prevenci rozvoje psychických a behaviorálních poruch a pro prevenci vzniku mimořádných událostí. Rovněž se může jednat o úpravu vztahů mezi obviněnými a vězeňským personálem. Ovlivňování a působení na zaměstnance vězeňské služby (uniformované) může částečně ovlivnit atmosféru prostředí a úroveň sociální komunikace.

■ 11.6.2 Zacházení s odsouzenými

Stanovený, celodenně probíhající program ovlivňování odsouzených v průběhu jejich výkonu trestu odnětí svobody je hlavním pedagogickým prostředkem výchovného působení na pachatele kriminálního chování. Jedná se o **specifický soubor činností, který je onačen jako „program zacházení“²⁸¹**.

Základním a stěžejním cílem široké variabilní nabídky různých aktivit, ze kterých je komplexní program (program zacházení) sestaven, je korekce nežádoucích vzorců chování a způsobu života, která by měla vést k pozdějšímu „normálnímu“ životu po propuštění z výkonu trestu odnětí svobody. Dále je to podpora při cestě vedoucí k seberegulaci, založené na uvědomění si viny, a následném sociálním chování s odpovědností a akceptací

²⁸¹ Zákon č. 169/1999 Sb. o výkonu trestu odnětí svobody

důsledků vlastního počínání. Zmíněný program zacházení je zaměřen na pokrytí těchto hlavních oblastí:

- **práce:** pracovní aktivity nutné k ekonomickému zajištění odsouzených a zaměřené na jejich vedení k odpovědnosti, k získání pracovních návyků, dovedností a zkušeností, na uvedení řady sociálních a psychických aspektů do určitého řádu, a tím podporující udržení sociálních vazeb,
- **vzdělání:** edukační aktivity diferencované podle úrovně vzdělání a kognitivních předpokladů, zaměřené mimo jiné na utváření vyšších sociálních dovedností, jako jsou smysl pro morální hodnoty, empatie,
- **osobnost:** řada různých specializovaných terapeutických aktivit a postupů, orientovaných na eliminaci negativních symptomů, vyplývajících z konkrétních poruch, zaměřených například na schopnost řešit zátěžové situace, schopnost uspokojovat potřeby společensky akceptovatelným způsobem,
- **volný čas:** volnočasové aktivity zaměřené na sociálně přijatelné způsoby uspokojování potřeb, zájmů, zaměřené na kultivaci jedince,
- **rodinné a sociální vazby a vztahy:** extramorální aktivity zaměřené na udržení, respektive rozvoj rodinných a sociálních vztahů a vazeb.

Skutečnost, zda dochází k plnění stanoveného programu zacházení zejména z hlediska jeho cílů, je pravidelně sledována a hodnocena, přičemž může dojít k jeho případné **aktualizaci**.

Pracovní aktivity a programy

Pracovními aktivitami, které jsou součástí programu zacházení s odsouzenými, se rozumí:

- zaměstnávání,
- práce a činnosti potřebné k zajištění každodenního provozu věznice,
- pracovní terapie vedená specialisty vězeňské služby.²⁸²

Práce jako významný výchovný a etopedický fenomén významně přispívá ke korekci vzorců chování a k dosažení požadovaných změn v osobnostních charakteristikách delikventních jedinců. Pracovní činnost má z etopedického hlediska pro vězněné osoby zejména následující význam:

- konkrétní jedinec může **získat specifické pracovní dovednosti**, které může po propuštění z výkonu trestu uplatnit v řádném životě, a to může eliminovat případné opakování kriminálních forem chování,
- dotýčný jedinec se učí **pravidelnosti**, tj. návyku na pravidelný výkon řádné práce. Zde se nabízí příležitost, spočívající ve vhodné aplikaci výchovných prostředků (odměn a trestů), odsouzení mohou zjistit, že jim výkon řádné práce může přinést užitek, ale i radost a ocenění.

²⁸² Vyhláška Ministerstva spravedlnosti ČR č. 345/1999 Sb. – řád výkonu trestu odnětí svobody

- pracovní činnost zásadní způsobem přispívá ke **snižování počtu a intenzity reakcí na zátěž z uvěznění** a ke zmírnění vlivu prizonizace. Pracovní aktivitou dochází k celkovému zklidnění, k souladu psychosomatických funkcí i k uvedení řady sociálních a psychických aspektů do určitého řádu. Pracovní aktivitu můžeme považovat bez nadsázky za terapii. Práce je nejlepším prostředkem **vůči nudě** a vzniku mimořádných situací (Nil agenti dies longus est.)²⁸³.
- práce odstraňuje nouzi, což umožňuje posílit kontakt s rodinou, **umožňuje úhradu závazků** i získání jisté finanční hotovosti, což rovněž zvyšuje pravděpodobnost návratu k nedelikventnímu způsobu života a snižuje pravděpodobnost recidivy.
- u některých jedinců lze dokonce docílit **aktivace potřeby seberealizace**.

Vzdělávání

V stávajícím pojetí penitenciární péče má **vzdělávání vězněných osob klíčovou roli**. Hlavní cíl vzdělávání spočívá ve **zvýšení pravděpodobnosti následné reintegrace delikventního jedince do společnosti, ve zlepšení úrovně jejich morálních vlastností a v korekci jejich chování do sociálně přijatelných nebo dokonce požadovaných forem**. Z tohoto důvodu jsou součástí nabídky aktivit v rámci programu zacházení různé vzdělávací programy, které umožňují, aby se všichni věznění jedinci věnovali vzdělávání a osobnímu rozvoji podle jejich zájmu i specifických potřeb.

Vzdělávací programy v průběhu penitenciárního procesu mohou spočívat ve ²⁸⁴:

- a) vzdělávání organizovaném nebo realizovaném středními odbornými učiteli, odbornými učiteli a učiteli
- b) vzdělávání, které je vedeno či kontrolováno zaměstnanci vězeňské služby
- c) vzdělávání v rámci školské soustavy České republiky, včetně korespondenční formy

Po úspěšném vykonání závěrečných zkoušek získávají odsouzení zařazení do studia doklad, že **kterého není patrné, že byl získán ve výkonu trestu odnětí svobody**. Důvodem je profesní uplatnění odsouzených po propuštění na svobodu, na které by tato skutečnost mohla mít negativní vliv.

Speciálně výchovné aktivity

Speciálně výchovné programy zahrnují **širokou škálu tréninkových a terapeutických aktivit**, od režimového přístupu, přes sociální výcvik, individuální

²⁸³ Kdo nic nedělá, má dlouhou chvíli. Seneca (*Ep.122,3*)

²⁸⁴ *Vyhláška Ministerstva spravedlnosti ČR č. 345/1999 Sb. – řád výkonu trestu odnětí svobody*

poradenství, intervenci v krizových situacích, trénink zvládnání vlastní agrese²⁸⁵, až po **individuální či skupinovou terapii**. Hlavním cílem je společně s dalšími typy aktivit korekce a změna sociálně deviantního chování a jednání. Uvedené aktivity jsou zaměřeny na **rozvoj mravních a morálních dovedností, potřebných k nedelikventnímu životnímu způsobu**.

Zájmové aktivity

Otázka **smysluplného a hodnotného využívání volného času je problémem většiny členů delikventní subkultury**. Nevhodně trávený čas související s nevhodným působením rodiny a spoluvrstevnických part, který je dále spojen s různými asociálními až antisociálními poruchami chování, je rovněž faktorem, který zvyšuje pravděpodobnost vzniku kriminálního jednání. Základním úkolem práce je prostřednictvím zájmových činností působit na **dosažení změn v motivaci** společně se získáváním potřebných dovedností a znalostí, které často delikventním jedincům chybí.

Práce s odsouzenými v průběhu jejich volného času sleduje také **další cíle**²⁸⁶:

- udržení fyzického a duševního zdraví odsouzených. Tento cíl ve svém textu několikrát zdůrazňují Evropská vězeňská pravidla.²⁸⁷
- překonání či **eliminaci negativních důsledků prizonizace** a dalších vlivů vězeňské subkultury,
- zajištění bezproblémového (bezporuchového) výkonu trestu odnětí svobody. Jedná se o prevenci mimořádných událostí jako reakcí na uvěznění.
- regeneraci pracovních sil,
- **odreagování a změnu emočního ladění odsouzených**.

Sportovní aktivity navíc mohou nejen řešit bezprostřední problémy spojené s vnitřní tenzí, mohou formovat složky osobnosti, které mají s napětím souvislost. **Mohou přispívat ke snížení agresivního chování, mohou jej převést do sociálně přijatelné formy, kterou sport je.**

Utváření vnějších vztahů

Cílem aktivit orientovaných na oblast vnějších vztahů (rovněž označovány jako **extramurální programy**) je **podpora při vytváření, udržení nebo posilování vazeb** jedinců ve výkonu trestu odnětí svobody **s rodinou či blízkými**

²⁸⁵ Vyhláška Ministerstva spravedlnosti ČR č. 345/1999 Sb. – řád výkonu trestu odnětí svobody

²⁸⁶ HÁLA, J.: *Teorie a praxe vězeňství II. Optimalizace výkonu trestu odnětí svobody*. České Budějovice, Jihočeská univerzita 1999, s. 39.

²⁸⁷ Evropská vězeňská pravidla. Doporučení rady Evropy Rec (2006) 2. In *České vězeňství*, 2006, 1. Příloha

mimo věznici. U vazeb k přátelům z delikventní subkultury je cíl opačný. K zamyšlení se nabízí problematika tzv. **participace**, spočívající ve snaze o zapojení poškozeného do procesu odškodnění, řešení následků trestného činu. S účinností se uplatňuje v rámci mediace a probace (viz následující kapitola).²⁸⁸ Její uplatňování v rámci výkonu trestu odnětí by mohlo vést k narovnání mezilidských vztahů, ke zmírnění viktimizačních důsledků (zvláště v menších obcích).

■ 11.6.3 Probace a mediace

V poslední době dochází při práci s delikventními jedinci ve vyšší míře k uplatňování **alternativních forem práce**. Hlavní cíl spočívá v humanizačních tendencích, ve zmírnění psychosociálních důsledků penitenciárního procesu, o kterých jsme se zmínili v předchozích částech textu. Jednou z alternativních forem práce je **probace a mediace**, která má i legislativní oporu²⁸⁹.

Probace (z lat. zkouška, vyzkoušení, důkaz) obsahuje prvky sociální, psychologické a pedagogické pomoci a poradenství. Jde o specifický postup v rámci uplatnění sankcí nespojených s odnětím svobody, spočívající v povinnosti odsouzeného (obviněného) jedince být v průběhu zkušební doby v kontaktu s probačním pracovníkem. Obsah probačního dohledu nad jedincem je pojímán jako pomoc a kontrola. Pomoc je zaměřena na snadnější řešení a překonání problémů rodinného, sociálního i pracovního charakteru. **Kontrola je zaměřena na žádoucí způsob života a na plnění soudem stanovených omezení a povinností.**

Probační dohled je možné uložit při podmíněném upuštění od potrestání s dohledem, podmíněném odsouzení k trestu odnětí svobody s dohledem a podmíněném propuštění z výkonu trestu odnětí svobody s dohledem. Dále je možno uložit prvky probační činnosti, a to při podmíněném zastavení trestního stíhání, při podmíněném odsouzení a při trestu obecně prospěšných prací²⁹⁰.

Mediace spočívá v uceleném procesu mimosoudní formy řešení sporů. Jde o proces se specifickými principy a strategiemi, vedoucími k oboustranně přijatelné dohodě zúčastněných stran, pachatele i poškozeného bez dalšího trestu.

²⁸⁸ SLAVÍK, M.: Probační a mediační činnost v pedagogickém procesu. In *Didaktika – královna pedagogiky?*, Ústí nad Labem, UJEP 2005.

²⁸⁹ Zákon č. 257/2000 Sb. o Probační a mediační službě

²⁹⁰ SLAVÍK, M.: Probační a mediační činnost v pedagogickém procesu. In *Didaktika – královna pedagogiky?* Ústí nad Labem, UJEP 2005.

■ 11.7 Souhrn

Kriminální chování, delikvenci, můžeme definovat jako antisociální formu chování spočívající v porušování zákonných norem určitého státu s následnou sankcí. Příčiny vzniku jsou multifaktoriální, jedná se o interakci různých biopsychosociálních faktorů.

Penitenciární proces zahrnuje řadu zátěžových situací, především strádání v oblasti uspokojování psychických i tělesných potřeb. Dochází ke ztrátě svobody, některých lidských práv, dosavadního postavení, společenských styků, osobních a sexuálních vztahů, a zvláště, jde-li o osobu mající rodinu, o přetržení rodinných vztahů. Vězni jsou nuceni k adaptaci na nové prostředí, musí se v novém prostředí naučit žít a orientovat, což je, vzhledem k silné psychické zátěži zvláště u nezkušených jedinců, velmi obtížné. Reakce na uvěznění je různá, dominuje střídání agresivních a únikových forem obranných mechanismů, může docházet k rozvoji řady psychických poruch a poruch chování. Adaptační mechanismy rovněž v řadě případů selhávají a dochází k závažným mimořádným událostem, někdy až k lidským tragediím.

Prostředí, na které se vězni adaptují, má normy a pravidla chování značně odlišná od pravidel normální společnosti. Vězni procházejí procesem prizonizace, v němž dochází ke změnám v preferencích potřeb a hodnot, bohužel často ve smyslu identifikace s kriminálním chováním.

Výkon trestu odnětí svobody vede k izolaci a eliminaci většiny sociálních rolí, dochází k úbytku vědomostí, dovedností a návyků. Tyto změny se stávají překážkou pozdějšího návratu do společnosti.

Proto musí být průběh adaptace vězňů na výkon vazby a trestu odnětí svobody pečlivě sledován, kontrolován, a alespoň částečně ovlivňován. Rovněž musí být doplňován specifickými aktivitami. Možnost pracovníků pomáhajících profesí spočívá v aplikaci speciálních aktivit a metod na delikventní jedince s cílem eliminovat negativní důsledky psychosociálních faktorů, které na ně v různé míře a intenzitě působí. Jedná se o komplex etopedických, výchovných, psychologických a dalších speciálně terapeutických postupů, které sledují nasměrování osobnosti delikventů do adaptivních sociálních struktur.

Klíčová slova:

Delikvence, Zatvrzelost, Typologie delikventů, Prizonizace, Uvěznění, Vazba, Penitenciární péče, Program zacházení

Kontrolní otázky a úkoly:

1. Definujte delikvenci. Vymezte nejdůležitější biologické a sociální faktory, které zvyšují pravděpodobnost vzniku a rozvoje kriminálního chování.

2. Jaké jsou typické psychické rysy a vlastnosti, charakteristické pro nositele kriminálního chování?
3. Uveďte negativní faktory související s uvězněním.
4. Co je to prizonizace, v čem spočívá její nebezpečí pro jedince i pro společnost?
5. Jaké jsou možnosti práce pedagogů, vychovatelů, terapeutů a dalších pracovníků pomáhajících profesí při práci s delikventy v průběhu penitenciární péče?

Cílem této kapitoly je:

- vymezit patologické jevy související s negativním působením rodiny,
- popsat problematiku týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte (syndrom CAN),
- popsat negativní důsledky syndromu CAN a psychické deprivace v dospělosti, pro společnost.

V souvislosti s problematikou poruch chování, o kterých jsme hovořili v předchozích kapitolách textu, pokládáme za významné **poukázat detailněji na patologické jevy v rodinném prostředí. Vzhledem ke zkušenostem z praxe můžeme totiž konstatovat, že se jedná o faktory, mající pro rozvoj poruch chování a pro problémy v sociálních vztazích zásadní význam.**

■ 12.1 Rodina a její funkce

Rodina je považována za nejdůležitější sociální skupinu, ve které člověk žije. V rodině dochází k uspokojování jeho potřeb, rodina poskytuje zázemí potřebné ke společenské seberealizaci, je zdrojem zkušeností a vzorců chování, které nemůže získat v jiném prostředí. Každá rodina je zdrojem specifického systému hodnot a jejich preference, ty ovlivňují chování členů rodiny v interakci se společenským okolím. Rodina formuje jedince v průběhu jeho vývoje, je významným nositelem jeho budoucích společenských rolí a identity obecně.

Z hlediska společnosti plní rodina řadu funkcí:

- biologických,
- ekonomických,
- sociálních,
- psychologických.

V případě, že některé z výše uvedených funkcí neplní, může se stát pro její příslušníky zdrojem případného negativního vývoje, poruch chování či dalších sociálně patologických jevů. V takovém případě hovoříme o afunkční či dysfunkční rodině. K nejvýznamnějším aspektům souvisejícím s vyšší pravděpodobností budoucího negativního vývoje jedince patří z hlediska orientační rodiny:

- a) otázka anomálních osobností rodičů, kdy se rodiče sami dopouštějí asociálního a antisociálního chování,
- b) otázka afunkce až dysfunkce rodiny, spojená zejména s problémem psychické deprivace, respektive subdeprivace²⁹¹,
- c) otázka úplnosti rodiny, náhradních rodičů, náhradní výchova až výchovy ústavní,
- d) problematika syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte (CAN – Child Abuse and Neglect).

Na základě našich zkušeností konstatujeme, že na pravděpodobnost vzniku deviantního (patologického) chování, zejména na jeho opakování, **má vliv i nefunkčnost či ztráta rodiny prokreační**, ve které jedinec plní stanovené role a uspokojuje své potřeby, včetně potřeb sounáležitosti a lásky a potřeb seberealizace. Často ke ztrátě funkcí rodiny a jejímu rozpadu dochází právě v souvislosti s deviantně patologickým chováním (závislost, delikvence, apod.).

■ 12.2 Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte (syndrom CAN)

Ve společnosti se můžeme více či méně často setkat s dětmi, jejichž rodinné prostředí a interakce v něm probíhající nelze považovat z hlediska jejich psychosociálního vývoje za pozitivní. Jedná se o prostředí nežádoucí nebo dokonce nepřijatelné, o společenskou patologii. Uvedené děti strádají řadou rozmanitých nedostatků, trpí újmou ve fyzické, psychické i sociální oblasti. K důsledkům uvedených negativních faktorů patří různá poranění (fyzická i psychická), negativní vývoj, související jiné patologické jevy, a až takový extrém, jako je smrt. Poškozování a destrukce je ve většině případů úmyslná a jejími formami jsou týrání, zneužívání a zanedbávání

Výše uvedené jevy souvisí s celou řadou mechanismů a příčin, tyto jevy jsou velmi variabilní a jsou podmíněny řadou různých faktorů. Příznaky jsou rovněž velmi rozmanité a mají svoji časovou dimenzi.²⁹²

Vymezení pojmu

Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte (syndrom CAN, Child Abuse and Neglect) je definován jako poškození tělesného, duševního i společenského stavu a vývoje dítěte, které vznikne v důsledku jakého-

²⁹¹ LANGMEIER, J., MATĚJČEK, Z.: *Psychická deprivace v dětství*. Praha, Avicenum 1974.

²⁹² DUNOVSKÝ, J., DYTRYCH Z., MATĚJČEK, Z., ET AL.: *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. Praha, Grada Publishing 1995.

koli nenáhodného jednání rodičů nebo jiné dospělé osoby, jež je v dané společnosti hodnoceno jako nepřijatelné²⁹³. Jde o soubor negativních důsledků špatného zacházení s dítětem. Tyto příznaky mohou vzniknout následkem aktivního ubližování nebo nedostatečné péče, kdy dítě trpí zanedbáváním jeho důležitých životních potřeb. Jak je zřejmé z názvu, jde o poškození vzniklé týráním, zneužíváním či zanedbáváním dítěte. Různé způsoby ubližování mohou vést k rozdílným důsledkům, a proto odlišujeme problémy vzniklé deprivací (strádáním při uspokojování různých potřeb), týráním a zneužíváním (viz další text). Dítě nejčastěji poškozují jeho rodiče, eventuálně další členové rodiny, pokud jsou k němu **necitliví a bezohlední**, pokud je **podřizují nebo využívají k uspokojení vlastních potřeb**. Toto chování lze chápat jako zneužití fyzické síly či psychické nadřazenosti a moci dospělého nad komplementárně podřízeným a závislým dítětem. K výše popsanému chování **patří nezabránění takovému zacházení s dítětem**.

Epidemiologie

Dle Dunovského²⁹⁴ je v zemích, které jsou srovnatelné s ČR, výskyt syndromu CAM mezi 1–2 %. Pokud by měl tento údaj platit, jednalo by se ročně cca o 25 000 dětí ve věku do 18 let. Ve skutečnosti lze ze statistik oborů, které se na řešení problematiky syndromu CAN podílejí, zjistit pouze 5 000 případů.

Fyzické týrání a jeho formy

Fyzické týrání představuje vlastně všechny nepřiměřené akty násilí na dítěti. Vedle hrubého útoku na dítě, jehož důsledkem je tělesné zranění, trvalé poškození dítěte nebo dokonce úmrtí dítěte, zahrnuje rovněž pravidelně opakované **tělesné trestání dítěte užívané jako převažující prostředek výchovy**. Jedná se zejména o:

- **nepřiměřené bití** rukou (pohlavky, facky) či různými nástroji (vařečka, řemen),
- kopání do dítěte, údery pěstí, popáleniny (cigaretou), opaření horkou vodou, bodné rány (často nůžkami),
- vytrhávání vlasů, **nepřiměřené tahání za uši**, škrcení, dušení, silné třesení, zejména s malým dítětem,
- svazování, připoutání, odnímání spánku, potravy,
- **šikanování**.

²⁹³ VÁGNEROVÁ, M.: *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha, Portál 2004.

²⁹⁴ DUNOVSKÝ, J. ET AL.: *Sociální pediatrie*. Praha, Grada 1999.

Psychické týrání a jeho formy

Jedná se o takové chování vůči dítěti, které má negativní dopad na citový vývoj dítěte, jeho chování, osobnost a sebehodnocení či negativní dopad na rozvoj interpersonálních vztahů. **Psychické týrání v podstatě vždy provází ostatní diagnostické kategorie syndromu CAN (fyzické týrání, sexuální zneužívání) a navíc se může vyskytovat samo o sobě.** Nejčastěji jde o:

- časté **nadávky, ponižování, zesměšňování**, opovrhování, výhrůžky, **cílené vyvolávání strachu** u dítěte,
- **odmítání dítěte, citová deprivace, citové vydírání**,
- permanentní srovnávání s úspěšnějším sourozencem,
- **požadavek nereálných výkonů** – ve škole, v oblasti zájmové (sport, hudba),
- nepřiměřené zatěžování dítěte domácími povinnostmi či péčí o sourozence,
- **psychické týrání dítěte v souvislosti se situací před rozvodem, při rozvodu a po rozvodu rodičů**, kdy bývá dítě vystaveno dlouhodobé a nepřiměřené zátěži vzniklé v souvislosti s rozvodem,
- šikanování.

Sexuální zneužívání a jeho formy

Sexuálním zneužíváním je míněno **každé nepatřičné vystavení dítěte sexuálnímu kontaktu či chování, které vede především k uspokojování sexuálních potřeb zneuživatelé.** Sexuální zneužívání zahrnuje všechny formy chování se sexuálním podtextem, tedy i ty, kdy dítě na první pohled nestrádá, dítě může některé formy sexuálního zneužívání prožívat jako relativně tělesně příjemné, ale i tehdy má sexuální zneužívání závažný negativní dopad na další psychický vývoj dítěte. Zneuživatelé může být v podstatě kdokoliv, avšak mnohem častěji to bývá osoba, kterou dítě dobře zná (osoba příbuzná či rodinně dobře známá), méně často pak osoba zcela neznámá, cizí. **Tento jedinec může působit na okolí dobrým dojmem** (může zastávat v zaměstnání prestižní místo, mít dobré vystupování na veřejnosti).

K základním formám patří:

- **zneužívání bezkontaktní:** obnažování se před dítětem, masturbace, pozorování nahého dítěte za účelem vlastního sexuálního vzrušení a uspokojení, vystavení dítěte sledování pornografických časopisů a filmů, přinucení dítěte sledovat soulož,
- **zneužívání s kontaktem:** osahávání či líbání dítěte na intimních místech, laskání prsou, genitálií, nucení dítěte, aby manipulovalo pohlavními orgány svými či zneuživatelé, orální a anální sex, sexuální styk (včetně znásilnění),
- **komerční zneužívání:** zneužití a donucení k pornografii nebo k prostituci.

Zanedbávání a jeho formy

Zanedbávání je takový **nedostatek péče, který zapříčiňuje vážnou újmu na vývoji dítěte**, a to v oblasti tělesné i duševní. K hlavním formám patří zanedbávání:

- **tělesné:** neuspokojování fyzických potřeb, nedostatek jídla, přístřeší, oblečení, zanedbávání lékařské prevence a péče,
- **bezpečí:** ponechávání bez dozoru,
- **citové:** neuspokojování emocionálních potřeb,
- **seberealizace:** zanedbávání výchovy a vzdělávání, bránění ve školní docházce z různých důvodů.

Sekundární viktimizace

Negativní důsledky pro vývoj dítěte může mít také **zraňování a vystavování dítěte nadbytečné psychické zátěži v průběhu vyšetřování pro syndrom CAN**, kdy se dítě jako oběť trestného činu stává ještě obětí vyšetřování. Jedná se o problematiku spojenou s opakováním výpovědí, věrohodností výpovědí a případným obviňováním dítěte, odebráním dítěte z rodiny²⁹⁵.

Münchhausenův syndrom by proxy

Münchhausenův syndrom patří dle MKN –10 do skupiny předstíraných poruch²⁹⁶. Tato porucha **spočívá ve vymýšlení či zveličování příznaků somatického či duševního onemocnění nebo postižení a v důsledku toho opakování vyšetření či léčení v míře, která neodpovídá objektivní skutečnosti**. Tyto problémy může dospělý, např. rodič, přenést na dítě. Dospělá osoba má pak v takovém případě nějaké výhody (pobírá dávky, okolí jí lituje).

■ 12.3 Psychická deprivace v dětství

Zdrojem pocitu bezpečí a jistoty je pro dítě v normální rodině především matka. Potřeby bezpečí, jistoty, sounáležitosti a lásky jsou uspokojovány emoční akceptací, poskytováním specifické zkušenosti prožitku bezpečného citového vztahu.²⁹⁷ Tato zkušenost nemůže být získána jiným způsobem, kompenzace se zdá být nedostačující. Přitom je základem pro:

²⁹⁵ Dětské krizové centrum. Dostupné na : http://www.dkc.cz/syndrom_can.php, [cit. 20. 9. 2006]

²⁹⁶ SMOLÍK, P.: *Duševní a behaviorální poruchy*. Praha, Maxdorf Jessenius 1996, s. 411.

²⁹⁷ VÁGNEROVÁ, M.: *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha, Portál 2004.

- vnitřní jistotu a vyrovnanost,
- schopnost udržovat pozitivní vztah ke světu i sobě samému,
- schopnost navazovat a udržovat trvalé a spolehlivé vztahy s okolím.

Jednou z dalších negativních možností působení rodinného prostředí a jeho členů na psychický vývoj dítěte je situace, kdy dítě strádá v oblasti uspokojování potřeb, a to zejména v oblasti citové, emocionální. **Citovou (emocionální) deprivaci můžeme definovat jako neuspokojování potřeby citové jistoty a bezpečí v dostatečné míře a po dostatečně dlouhou dobu**²⁹⁸. Spočívá v nedostatku či absenci stabilních a spolehlivých emočních podnětů s mateřskou osobou, vzniká v situaci, kdy matka (nebo jiná mateřská osoba) nemá o dítě zájem. **Tento nezáměr lze interpretovat (Matějček)**²⁹⁹ **jako nezáměr o potomstvo.**

Mírnější variantou deprivační zkušenosti, a mnohem čtenější jevem v našich sociokulturních podmínkách, je **citová subdeprivace**. Její riziko spočívá v obtížné identifikovatelnosti, děti mohou být zabezpečeny v materiální a sociální oblasti i nadprůměrným způsobem. Strádají pouze v oblasti citové. **Důsledky subdeprivace jsou obdobné, mají nižší intenzitu a rušivost**³⁰⁰.

*Typickým příkladem jsou zaměstnaní rodiče, kteří nemají na své dítě čas. Jako náhradu za emoční podněty poskytují dítěti televizní nebo jiné produkty. V případě televizních programů děti obsahu nerozumí, jedná se ve skutečnosti o uspokojování senzorických podnětů. Často se jedná o programy, které vyvolávají u dětí strach (frustraci, potřeby bezpečí a jistoty). V kresebných projevech lze zaznamenat projekci tohoto negativního jevu. To může být varovným signálem pro práci pedagogů a vychovatelů*³⁰¹.

■ 12.4 Rizikové faktory a důsledky syndromu CAN a psychické deprivace

Rizikové faktory a důsledky psychické deprivace

a) rizikovní rodiče

- jedinci, kteří nemají pro rodičovskou roli dostatečné kompetence, **nejsou schopni nebo nemohou tuto roli plnit z různých důvodů** (mentální retardace, závislost na psychoaktivních látkách),

²⁹⁸ LANGMEIER, J., MATĚJČEK, Z.: *Psychická deprivace v dětství*. Praha, Avicenum 1974.

²⁹⁹ MATĚJČEK, Z.: *Výbor z díla*. Praha, Karolinum 2005.

³⁰⁰ LANGMEIER, J., MATĚJČEK, Z.: *Psychická deprivace v dětství*. Praha, Avicenum 1974.

³⁰¹ DOULÍK, P., ŠKODA, J., HAJEROVÁ-MÜLLEROVÁ, L.: Concept of phenomenon „life“ for pre-school children. *The New Educational Review*, 2006, vol. 8, no. 1, p. 183–192.

- jedinci, kteří nemají pro roli rodičů a výchovu dětí dostatečnou **motivaci** (mladí a nezralí rodiče, upřednostňující kariéru),

b) rizikové děti

- pasivní, nevýrazné, nenápadné dítě, s **nižší mírou schopnosti zaujmout rodiče**,
- děti **znevýhodněné somaticky a psychicky**,

c) důsledky

- psychicky deprivované děti mohou mít nedostatky v oblasti **kognitivních procesů** (řeč, myšlení), to může mít vliv i na školní úspěšnost,
- **nejvíce signifikantní jsou odlišnosti v emocionalitě**. Tito jedinci bývají emočně oploštělí, nestabilní, aktuální situační proměnné v rámci interakce je dokáží snadněji vyvést z rovnováhy. Bývají výbušní, dráždiví, někdy jednají agresivně.
- mají tendenci k **sebepodceňování**, hůře se orientují v mezilidských vztazích,
- v dospělosti mívají problémy v **seberalizaci**. Častěji bývají nezaměstnaní, častěji nezvládají rodičovské role (rozvody). **Často nejsou sami schopni uspokojovat potřeby svých dětí a vystavují je rovněž psychické deprivaci.**

Rizikové faktory a důsledky týrání

a) rizikovní rodiče

- jedinci, kteří mají **sklon reagovat násilím** a mají nižší míru schopností se ovládat,
- jedinci s různými **psychickými a behaviorálními poruchami** (poruchy osobnosti, psychózy, apod.),
- jedinci, kteří dítě **nechtějí**,

b) rizikové děti

- děti, **nesplňující očekávání, neuspokojující potřeby rodičů**,
- děti **znevýhodněné somaticky a psychicky**,
- děti, které rodiče **zatěžují, dráždí** apod.,

c) důsledky

Důsledky jsou obdobné, jako je tomu u důsledků psychické deprivace. **Naučené vzorce chování z orientační rodiny přejímají a z velkou pravděpodobností se týrané děti stávají týrajícími rodiči.**

Rizikové faktory a zneužívání

a) rizikovní aktéři

- osoby s **odlišnou sexuální preferencí, morálně narušené, sexuálně nezralé**,
- osoby s **nízkou mírou kontroly**, nezvládající své pudy,

b) rizikové děti

- děti (zejména holčičky) **provokující svým chováním, fyzickými znaky** (ženskost, líbivost, nevinnost),
- děti **znevýhodněné somaticky a psychicky** (například mentálně retardované),

c) důsledky³⁰²

- **traumatická sexualizace**, projevující se nápadným sexuálním chováním (vyzývavostí), nebo strachem ze sexu, jeho potlačováním,
- **negativní zkušenost**, ztráta pocitu bezpečí a jistoty, ztráta důvěry k rodině, blízkým, ke svému okolí, k ostatním lidem,
- **pocit bezmocnosti**, z důvodu zneužívání a chybějící pomoci a opory,
- dlouhodobá negativní zkušenost se zneužíváním může vést k **rozvoji různých duševních a behaviorálních poruch**,
- **etiketizace**, silné sociální stigma v důsledku zneužívání,
- **neschopnost partnerského soužití**,
- vyšší pravděpodobnost toho, že se jedinec stane **sám také aktérem sexuálního zneužívání**.

■ 12.5 Souhrn

V případě, že rodina neplní některé ze svých funkcí, může se stát pro její příslušníky zdrojem případného negativního vývoje, poruch chování či dalších sociálně patologických jevů. Nevhodným prostředím rodiny jsou ohroženy zejména děti. Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte (syndrom CAN) je definován jako poškození tělesného, duševního i společenského stavu a vývoje dítěte, které vznikne v důsledku jakéhokoli nenáhodného jednání rodičů nebo jiné dospělé osoby, jež je v dané společnosti hodnoceno jako nepřijatelné. Toto poškození má závažné důsledky pro rozvoj jedince i v jeho dospělosti. Týraný jedinec se může sám stát tyranem.

Klíčová slova:

Dysfunkční rodina, Syndrom CAN, Citová deprivace, Subdeprivace, Týrané, zanedbávané a zneužívané dítě

Kontrolní otázky a úkoly:

1. Definujte syndrom CAN.
2. Jak lze definovat psychickou deprivaci? Jaké jsou její důsledky?
3. Jaké jsou formy týrání, rizikové faktory a důsledky v dospělosti?
4. Jaké jsou formy zneužívání, rizikové faktory a důsledky v dospělosti?

³⁰² VÁGNEROVÁ, M.: *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha, Portál 1999, s. 346.

Summary

(1) Special pedagogy can be defined as a discipline, which deals with principles of education and development of individuals, who are disadvantaged compared with the majority of population in terms of physical, mental or social characteristics, who show special educational needs. Special pedagogy focuses on individuals with specific (special) needs as a result of their physical, mental and social impairment. The basic objective of special pedagogy could be characterised as to achieve maximum possible socialization of an impaired individual related to the character, scope and seriousness (stage) of their impairment.

(2) For practical purposes, handicaps, disorders and impairment shall be controlled and classified in the special pedagogical practice. The conception of type and stage of handicaps appears to be well- established, or a method concentrating on the time a handicap occurred. A handicap restricts or makes it impossible to carry out assignments, or achieve ordinary social goals. An integration handicapped people to the main society looks to be one of the main objectives and trends of today special pedagogy.

(3) One of the bases of the practice of special pedagogy is special pedagogical diagnostics. The diagnostics is a result of a team co-operation of specialists, special pedagogical workers educationalists, ethopedic specialists, psychologists, physicians, social workers, and other specialists (if need be). Conclusions of the diagnostics can be characterized as a complex assessment of an individual for the purposes of special pedagogical care, both in terms of physiological (health), psychological and social. They are basis for selection, determination and method of application of educational methods as well as methods of the handicapped individual development.

Basic methods of special pedagogy are those of re-educating, compensation and rehabilitation. They also involve a method of special education itself. They focus on causes and elimination of handicap consequences.

(4) A handicap is one of the forms of a health disability and it is characterised as temporary or permanent visible features in physical abilities continuously or largely affecting cognitive, emotional and social performance. Most frequent causes of physical impairment involve malformations, muscular dystrophy and particularly cerebral palsy. It either occurs in spastic or non-spastic forms. Individual forms show different etiology, different causes and they are characterised with different stages of impairment.

Cerebral palsy is also a part of a combined impairment, with sensual disorders, epilepsy and frequent mental retardation being involved as well. Education of children showing a physical handicap is implemented considering individual possibilities of an impaired person in the form of individual integration, group integration, in a school established for handicapped persons only. It shall necessarily be a school with a barrier-less access, equipped with compensation and rehabilitation aids, its pedagogical workers shall be qualified in the branch, and it shall work with a relevant centre of special pedagogy. Personal assistance is also beneficial.

(5) Health impairment is understood as health attenuation, long illness or a minor health disorders that may result in disorders of learning and behaviour, which obviously need to be taken into account in education. The most frequent cause of a health impairment is epilepsy, post-traumatic syndromes, allergy, asthma, sclerosis multiplex. Health impairment often develops or originates as late as during the life and it can turn into the stage of a handicap. Education of impaired individuals is understood as a part of rehabilitation care accompanied with treatment, work and social rehabilitation. It focuses on for example professional training or re-training, coping with activities necessary for life and job performance. It is essential to eliminate any negative psychological aspects of their health impairment.

(6) Mental retardation is an congenital defect of mental abilities. Apart from others, it is shown by insufficient development of thinking and speech, limited ability to learn and more difficult adaptation to ordinary life conditions. This is a permanent impairment which cannot be changed in any essential way. Problems in understanding the environment, increased tendency to affective experience and inability to control own emotions increase the risk of inappropriate behaviour. Education and development can be implemented adequately to the stage and cause of a defect in specialised institutions. Family, school society and individual entities take part in education and development of such individuals.

(7) Disorders of school abilities and kinetic functions (learning disorders in special pedagogy) are an overall designation of a heterogenous group of disorders, which are manifested by obvious difficulties in acquiring and using competences like speaking, comprehension of spoken language, reading, writing, mathematical thinking or counting, with dysfunction of central nervous system being anticipated. Difficulties do not result from the reduced intellect, non-stimulating family background, or negative emotional development, they are rather affected by specific functional deficiency of the central nervous system, either inherited or a result of the

syndrome designated as minor cerebral dysfunction. The most frequent disorder is dyslexia often related to dysgraphia, or dysortography.

Individuals with these disorders show differences in psycho-kinetic functions, emotionality and social relationships. There are different possibilities of how to organise educational process. In most of the cases they have integrative character.

(8) Pervasive development disorders seriously damage mental development of an individual in a more complex scope. They reduce the possibility to educate such an individual and considerably aggravate social self-fulfilment, normal ranking in the society. The most famous disorder is children autism. Individuals with autism show basic symptoms like disorders of socialization, disruption of cognitive functions, disorder of communication. They are accompanied by lack of interest in normal social interaction, differences in emotional experience and striking differences in behaviour.

Apart from pharmacological approach, which is not standard, it is possible to apply behavioural therapy and special pedagogical approach and performance on individuals with autistic disorder. The TEACCH programme is another possibility, which is modified in the Czech Republic as a structured learning process, based on principles of individual approach, structuring and visualisation.

(9) Behavioural disorders can be designated as behaviour which is undesirable, unwanted, or even unacceptable in the specific social and cultural standard. Causes of behavioural disorders show many factors, such behaviour results from a number of different internal and external factors, which affect in the specific time in mutual interactions. To make pedagogical, ethopedical, educational and therapeutic work effective, it is necessary to know the causes of the behavioural disorders as well as typical characteristics of such individuals.

In behaviour showing disorders a question of objective assessment is important. Behaviour shall be assessed in terms of the age or level of rational abilities. The aspect of development conditionality is important due to versatility, latency and eventual volatility (extremes in behaviour) of disorder behaviour. In terms of social seriousness, behavioural disorders are divided into disocial, asocial and antisocial forms. Where educational family functions fail to work, an institutional and protective educational care can be established. Such mandatory education is subject to a court decision.

(10) The syndrome of addiction can be defined as a complex of mental (cognitive, emotional, behavioural) and somatic changes, which have deve-

loped as a result of the repeated use of a specific psychoactive substance. Addiction can have a biological or mental nature depending on different effects of individual substances on the organism. The development of addiction runs in specific stages with various latencies. Social effects of addiction to psychoactive substances are negative for an individual and his/her environment, for the whole of society. It has essential effects in the area of the family, employment and social relationships as well as interaction with the environment. Treatment with the involvement of specialists is necessary. The objective of the therapy is permanent and consistent abstinence for the rest of the person's lifetime and assistance in coping with the social and economic position of a patient. Progress in learning the neurobiological mechanisms of addiction can significantly contribute to both their prevention and therapy.

(11) Criminal conduct, delinquency, can be defined as an anti-social form of behaviour representing the violation of legal rules and regulations of a specific country followed by punishment. There are a variety of causes of the origin, and there is an interaction of various biological, psychological and social factors.

Imprisonment involves many stressful situations, particularly frustration from not satisfying mental and physical needs. It is the loss of freedom, some human rights, current social position, social relationships, personal and sexual relationships, and particularly, in case of a person having a family, the rupturing of family relationships. Prisoners will adapt to the new environment, they have to learn to live in the new environment and cope with it, which is very difficult particularly taking into account the strong mental pressure and strains in inexperienced individuals. The reaction to imprisonment may be different, aggressive and escape forms of defence mechanisms dominate. It can result in the development of some mental and behavioural disorders. Adaptation mechanisms in some cases fail, serious extraordinary events occur, sometimes human tragedies.

The environment to which prisoners adapt has its standards and rules of the behaviour are quite different from those in normal society. Prisoners go through the process of imprisonment, in which preferred needs and values are changed, unfortunately often by identifying with criminal conduct.

Imprisonment isolates and eliminates most social roles, knowledge is reduced, as well as skills and habits. Such changes become a setback for a later return to the society.

This is the reason why the process of prisoners adaptation to serving the sentence and imprisonment in a penitentiary shall be carefully monitored, checked and at least partially affected. At the same time, it has to be

expanded by specific activities. The possibilities of the assisting professional personnel involve the application of special activities and methods of influencing/working with delinquent individuals with the objective of eliminating negative affects of psychosocial factors, which affect them in various degrees and intensity. This is a complex of etopedical, educational, psychological and other especially therapeutic procedures, which monitor directing of the personality of delinquents to adaptive social structures.

12) Should the family not fulfil some of its functions, it can become a source of potential negative development for family members, or behavioural disorders, or other social pathological phenomena. Particularly children are endangered by an inappropriate family background. The syndrome of child abused and neglect (CAN syndrome) is defined as damage to the physical, mental and social condition and development of a child, which results from any non-incidental behaviour of the parents or another adult person, which is assessed in the specific society as unacceptable. This damage has serious consequences for the development of an individual in his/her adulthood. A maltreated individual can become a bully himself/herself.

Použitá literatura

- ADAMČOVÁ, H., ET AL.: *Neurologie*. Praha, Triton 2003.
- ATKINSON, R. L., ET AL.: *Psychologie*. Praha, Portál 2003.
- BALCAR, K.: *Úvod do studia osobnosti*. Praha, SPN 1983.
- BARTKO, D.: *Moderní psychohygiena*. Praha, Orbis 1980.
- BUCK, L.: Addictions – Your Options: Medication Options for Alcoholism. [online] Dostupné na : <http://www.helpstartshere.org/> [cit. 31. 8. 2006]
- BÜRLI, A.: *Sonderpädagogik international, Vergleiche, Tendenzen, Perspektiven*. Luzern, Edition SZH 1997.
- CLONINGER, C. R.: *Personality and Psychopathology*. American Psychiatric Press, 1999.
- ČERNÁ, M., ET AL.: *Lehké mozkové dysfunkce*. Praha, Karolinum 1995.
- ČÍRTKOVÁ, L.: *Kriminální psychologie*. Praha, Eurounion 1998.
- Dětské krizové centrum. Dostupné na: http://www.dkc.cz/syndrom_can.php, [cit. 20. 9. 2006]
- DOSTÁL, V.: *Cytomegalovirová infekce*. Praha, ČLS JEP 2002.
- DOULÍK, P., ŠKODA, J., HAJEROVÁ-MÜLLEROVÁ, L.: Concept of phenomenon „life“ for pre-school children. *The New Educational Review*, 2006, vol. 8, no. 1, p. 183–192.
- DUNOVSKÝ, J. ET AL.: *Sociální pediatrie*. Praha, Grada 1999.
- DUNOVSKÝ, J., DYTRYCH Z., MATĚJČEK, Z., ET AL.: *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. Praha, Grada Publishing 1995.
- Evropská vězeňská pravidla. Doporučení rady Evropy Rec (2006) 2. In *České vězeňství*, 2006, 1. Příloha.
- EYSENCK, H. J., EYSENCK, S. G. B.: *Eysenckovy osobnostní dotazníky pro dospělé*. Bratislava, Psychodiagnostika 1993.
- FALDYNA, Z., PIDRMAN, V., BOUČEK, J.: Psychiatrická problematika u roztroušené sklerózy. *Psychiatrie pro praxi*, 2002, č. 6, s. 277–278.
- FALLADA, H.: *Ubohý pan Kufalt*. Praha, Sfinx 1942.
- FIALOVÁ, I.: Specifika edukace dětí a žáků s epilepsií. In PIPEKOVÁ, J.: *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno, Paido 2006.
- FISCHER, S.: *Metodické zásady výchovné a vzdělávací péče*. Organizační směrnice. Teplice, ÚSP Háj u Duchcova 2002.
- FISCHER, S.: *Prizonizace jako etopedický problém*. Disertační práce. Praha, PedF UK 2003.
- FISCHER, S.: *Systém výchovné a vzdělávací péče*. Organizační směrnice. Teplice, ÚSP Háj u Duchcova 2002.
- FISCHER, S.: *Etopedie v penitenciární praxi*. Ústí nad Labem, UJEP 2006.

- FISCHER, S.: *Sociální patologie. (Propedeutika)*. Ústí nad Labem, PF UJEP 2006.
- FRANIOK, P.: *Vzdělávání osob s mentálním postižením*. Ostrava, OU 2005.
- FUSKOVÁ, E., BARTOŠOVÁ, D., TRNKOVÁ, M.: Toxoplazmóza v dětském věku. *Pediatric pro praxi*, 2003, č. 6, s. 312–313.
- GAVORA, P.: *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno, Paido 2000.
- GIDDENS, A.: *Sociologie*. Praha, Argo 1999.
- GRUBER, H.: *Allgemeine Sonderpädagogik: Grundlagen des Unterrichts für Schüler mit Schulschwierigkeiten und Behinderungen*. Wien, Jugen und Volk 1992.
- GRUBER, H., LENDL, V.: *Allgemeine Sonderpädagogik*. Wien, 1992.
- HÁLA, J.: *Teorie a praxe vězeňství I*. České Budějovice, Jihočeská univerzita 1996.
- HÁLA, J.: *Teorie a praxe vězeňství II. Optimalizace výkonu trestu odnětí svobody*. České Budějovice, Jihočeská univerzita 1999.
- HANSCOMB, A., HUGHES, L.: *Epilepsie*. Praha, Společnost „E“ 1999.
- HAVLÍK, J., KOŤA, J.: *Sociologie výchovy a školy*. Praha, Portál 2002.
- HAVRDOVÁ, E.: *Roztroušená skleróza*. Praha, Triton 2002.
- HAVRDOVÁ, E., ET AL.: *Neuroimunologie*. Praha, Maxdorf 2001.
- HOLMES, T. H., RAHE, R. H.: The social readjustment rating. Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 1987, 11.
- HÖSCHL, C.: Syndrom narušené závislosti na odměně. *Vesmír*, 75, 485, 1996.
[http://www.autismus.cz/\[cit. 12. 12. 2006\]](http://www.autismus.cz/[cit. 12. 12. 2006])
- HYHLÍK, F., NAKONEČNÝ, M.: *Malá encyklopedie současné psychologie*. Praha, SPN 1977.
- CHARVÁT, J.: *Život, adaptace, stres*. Praha, Avicenum 1969.
- CHLEBUS, P., ET AL.: Lokalizace korových řečových center a hodnocení jejich lateralizace pomocí funkční MRI. *Neurologie pro praxi*, 2004, č. 3, s. 172–175.
- ILLI, S., von MUTIUS, E., LAU, S. ET AL.: The natural course of atopic dermatitis from birth to age 7 years and the association with asthma. *J Allergy Clin Immunol*, 2004, vol. 113, no. 5, p. 925–931.
- INCIARDI, J. K.: *Trestní spravedlnost*. Praha, Victoria Publishing 1994.
- JANKOVSKÝ, J.: *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením. Somatologická a psychologická hlediska*. 1. vyd., Praha, Triton 2001.
- JEDLIČKA, P., KELLER, O., ET AL.: *Speciální neurologie*. Praha, Galén 2005.
- JESENSKÝ, J.: *Kontrapunkty integrace zdravotně postižených*. Praha, Karolinum 1995.
- JESENSKÝ, J.: *Základy komprehensivní speciální pedagogiky*. Hradec Králové, Gaudeamus 2000.
- KÁBELE, F.: *Rozvíjení hybnosti a řeči dětí s dětskou mozkovou obrnou*. Praha, Státní pedagogické nakladatelství 1986.
- KÁBELE, F., KOLLÁROVÁ, E., KOČÍ, J., KRACÍK, J.: *Somatopedie*. Praha, Karolinum 1993.

- KAPR, J., ET AL.: *Sociální deviace, sociologie nemoci a medicíny*. Praha, Sociologický ústav ČSAV 1991.
- KERN, H., ET AL.: *Přehled psychologie*. Praha, Portál 1999.
- KLENKOVÁ, J.: *Možnosti stimulace preverbálních a verbálních schopností vývojově postižených dětí*. 1. vyd., Brno, Paido 2000.
- KLIMEŠ, L.: *Slovník cizích slov*. Praha, SPN 1998.
- KOCUROVÁ, ET AL.: *Speciální pedagogika pro pomáhající profese*. Plzeň, Západočeská univerzita 2002.
- KOČÁREK, E., MAŘÍKOVÁ, T., NOVOTNÁ, D.: *Vybrané kapitoly z lékařské cytogenetiky a genetického poradenství*. Praha, 2. LF UK 2004.
- KOLEKTIV AUTORŮ: *Strategie diagnostiky, prevence a léčby průduškového astmatu v České republice*. Praha, ČLS JEP 1996.
- KOLUCHOVÁ, J. ET AL.: *Přehled patopsychologie dítěte*. Praha, UK 1989.
- KOMÁREK, V.: Diagnostické a léčebné strategie v dětské epileptologii. *Neurologie pro praxi*, 2003, č. 4, s. 172–175.
- KOMÁREK, V.: Věkově vázané epileptické syndromy u dětí. *Pediatric pro praxi*, 2004, č. 5, s. 233–235.
- KOMÁREK, V., ZUMROVÁ, A.: *Dětská neurologie*. Praha, Univerzita Karlova 2000.
- KOŠČ, L.: *Patopsychológia učenia a jej neuropsychologické základy*. Bratislava, SPN 1987.
- KRAUS, J. ŠANDERA, O.: *Tělesně postižené dítě*. Praha, SPN 1975.
- KRAUS, J., ET AL.: *Dětská mozková obrna*. 1. vyd., Praha, Grada Publishing 2005.
- KUBÍČOVÁ, Z., KUBÍČE, J.: *Kompenzační a didaktické pomůcky*. Praha, Septima 2001.
- LANG, G., BERBERICHOVÁ, CH.: *Každé dítě potřebuje speciální přístup*. Praha, Portál 1998.
- LANGMEIER, J. KREJČÍŘOVÁ, D.: *Vývojová psychologie*. Praha, Grada Publishing 1998.
- LANGMEIER, J., MATĚJČEK, Z.: *Psychická deprivace v dětství*. Praha, Avicenum 1974.
- LENSKÝ, P.: *Roztroušená skleróza mozkomíšní*. Praha, Roska 1996.
- LESNÝ, I.: *Dětská mozková obrna ze stanoviska neurologa*. Praha, Avicenum 1985.
- LESNÝ, I.: *Obecná vývojová neurologie*. Praha, Avicenum 1987.
- MÁČEK, M. VÁVRA, J.: *Fyziologie a patofyziologie tělesné zátěže*. Praha, Avicenum 1988.
- MALACH, A.: *Obec a škola v procesu druhé vlny porevolučních změn*. Brno, Masarykova univerzita 1998.
- MAŘÍKOVÁ, T., ET AL.: *Neurogenetika svalových dystofií a kongenitálních myopatií*. Praha, Maxdorf 2004.

- MATĚJČEK, Z.: *Co, kdy a jak ve výchově dětí*. Praha, Portál 2000.
- MATĚJČEK, Z.: *Dyslexie. Specifické poruchy čtení*. Jinočany, H&H 1995.
- MATĚJČEK, Z.: *Výbor z díla*. Praha, Karolinum 2005.
- MATOUŠEK, O.: *Ústavní péče*. Praha, SLON 1999.
- MATOUŠEK, O., KROFTOVÁ, A.: *Mládež a delikvence*. Praha, Portál 2003.
- MATTHES, A., SCHNEBLE, H.: *Epilepsie u dětí*. Praha, Centrum pro epilepsii v Korku 1996.
- MERTIN, V.: *Individuální vzdělávací program*. Praha, Portál 1995.
- Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize*. Praha: ÚZIS ČR, 1992.
- MICHALÍK, J.: *Škola pro všechny aneb integrace je když*. Vsetín, Integraf 2002.
- MICHALOVÁ, Z.: *Specifické poruchy učení a chování*. Praha, UK 2003.
- MLČOCH, Z.: *Genetika a alkoholismus*. [on-line] Dostupné: <http://alkoholismus.zbynekmlcoch.cz/> [cit. 1. 9. 2006]
- MLÝNKOVÁ, E.: *Edukace žáků s více vadami v základní škole*. Diplomová práce. Brno, Masarykova univerzita 2006.
- NEČAS, E.: *Patofyziologie zásobování organismu a jeho tkání kyslíkem*. Praha, Avicenum 1982.
- NEŠPOR K., CSÉMY L.: Craving (bažení) a emoce při léčbě návykových poruch. *Psychiatrie*, 1999, 3.
- NEŠPOR, K.: *Návykové chování a závislost. Současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha, Portál 2000.
- NEŠPOR, K., CSÉMY, L.: *Léčba a prevence závislostí*. Praha, Psychiatrické centrum 1996.
- NETÍK, K., NETÍKOVÁ, D., HÁJEK, S.: *Psychologie v právu*. Praha, C. H. Beck 1997.
- NOVOTNÁ, M., KREMLIČKOVÁ, M.: *Kapitoly ze speciální pedagogiky pro učitele*. Praha, SPN 1997.
- OPATŘILOVÁ, D.: *Pedagogická intervence v raném a předškolním věku u jedinců s dětskou mozkovou obrnou*. Brno, Masarykova univerzita 2003.
- PECH, J.: *Deformity ruky nerevmatického původu*. Praha, ČLS JEP 2001.
- PIPEKOVÁ, J.: *Osoby s mentálním postižením ve světle současných vzdělávacích trendů*. Brno, MSD 2006.
- PIPEKOVÁ, J., ET AL.: *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno, Paido 1998.
- POHUNEK, P., SLÁMOVÁ A., ZVÁROVÁ J., SVATOŠ J.: Prevalence průduškového astmatu, ekzému a alergické rýmy u školních dětí v České republice. *Čs Pediat*, 1999, roč. 54, č. 2, s. 60–68.
- PRŮCHA, J.: *Přehled pedagogiky. Úvod do studia oboru*. Praha, Portál 2000.
- RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P.: *Psychiatrie*. Praha, Triton 1998.
- RAINE, A.: *The Psychopathology of Crime. Criminal Behavior as a Clinical Disorder*. San Diego, Academic Press 1993.
- RENOTIÉROVÁ, M.: *Somatopedické minimum*. Olomouc, Univerzita Palackého 2003.

- ŘÍČAN, P., VÁGNEROVÁ, M.: *Dětská klinická psychologie*. Praha, Avicenum 1991.
- ŘÍČAN, P.: *Psychologie osobnosti*. Praha, Orbis 1972.
- SEDLÁKOVÁ, A.: *Rehabilitace pacientů se sclerosis multiplex aerobním tréninkem*. Brno, Masarykova univerzita 2006.
- SELIKOWITZ, M.: *Dyslexie a jiné poruchy učení*. Praha, Grada 2001.
- SKÁLA, J. ET AL.: *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha, Avicenum 1987.
- SLAVÍK, M.: Probační a mediační činnost v pedagogickém procesu. In: *Didaktika – královna pedagogiky?*, Ústí nad Labem, UJEP 2005.
- Slovník cizích slov*. [on-line] Dostupné na: <http://www.slovník-cizich-slov.cz/> [cit. 19. 11. 2006]
- SMITH, A. B., BERLIN, L.: *Treating the Criminal Offender*. Heidelberg, Springer 1988.
- SMOLÍK, P.: *Duševní a behaviorální poruchy*. Praha, Maxdorf Jessenius 1996.
- SOVÁK, M. ET AL.: *Defektologický slovník*. Praha, SPN 1984.
- SOVÁK, M.: *Nárys speciální pedagogiky*. Praha, SPN 1983.
- Statistické výkazy*. [on-line] Dostupné: <http://founder.uiv.cz/virtodd/vyber.asp>. [cit. 8. 12. 2006]
- SVOBODA, M.: *Psychologická diagnostika dospělých*. Praha, Portál 1999.
- SVOBODA, M., VÁGNEROVÁ, M., KREJČÍŘOVÁ, D.: *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*, Praha, Portál 2001.
- SVOBODA, Z.: Sociálně patologické jevy. In KOL. AUT.: *Vybrané kapitoly ze sociální pedagogiky*. Ústí nad Labem, PF UJEP 2002, 2003.
- SVOBODOVÁ, J.: *Předškolní příprava dítěte s postižením hybnosti v SPC*. Brno, MU 1997.
- ŠÍPEK, A., GREGOR, V., HORÁČEK, J., KROFTA, L., MAŠÁTOVÁ, D.: *Vrozené vady v České republice – odhady incidencí v příštích letech*. [on-line] Dostupné: <http://www.vrozenevady.cz/odhady.php> [cit. 21. 12. 2006]
- ŠÍPKOVÁ, V.: Westův syndrom. *Vox Pediatricae*, 2002, roč. 2, č. 3, s. 27–28.
- ŠÍŠKA, J.: *Mimořádná dospělost*. Praha, PeDF UK 2005.
- ŠTUDENT, V., ŽUKOV, I.: Změny v typologii pachatelů v ČR po roce 1989. In *Biologické podklady psychických poruch*. Praha, Galén 1997.
- ŠVARCOVÁ, I.: *Vzdělávací program pomocné školy*. Praha, MPSV ČR 1997.
- ŠVARCOVÁ, I.: *Mentální retardace*. Praha, Portál 2003.
- TICHÝ, J., ET AL.: *Neurologie*. Praha, Karolinum 1998.
- TITZL, B.: *Péče o tělesně postižené dítě*. Praha, Sborník 1985.
- VÁGNEROVÁ, M.: *Psychologie pro pomáhající profese*. Praha, Portál 2002.
- VÁGNEROVÁ, M.: *Psychologie problémového dítěte školního věku*. Praha, Karolinum 2004.
- VÁGNEROVÁ, M.: *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 2. vyd., Praha, Portál 2000.

- VÁGNEROVÁ, M.: *Psychopatologie pro pomáhající profese. Variabilita a patologie lidské psychiky*. Praha, Portál 1999.
- VÁGNEROVÁ, M.: *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha, Portál 2004.
- VÍTKOVÁ, M. (ed.): *Integrativní speciální pedagogika. Integrace školní a sociální. 2. vyd., Brno, Paido 2004.*
- VÍTKOVÁ, M.: *Paradigma somatopedie*. Brno, MU 1998.
- VÍTKOVÁ, M.: *Somatopedické aspekty*. Brno, Paido 1999.
- VÍTKOVÁ, M., ET AL.: *Integrativní speciální pedagogika*. Brno, Paido 2004.
- VONDRÁČEK, J.: *Úvahy psychologicko psychiatrické*. Praha, Avicenum 1981.
- Vyhláška Ministerstva spravedlnosti ČR č. 345/1999 Sb. – řád výkonu trestu odnětí svobody*
- Vyhláška MŠMT ČR č. 73/2005 Sb. o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných, ze dne 9. února 2005.*
- WELMITZ, B., PAWEL, B.: *Körperbehinderung*. Berlin: Ullstein Mosby, 1993.
- YOCHELSON, S., SAMENOW, S.: *The Criminal Personality* (Vol. I, II, III). New York, J. Aronson 1986.
- Zákon č. 109/2002 Sb. o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních*
- Zákon č. 141/1961 Sb. o trestním řízení soudním (trestní řád)*
- Zákon č. 169/1999 Sb. o výkonu trestu odnětí svobody*
- Zákon č. 293/1993 Sb. o výkonu vazby*
- Zákon č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním a středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání*
- Zákon č. 257/2000 Sb. o Probační a mediační službě*
- ZELINKOVÁ, O.: *Pedagogická diagnostika a individuální vzdělávací program*. Praha, Portál 2001.
- ZELINKOVÁ, O.: *Poruchy učení*. Praha, Portál 1994.
- ZVOLSKÝ, P.: *Speciální psychiatrie*. Praha, Karolinum 2001.

V edici PRVNÍ POMOC PRO PEDAGOGY již vyšlo:

1. První kroky učitele
doc. PhDr. Libuše Podlahová
2. Ukázněná třída aneb Kázeňské minimum pro učitele
doc. PaedDr. Stanislav Bendl
3. Tvorba vzdělávacího programu
Mgr. Michaela Prášilová, Ph.D.
4. Multikulturní výchova
prof. PhDr. Jan Průcha

V této edici připravujeme:

5. Tvorba vzdělávacího programu pro předškolní vzdělávání
dr. Eva Šmelová
6. Jaká je moje třída – Psychosociální klima školní třídy
prof. PhDr. Jan Průcha

Pro učitele dále vyšlo:

Čeština nás baví: Hry pro výuku češtiny na 1. stupni ZŠ
Mgr. Václav Víška, Lucie Nováková

Praktická a laboratorní výuka chemie
RNDr. Olga Mokrejšová

Výtvarná dílna
doc. PaedDr. Hana Babyrádová, Ph.D.

Speciální pedagogika: Edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým
a sociálním znevýhodněním
PhDr. Jiří Škoda, Ph.D., PhDr. Slavomil Fischer, Ph.D., MBA

Mutismus v dětství, mládí a dospělosti: Rádce pro rodinné příslušníky, postižené,
terapeuty a pedagogy
Boris Hartmann a Michael Lange

Pro učitele připravujeme mimo edici:

Fyzika nás baví: Hry pro výuku fyziky na 2. stupni ZŠ
Mgr. Sylva Zemánková, Monika Abrtová

První kroky učitele

Libuše Podlahová



Tato publikace nechce svým názvem vyvolat mylný dojem, že začínající učitele je třeba „učit chodit“, nebo že je dokonce nutné navádět je „jak v tom chodit“. Chce jen upozornit na situace, které se ve vysokoškolské přípravě učitelů z různých důvodů nemohly vyskytnout v potřebné míře - pracovní smlouva, školní dokumentace, pracovní řád, administrativní povinnosti, právní odpovědnost učitele, mezilidské vztahy na pracovišti, povinnosti třídního učitele, bezpečnostní předpisy, pravomoc školní inspekce, možnosti dalšího vzdělávání, spolupráce s výchovným poradcem, metodikem školní prevence, pedagogickým asistentem.

Dalšími tématy jsou ta, která je dobré si neustále opakovat - příprava na hodinu, vedení hodiny, technika sebereflexe, kázeň, autorita učitele.

232 str., brož., 149 Kč

Ukážněná třída aneb Kázeňské minimum pro učitele

Stanislav Bendl



Příručka radí, jak nekázeň diagnostikovat, jak jí předcházet, jak pracovat s neukázněnými žáky. Teoretické poznatky jsou doprovázeny řadou příkladů a modelových situací z učitelské praxe.

Autor prezentuje kázeň jako nástroj ochrany žáků a učitelů ve školách, zaměřuje se na oblast základního školství. Ukazuje směr při vedení žáků ke kázni, předkládá zásady a nabízí metody práce s žáky, upozorňuje na četná úskalí výchovatelské práce, na chyby, kterých by se ve své práci s dětmi měli učitelé vyvarovat.

Knižka je adresována učitelům, vychovatelům i studentům všech pedagogických oborů.

304 str., brož., 249 Kč

Slavomil Fischer, Jiří Škoda

Speciální pedagogika

Edukace a rozvoj osob se somatickým,
psychickým a sociálním znevýhodněním

Vydalo Nakladatelství TRITON v Praze roku 2008
jako svou 1133. publikaci.
Vydání 1.

Odpovědná redaktorka: Klára Milošová

Obálka: Jiří Toman

Grafická úprava a sazba: Eva Filgasová

Tisk: Sprint

ISBN 978-80-7387-014-0