

MASARYKOVA UNIVERZITA V BRNĚ
PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Diplomová práce

Brno 2014

Bc. et Bc. Michaela Nádeníčková

MASARYKOVA UNIVERZITA V BRNĚ

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

KATEDRA SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKY

**Problematika duševních poruch u dětí
v psychiatrické léčebně**

Diplomová práce

Brno 2014

Vedoucí diplomové práce:

doc. PhDr. Věra Vojtová, Ph.D.

Vypracovala:

Bc. et Bc. Michaela Nádeníčková

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem závěrečnou diplomovou práci vypracovala samostatně, s využitím pouze citovaných literárních pramenů, dalších informací a zdrojů v souladu s Disciplinárním řádem pro studenty Pedagogické fakulty Masarykovy univerzity a se zákonem č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů. Souhlasím, aby práce byla uložena na Masarykově univerzitě v knihovně Pedagogické fakulty a zpřístupněna ke studijním účelům.

V Brně dne

.....

Bc. et Bc. Michaela Nádeníčková

Děkuji paní doc. PhDr. Věře Vojtové, Ph.D. za konzultace, cennou pomoc, rady a připomínky, kterými přispěla k vypracování této diplomové práce.

Děkuji též paní Mgr. Jarmile Drátovské, ředitelce základní školy při Dětské psychiatrické léčebně Opařany za vřelé návštěvy v zařízení a všem pracovníkům Dětské psychiatrické léčebny, kteří mi s ochotou poskytli informace k vypracování mé práce.

Anotace

Diplomová práce se věnuje problematice duševních poruch u předškolních, školních a adolescentních dětí, hospitalizovaných v dětské psychiatrické léčebně Opařany v Jihočeském kraji. V teoretické části vymezují pojmy, které souvisí s tématem práce, jako je problematika duševní poruchy ve speciálně-pedagogickém kontextu, mezioborová spolupráce při hospitalizaci těchto dětí a principy a podmínky edukace v základní škole, která je součástí DPL Opařany, včetně možnosti intervence v ZŠ a následnou reedukaci jednotlivých poruch. Klíčovým východiskem pro praktickou část diplomové práce je podání informací o duševních poruchách právě hospitalizovaných dětí a je tudíž úzce spjata pouze s těmito dětmi, jejich problémem a jejich způsobem života.

Klíčová slova

Duševní poruchy, poruchy chování, psychické poruchy, poruchy nálad, schizofrenie, autismus, mentální retardace, psychotické stavy, poruchy příjmu potravy

Annotation

This thesis deals with the problems of mental disorders in pre-school, school and adolescent children hospitalized in the psychiatric hospital Opařany in South Bohemia. In the theoretical part defines terms related to the topic of work, as is the issue of mental disorders in a specially-pedagogical context, interdisciplinary cooperation in the hospitalization of these children and the principles and conditions of education in elementary school, which is part of the DPL Opařany, including the possibility of intervention in primary school and subsequent reeducation individual disorders. A key starting point for the practical part of the thesis is to give information about mental disorders was hospitalized children and is therefore closely linked only with these children, their problem, and their way of life.

Keywords

Mental or behavioral disorders, mental disorders, mood disorders, schizophrenia, autism, mental retardation, psychosis, eating disorders

Obsah

| | |
|---|----|
| ÚVOD..... | 1 |
| 1. DUŠEVNÍ PORUCHY A PORUCHY CHOVÁNÍ U DĚTÍ V KONTEXTU ZDRAVÍ A NEMOCI | 3 |
| 1.1 Vymezení problematiky duševní poruchy ve speciálně pedagogickém kontextu..... | 3 |
| 1.2 Charakteristické znaky duševně nemocného dítěte..... | 4 |
| 1.3. Specifické edukační potřeby dítěte s duševní poruchou a SPCH..... | 6 |
| 1.3.1 Předškolní věk..... | 9 |
| 1.3.2 Dětství a prepuberta | 9 |
| 1.3.3 Dospívání | 10 |
| 2. VYBRANÉ DUŠEVNÍ PORUCHY A PORUCHY CHOVÁNÍ | 12 |
| 2.1 Absolutní nepořádek | 12 |
| 2.1.1 Psychotická porucha | 12 |
| 2.1.2 Duševní poruchy a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek | 14 |
| 2.2 Když nejde myslet a leccos se zdá jiné | 16 |
| 2.2.1 Schizofrenie | 16 |
| 2.3 Když není nálada..... | 18 |
| 2.3.1 Poruchy nálad a depresivní stavy..... | 20 |
| 2.4 Když mám strach | 23 |
| 2.4.1 Fobické a úzkostné poruchy..... | 24 |
| 2.4.2 Reakce na těžký stres | 26 |

| | | |
|-------|---|----|
| 2.4.3 | Somatoformní poruchy | 27 |
| 2.5 | Nechci být tlustá jako ona | 28 |
| 2.5.1 | Poruchy příjmu potravy | 29 |
| 2.6 | Když mi to nemyslí, tak jak má | 32 |
| 2.6.1 | Mentální retardace..... | 33 |
| 2.7 | Nestíhám, proč? | 40 |
| 2.7.1 | Specifické vývojové poruchy řeči a jazyka..... | 41 |
| 2.7.2 | Specifické poruchy školních dovedností..... | 42 |
| 2.7.3 | Pervazivní vývojové poruchy..... | 43 |
| 2.8 | Když mám stále co na práci | 45 |
| 2.8.1 | Poruchy chování a emocí | 47 |
| 2.8.2 | Tiky | 48 |
| 2.8.3 | Hyperkinetická porucha | 49 |
| 3. | MEZIOBOROVÁ SPOLUPRÁCE PŘI HOSPITALIZACI DĚTÍ S DUŠEVNÍMI PORUCHAMI | 50 |
| 3.1 | Psychiatrie a pedopsychiatrie..... | 50 |
| 3.2 | Dětská psychiatrická léčebna Opařany | 52 |
| 3.2.1 | Principy a podmínky edukace v ZŠ při DPL Opařany..... | 55 |
| 3.3 | Spolupráce školy a léčebny v DPL Opařany..... | 60 |
| 3.4 | Možnosti intervence v ZŠ při DPL | 62 |
| 4. | EMPIRICKÁ ČÁST | 67 |
| 4.1 | Formulace výzkumného problému..... | 67 |

| | | |
|-----|--|-----|
| 4.2 | Stanovení hlavních a dílčích cílů práce, hypotéz | 67 |
| 4.3 | Metodologie výzkumu | 68 |
| 4.4 | Charakteristika výzkumného vzorku a výzkumného prostředí | 69 |
| 4.5 | Interpretace a průběh výzkumného šetření | 70 |
| 4.6 | Závěry šetření..... | 89 |
| | ZÁVĚR..... | 90 |
| | RESUMÉ..... | 91 |
| | SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY | 92 |
| | SEZNAM TABULEK A GRAFŮ | 99 |
| | SEZNAM PŘÍLOH, PŘÍLOHY..... | 101 |

ÚVOD

Motto: Všichni lidé jsou v něčem stejní, někteří lidé jsou si v něčem podobní a každý člověk je v něčem od ostatních odlišný.

Lidské chování a jednání je velmi různorodé, různí lidé se v téže situaci chovají různě. Na tomto tvrzení zcela jistě není nic podivného. Ovšem jak by se změnilo naše smýšlení a výklad stejné věty, kdybych „různé lidi“ vyměnila za lidi, konkrétně za děti z psychiatrické léčebny? Nebo snad za děti s duševní poruchou? Mnozí, i vzdělaní, lidé považují duševní chorobu, v nejhorším případě dokonce za určitou formu posedlosti. Děti s touto nemocí někteří považují za nebezpečné nejen pro sebe, ale i pro své okolí, tedy i pro ostatní děti. Především z neznalosti skutečného stavu věci jsou tyto děti potom často zbytečně vyřazeny z kolektivu svých vrstevníků; jejich diagnóza je mnohdy důvodem, pro který do kolektivu zdravých nejsou "raději" vůbec přijaty. Tento stav dále ztěžuje nezáviděníhodný osud takto nemocných dětí a potažmo i jejich rodičů. Hodně záleží na stylu výchovy, který rodiče preferují a také na tom, jak budou své dítě podporovat v jeho dalším vývoji a budou mu oporou v kritických situacích. Je samozřejmé, že výchova nemocného dítěte je mnohem těžší, než výchova dítěte zdravého. Proto je třeba, aby se včas odhalil problém a dostalo se takovému dítěti odborné pomoci. V tomto případě je třeba vyhledat odbornou pomoc. Samotná problematika duševních poruch, zvláště pak poruch u dětí hospitalizovaných v DPL Opařany je mi velmi blízká, protože jsem se s ní již setkala během svých praxí a exkurzí při studiu Jihočeské Univerzity v Českých Budějovicích.

Svoji práci jsem rozdělila do třech teoretických částí, přičemž jednotlivé kapitoly na sebe volně navazují a jedné části výzkumné problematiky.

V první kapitole vymezuji problematiku duševní poruchy ve speciálně-pedagogickém kontextu, charakterizuji duševně nemocné dítě a zaměřuji se na specifické edukační potřeby dítěte se speciálními poruchami chování a duševními

poruchami ve třech obdobích jeho života. Jedná se o období předškolního věku, dětství a puberty a dospívání a to z toho důvodu, neboť právě tyto děti, v rozmezí od třech do osmnácti let, jsou v DPL Opařany hospitalizovány.

Druhá kapitola je východiskem pro praktickou část mé diplomové práce, neboť podává informace o vybraných duševních poruchách a poruchách chování hospitalizovaných dětí přímo v psychiatrické léčebně v Opařanech. To znamená, že tato část diplomové práce je úzce spjata pouze s těmito dětmi, jejich problémem a jejich životem, který pro ně není leckdy jednoduchý, a o kterém se ani v množství odborných publikacích zřejmě nedočteme.

Ve třetí a tudíž poslední teoretické části diplomové práce se zabývám mezioborovou spoluprací při hospitalizaci dětí, to znamená, že zde specifikuji termíny psychiatrie a pedopsychiatrie a zaměřuji se především spíše na prestiž těchto oborů. Soustředuji se i na principy a podmínky edukace v základní škole, která je součástí DPL Opařany a neopomím ani možnosti intervence v ZŠ a následnou reedukaci jednotlivých poruch. Zajímám se tedy nejenom o jejich povinnou školní docházku, ale i o jejich „mimoškolní“ život v léčebně.

Cílem mé práce je na základě teoretických poznatků o psychických a duševních poruchách u dětí analyzovat situaci v dětské psychiatrické léčebně v Opařanech, se zaměřením na zmapování jednotlivých diagnóz u chlapců a dívek zde „žijících“, dále analyzovat přístupy k intervenci dětí v DPL a užívaných intervenčních přístupů. Ve svém výzkumu se zabývám i dalšími dílčími cíly, k nimž především patří počet hospitalizovaných dětí, rozlišení poruch u dětí v předškolním, školním a adolescentním věku, nastínění typů reedukace, zejména psychoterapie. Dále se chci věnovat tomu, jakou roli hraje škola při hospitalizaci dětí, zhruba jak dlouho bývají tyto děti hospitalizované a kam po léčbě případně odchází.

1. DUŠEVNÍ PORUCHY A PORUCHY CHOVÁNÍ U DĚTÍ V KONTEXTU ZDRAVÍ A NEMOCI

1.1 Vymezení problematiky duševní poruchy ve speciálně pedagogickém kontextu

Pojem zdraví je základní kategorií medicíny i ošetrovatelství. Má aspekty biologické, psychologické a sociální, které vyjadřují sepejetí člověka s prostředím. Zdraví je dynamický proces. Je jedním ze základních práv každého člověka. Zdraví je podmínkou dobré fyzické a psychické pohody a dobré kvality života. Definice WHO z roku 1948 formuluje zdraví jako stav plné tělesné, duševní a sociální pohody, nikoliv pouze nepřítomnost choroby či poruchy nebo tělesné vady. (MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M., 2008)

Pojem zdraví nelze chápat negativně (zdraví je tam, kde není nemoc), ani pomocí kritérií normálnosti. Kritérium normálnosti samo o sobě neexistuje, je to vždy vztah k něčemu. Také na zdraví se nelze dívat jako na daný stav, ale jako na proces, který má svou dynamiku. Nevyvíjí se sám o sobě, ale vždy v určitém vztahu k prostředí a prostředí klade na organismus jistý rozsah nároků. (DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ, A., 2010)

Duševní zdraví znamená dobrou kondici celé osobnosti, není to jen nepřítomnost duševní poruchy. Duševně zdravý člověk má přijímat a zpracovávat informace, řešit problémy, logicky myslet. Umí plánovat a plány uskutečňovat. Je schopný podílet se na změnách a vytvářet nové věci. Umí komunikovat. Aktivně se zúčastňuje dění kolem sebe. Dobře se adaptuje na nové situace. Poznává se podle citové vyrovnanosti, zvládá vlastní emoce a zároveň se dovede uvolnit. Dokáže pracovat a udržovat partnerský vztah. Duševní zdraví představuje schopnost přizpůsobovat se situacím a reagovat na ně. (MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M., 2008)

Poněkud odlišný pohled na otázku zdraví a nemoci (poruchy) mají sociologové. Ti považují duševní poruchu za projev deviantního chování. Sociologové chápou nemoc

jako úchylku. Důvodem takového chápání je společenská nežádoucnost nemoci a odchýlení se od chování, které od jedince společnost očekává. To znamená, že jde o odchylku plnění obvyklých společenských úloh a rolí. (DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ, A., 2010)

Podle Parsona a Freidsona (in DUŠEK, VEČEŘOVÁ, 2010) má role nemocného čtyři charakteristické rysy:

- Nemocný je považován za nezodpovědného za vznik svého stavu a za neschopného odstranit jej svou vůlí.
- Nemocný je zproštěn svých dosavadních povinností.
- Nemocný je povinen dávat najevo vědomí nežádoucnosti svého stavu a jeho přechodnosti.
- Nemocný je povinen vyhledat odborníky a spolupracovat s nimi, nedojde-li ke spontánní úpravě stavu.

Téma duševních poruch se vyskytuje tedy v mnoha vědních disciplínách, ať již se jedná o psychologii, sociologii nebo pedagogiku. Vědní obor, který však má duševní poruchy v primární kompetenci, je psychopatologie. Zabývá se duševními odchylkami a poruchami ve smyslu studování jejich příčin a uplatňuje se zejména v diagnostice (PRŮCHA, 2001).

1.2 Charakteristické znaky duševně nemocného dítěte

Do níže vypracované tabulky jsem zpracovala dle Mezinárodní klasifikace nemocí (PALČOVÁ, 1996) primární charakteristické znaky duševně nemocného:

| Označení | Nemoc | Charakteristické znaky |
|----------|--|--|
| F00-F09 | Organické duševní poruchy včetně symptomatických | - porušené chápání - zhoršení emoční kontroly, sociálního chování nebo motivace |
| F10-F19 | Poruchy duševní a poruchy chování | - porucha úrovně vědomí, poznávání, vnímání, emotivity, chování |

| | | |
|---------|---|---|
| | způsobené užíváním psychoaktivních látek | - halucinóza, žárlivost, paranoia, psychóza |
| F20-F29 | Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy | - vkládání, odnímání, vysílání myšlenek, bludné vnímání - pasivita, ovlivňování - sluchové halucinace |
| F30-F39 | Afektivní poruchy (poruchy nálady) | - přetrvávající zvýšená nálada, zvýšená energie a zvýšená aktivita - dobrá fyzická i psychická výkonnost - zvýšená sociabilita, hovornost, přehnaná familiárnost, zvýšená sexuální energie, snížená potřeba spánku |
| F40-F49 | Neurotické, stresové a somatoformní poruchy | - vyhýbání se styku s lidmi - nízká sebeúcta, strach z kritiky - červenání, třes rukou, nucení na močení - panická ataka |
| F50-F59 | Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory | - strach ze ztloustnutí, amenorea - výrazný váhový úbytek - zvýšený zájem o vlastní tělesnou váhu |
| F60-F69 | Poruchy osobnosti a chování u dospělých | - nadměrná citlivost k odmítnutí, neodpouštění urážek, podezřívavost, tendence zkreslovat zážitky chybným interpretováním, excesivní důležitost vlastní osoby, excesivní vztahovačnost - distance od citových, sociálních a jiných kontaktů, introspektivní rezervovanost, neschopnost vyjadřovat city - bezohlednost v sociálních závazcích, nedostatek cítění pro druhé, nízký práh pro spuštění agrese, klamání druhých, konfliktnost - labilní afektivita, sebedramatizace, teatrálnost, přehnaný projev emocí, sugestibilita, egocentričnost, povolnost vůči sobě, nedostatek ohledu na druhé - pocit osobní nejistoty, nadměrnou svědomitost, zaměřováním se detaily, kontrola, tvrdohlavost, opatrnost a rigidita - pocity napětí a obavy, nejistota a podřízenost - potřeba být milován a přijímán, přecitlivělost na odmítnutí a kritiku - pronikavá závislost na druhých |

| | | |
|---------|---|--|
| F70-F79 | Mentální retardace | <ul style="list-style-type: none"> - obtíže při školní výuce - vývojové opožďení v dětství - nesamostatnost |
| F80-F89 | Poruchy psychického vývoje | <ul style="list-style-type: none"> - specifické vývojové poruchy řeči a jazyka jsou často následovány přidruženými problémy, jako jsou obtíže ve čtení a psaní, obtíže v meziosobních vztazích a poruchy emocí a chování. |
| F90-F98 | Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v dospívání | <ul style="list-style-type: none"> - nedostatečná vytrvalost v činnostech - nadměrná aktivita - neukázněnost, impulzivita, náchylnost k úrazům - nedostatek opatrnosti a odstupu, konfliktnost |

1.3. Specifické edukační potřeby dítěte s duševní poruchou a SPCH

Speciální výuka probíhá u žáků, kteří mají od počátku povinné školní docházky více, či méně výrazné problémy. Tudiž i žáci se specifickými vývojovými poruchami učení a chování a žáci s nejrůznějším zdravotním postižením.

Co se týče vzdělávání žáků se zdravotním postižením, uskutečňuje se formou individuální integrace do běžných tříd. Ve všech organizačních formách vzdělávání je nutné vytvářet žákům podmínky pro jejich úspěšné vzdělávání a uspokojování jejich speciálních vzdělávacích potřeb. Z důvodu zdravotního postižení žáků je třeba uplatňovat při jejich vzdělávání kombinace speciálně pedagogických postupů a alternativních metod s modifikovanými metodami používanými ve vzdělávání běžné populace. Tyto metody nacházejí uplatnění zejména při rozvíjení rozumových schopností, orientačních dovedností, zlepšování sociální komunikace a dalších specifických dovedností žáků.

Při plánování a realizaci vzdělávacího procesu je třeba vycházet z konkrétního zjištění a popisu speciálních vzdělávacích potřeb a možností žáků. Přestože lze nalézt v jednotlivých skupinách žáků se zdravotním postižením společné charakteristiky vzdělávacích potřeb a stejný druh speciálně pedagogické podpory, je třeba mít na zřeteli fakt, že se žáci jako jednotlivci ve svých individuálních vzdělávacích potřebách a možnostech liší. Proto i výuka předmětů speciálně pedagogické péče probíhá v souladu

s principy individualizace a diferenciacie vzdělávání. (podle internetového článku „Žáci se SVP“)

Speciálně pedagogická péče je zaměřena na rozvoj a posílení oslabených funkcí centrálního nervového systému a osvojení potřebných dovedností. Výuku speciálních dovedností provádí speciální pedagog či učitel, který absolvoval program akreditovaný MŠMT v rámci dalšího vzdělávání pedagogických pracovníků. Škola by měla umožnit žákům využívat dostupné kompenzační pomůcky – kalkulátor, počítač, magnetofon, speciální metodické pomůcky, přistupovat k nim individuálně. Rovněž jsou využívány alternativní metody a postupy. Úspěch a dosažení dobrých výsledků v edukačním procesu žáků se specifickými poruchami učení znamená mít dostatek vědomostí této oblasti, být vytrvalý, mít dobrou vůli a zažívat uspokojení i z malých úspěchů dosažených při práci. (SWIERKOSZOVÁ, 2008)

Organizace vzdělávacího procesu v kontextu žáků se SPU podle Swierkoszové vyžaduje:

- Uplatňovat speciálně pedagogické postupy a způsoby práce v průběhu celého vyučování. Je důležité volit přiměřené tempo, individuální přístup, využívat možnosti úpravy rozsahu učiva.
- Přístup učitele při výuce, upřednostnění ústního osvojování učiva příslušného předmětu před písemným projevem, volba doplňovacích cvičení, omezení psaní diktátů nebo volba přípravy diktátu před samotným psaním.
- Přihlédnutí k charakteru poruchy při hodnocení a klasifikaci, kratší texty, kontrola porozumění textu, kritérium čitelnosti před úpravností, využívání názorných pomůcek.
- Vhodným způsobem vysvětlit ostatním žákům rozdílný přístup hodnocení žáků se SPU.
- Dát dítěti se SPU možnost zažít pocit úspěchu, chválit za snahu. Vycházet ze znalosti příznaků postižení.
- Zvýraznit motivační složku hodnocení. Hodnotit pouze jevy, které žák zvládl a využívat i jiných forem hodnocení. V období povinné školní docházky upřednostňovat širší slovní hodnocení. Přihlédnout k charakteru poruchy při klasifikaci a hodnocení.

- Specifický přístup při klasifikaci žáka je třeba uplatňovat ve všech předmětech, do kterých se promítají příznaky postižení.
- Individuální práce se žákem, respektování jeho pracovního tempa.
- Používat ověřené postupy i nové metody náprav.
- Snížený počet žáků ve třídě, zařazení do vhodné skupiny žáků.
- Přehledné a strukturované prostředí. Pravidelný režim dne, pravidelná relaxace.
- Dobrá komunikace školy s rodiči, aktivní spolupráce s rodiči zaměřená na jednotnost přístupu.
- Použít specifické postupy a metody výuky, posilovat dovednosti vlastního čtení a psaní, hlavně i schopnosti porozumět čtenému a psanému textu.
- Pracovat s učebnicemi, slovníky a dalšími tištěnými materiály.
- Podporovat koncentraci, potlačovat hyperaktivitu a impulzivní jednání, zajistit kvalifikovaný personál

Existuje však několik výchovně vzdělávacích metod, které se používají v edukaci dětí a žáků se SPUCH. Jejich výběr by měl být vždy individuální, v závislosti na mnoha okolnostech. Měl by být konzultován s odborníky.

Nejznámější aplikovaná metoda v edukaci dětí a žáků se SPUCH je Metoda dobrého startu. Její průkopnicí v ČR je právě výše zmíněná PhDr. Jana Swierkoszová. Ta uvádí, že Metoda dobrého startu je příkladem multisenzoriálního přístupu k dětem, žákům. Doporučuje, aby se při její aplikaci velmi rozvážilo, kolik dětí (žáků) ve skupině se dá zvládnout. Pokud si to náročnost případu vyžaduje, může se pracovat jen s jedním dítětem (žákem). Metoda dobrého startu (MDS) sleduje rozvoj psychomotoriky ve všech aspektech v součinnosti se sférou emociálně motivační a sociální. Cvičení MDS u dětí s normální psychomotorickou úrovní rozvoj aktivizují, u dětí s poruchami vývoje upravují nepravidelně se rozvíjející funkce. MDS je určena dětem ve věku 5 -12 let. Metoda je rozpracovaná do 25-ti lekcí s dostatečným výběrem modelových situací, respektuje individualitu dítěte i možnosti učitele, vychovatele, speciálního pedagoga, psychologa a dalších odborníků s pedagogicko - psychologickým vzděláním, akceptuje aktuální odborné poznatky a možnosti škol, pedagogicko psychologických poraden, speciálně pedagogických center, je použitelná i ve

zdravotnických a nestátních pedagogicko psychologických zařízeních. (SWIERKOSZOVÁ, 2008)

V následujících třech podkapitolách uvádím vývoj dítěte bez zjevných potíží, chci poukázat na to, jak se v rámci dětství až po dospělost vyvíjí po stránce rozumové, tělesné, sociální, též jeho myšlení a styl učení „zdravého“ jedince. Poté následuje hodnocení pro žáky se SPUCH a duševními poruchami.

1.3.1 Předškolní věk

V tomto období (3 roky – 6 let) jde především o vytváření sociálních vazeb. Proto již dítěti nestačí jen dospělé osoby, případně sourozenci v rodině, ale velmi účelné a žádané začínají být vztahy mezi vrstevníky. Dětská hra probíhá velmi vášnivě a s plnou opravdovostí (OREL, M., FACOVÁ, V., 2009)

U předškoláků postupuje i rozumový vývoj, zejména v oblasti chápání první jednoduché matematiky (např. rozlišení toho, co je více a co je méně).

Myšlení těchto dětí je dosti egocentrické – domnívají se, že jak to myslí ony, tak stejně myslí i ti ostatní. Může být těžké vymluvit jim jejich názor.

Učení je v tomto období velmi spoutání. Spontánní učení je individuální, ale zcela přirozený proces. U každého jedince je zakotvený prostřednictvím genů (genotypově) – jako je např. zvědavost, potřeba poznávat, objevovat, rozvíjet a být neustále v interakci se svým okolím. Představuje základní principy vývoje našeho vědomí a zajišťuje individualizaci jedince. Jeho základem je přímá a kooperativně výkonná činnost. Uplatňuje se při něm převážně tělesný a emoční subsystém. (OREL, M., FACOVÁ, V., 2009)

1.3.2 Dětství a prepuberta

Nástup do školy pro děti představuje mnoho změn. Souvisejí se změnou kolektivu, velmi rychle se jim otevírají nové obzory. Ke hře přistupuje i povinnost v rámci školní práce. Z psychologického hlediska dominují principy se silnou potřebou

kooperovat a účastnit se všeho toho, co dělají jiní. Narůstá zejména sociální nápodoba.

V období od čtvrté třídy základní školy se vývojově prudce a rychle mění interakčně komunikační styl kooperace a hry za proces sociální participace a potřeby úspěšného výkonu a vytváření a spoluvytváření společenských platných hodnot. Změna kooperace v participaci navozuje v rámci školního prostředí i změnu v potřebě hodnocení. Dochází k propojení spontánního a formálního učení.

Pokud se proces participace a sebehledání ve skupině podaří, usnadní se nastupující proces strukturovaně řízeného učení, který pak dominuje téměř v celém průběhu střední školy. (OREL, M., FACOVÁ, V., 2009)

1.3.3 Dospívání

Období adolescence, tedy dospívání je charakterizováno jako období těžké a plné rozporů. Úkolem adolescenta je vyznat se sám v sobě a zároveň se začlenit v rámci světa. Mladý člověk hledá svou identitu, zvažuje kariérní pozici, způsob začlenění v rámci své zvolené odbornosti. Často „pokusně“ volí své první povolání. Zpravidla vytváří první partnerské vztahy.

V rámci učení nabývá převahy formalizované učení, ovšem s nutností podpořit individuální rozvoj. (OREL, FACOVÁ 2009)

SPUCH představují konečný název pro skupinu heterogenních poruch, u kterých se jedná o dysfunkce centrálního nervového systému. Objevují se již v předškolním věku, člověk se s nimi potýká celý život a u každého jedince se mohou projevit v různé formě a intenzitě. (SWIRKOSZOVÁ 2008)

Se změnou na výchovu a vzdělávání žáků se speciálně vzdělávacími potřebami (inkluzivní vzdělávání) se mění postavení učitelů a speciálních pedagogů na školách a charakter jejich úkolů při edukativním procesu. Abychom došli ke správnému pochopení speciálně-pedagogické podpory a její organizace, je třeba vzít na zřetel vývojové potřeby učení podmíněné postižením nebo dané v důsledku socializace. Při tom je mimořádně důležité, aby to, co je společné ve vývojových procesech, životních zkušenostech, vzdělávacích nabídkách a v sociálním ohledu, ve společném životě a jeho

utváření ve společném světě, bylo i základem všech pedagogických úvah. Nicméně žáci s vývojovými těžkostmi rozdílné a komplexní geneze mají také často ještě speciální potřeby. (srov. Vítková, M. 2006 in PIPEKOVÁ, M. 2010)

2. VYBRANÉ DUŠEVNÍ PORUCHY A PORUCHY CHOVÁNÍ

2.1 Absolutní nepořádek

Duševní pohoda je nedílnou součástí celkového zdraví každého člověka a zrovna jako zdraví tělesné může být i zdraví psychické ohroženo celou řadou poruch. Ty mohou být lehké a přechodné, ale i závažné nebo dokonce život ohrožující. Vznikat mohou z příčin vnějších i vnitřních; někteří lidé mají patrně k duševním poruchám větší náchylnost než jiní, Nicméně za určitých okolností může, podle článku na webové stránce Psychoportal.cz, psychicky onemocnět prakticky kdokoli z nás.

Určité životní fáze přinášejí samy o sobě významné změny, které mohou být velmi stresující, ačkoli jsou přirozené a žádoucí. Počínaje dětstvím, kdy se ovšem za běžných okolností o pohodu, rozvoj a tělesné i duševní zdraví starají rodiče, je to dále hlavně období dospívání a mladé dospělosti, založení vlastní rodiny, narození a výchova dětí, v pozdějším věku odchod vlastních dětí z domova, končení vlastní pracovní kariéry a přechod do penze, a konečně stárnutí a stáří. Přechod mezi životními fázemi je obdobím zvýšených nároků, s nimiž si člověk nemusí vědět rady. I mimo tato přechodová období však mohou kohokoli potkat těžkosti, které narušují tělesnou, duševní či sociální pohodu a mohou vést i k propuknutí onemocnění.

Absolutní nepořádek má pak uvnitř sebe nejen sám nemocný, ale onemocnění zasahuje do života celé jeho rodiny.

2.1.1 Psychotická porucha

Psychotické poruchy – psychózy, jsou charakteristické závažným organickým poškozením mozku, které je patrné i na snímcích z neurologického vyšetření (např. CT, EEG apod.). Pro psychózy je typická ztráta kontaktu člověka se skutečností. Reálný svět

ustupuje pod náporom bludných představ a halucinací. Jedinec s psychotickým onemocněním nemá nad svou nemocí žádný náhled, je přesvědčen, že žádnou nemocí netrpí. (SYŘIŠŤOVÁ, 1972)

V počátcích psychózy si však jedinec uvědomuje nepochopitelný zlom ve svém životě, svou bezmocnost, svou vrženost do hry neznámých sil, své propadání do záhuby, ohrožení, jehož se děsí. Psychotici hrubě zkreslují skutečnost, mohou trpět halucinacemi a bludy, nesprávně pohlízejí na sebe, bludně se obviňují nebo naopak trpí velikášstvím, nekriticky hodnotí svůj stav a své vztahy k okolí. Většinou sami k lékaři nepřijdou, poněvadž neuznávají, že jsou nemocní. Bývají přiváděni k psychiatrovi teprve tehdy, stává – li se jejich chování již velmi nápadné nebo pro okolí nesnesitelné, tedy již poměrně pozdě. (HAUSNER, 1981)

Vzhledem k rozmanitosti psychotických onemocnění nelze nijak stručně předložit jasnou definici. V následujícím odstavci uvádím společné znaky vyskytujících se u psychotických poruch v kontextu různých autorů.

HARTL, HARTLOVÁ (2000) psychózu chápe jako „těžké duševní onemocnění, při němž je zpravidla ztracen kontakt jedince s realitou. Vnímání, prožívání, cítění i vůle jsou těžce deformovány a chybí náhled nemoci." Stejně tak KOTASOVÁ (2001) definuje psychózu jako duševní chorobu, při níž dochází k těžkému narušení a změně uvědomování si sebe sama, ostatních osob a vnějšího světa, ke změně aktivity osobnosti, eventuálně intelektu, což se projevuje zřetelnou poruchou chování a způsobu života, jehož psychopatologii nemocný do určité míry akceptuje. Dále uvádí, že se jedinec s psychotickým onemocněním sžije, transformuje si realitu podle vlastního bludného přesvědčení a je složité ho dostat z této pseudorealisty ven. Stejný názor má i KUČEROVÁ (2013), která popisuje psychózu jako vážnou psychickou poruchu v obecném slova smyslu, při níž je aktuálně narušena osobnost do té míry, že je porušena její integrita. Dále ještě uvádí, že pro člověka s psychózou nastává situace, kdy on sám jakousi logiku ve svém myšlení a konání vidí, ale okolí mu nerozumí a jeho myšlení a jednání je pro ně nepochopitelné. Obrazně řečeno, autorka zdůrazňuje, že člověk v psychóze není vlastně tím člověkem, jakým obvykle bývá nebo jakým býval dříve. Jeho osobnost se chová jinak, než by se chovala bez psychózy. V neposlední řadě definice MEČÍŘE (in RICHTEROVÁ, HOLUB, MEČÍŘ, TRNKA,

1969), který tvrdí, že názvem psychózy označujeme těžká duševní onemocnění, která jsou doprovázena závažnými poruchami osobnosti, vnímání, myšlení, emotivity, jednání. Mezi důsledky těchto nemocí často zjistíme, že se nemocný nemůže orientovat v čase, prostředí, zkresleně chápe realitu, ztrácí někdy i souvislost se svou původní osobností.

Jak je z výše psaného jasné, všechny definice mají mnoho společného. Z definic vyplývá, že psychotická onemocnění mají velmi vážný charakter, jedinec ztrácí kontakt s realitou, neboť mu přestává rozumět. Dalším velice důležitým aspektem vyplývajícím z definic je, že psychotik nemá nad své onemocnění náhled a může tak ohrozit život a zdraví sobě i svému okolí.

2.1.2 Duševní poruchy a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek

Existuje více onemocnění s psychotickými příznaky, mezi nejčastější patří bipolární porucha osobnosti a schizofrenie, kterou se zabývám níže. K psychotickým symptomům může dojít samozřejmě také i po intoxikaci alkoholem či jinými drogami.

Dle MKN-10 jsou tyto poruchy zařazeny pod kód F10-F19. Jedná se o duševní poruchy a poruchy chování užíváním alkoholu, opiátů, kanabinoidů, sedativ a hypnotik, kokainu a jiných stimulací včetně kofeinu, halucinogenů, tabáku, prchavých rozpouštědel nebo různých kombinací těchto látek.

Psychotické příznaky se vyskytnou již během užívání nebo do dvou týdnů po skončení užívání návykové látky. Příznaky trvají déle než 48 hodin a většinou vymizí do jednoho měsíce, nejdéle do šesti měsíců.

Typická je přítomnost zejména sluchových halucinací, paranoidních a perzekučních bludů, vztahovačnosti, psychomotorických poruch a abnormálních emocí, které se mohou vyskytovat od stavů extáze až po intenzivní strach. Vědomí bývá zpravidla jasné bez závažných stavů zmatenosti. (HORÁČEK, 2003)

Klasifikace: (KELNEROVÁ, MATĚJKOVÁ, 2014)

- *Akutní intoxikace* – přechodný stav po intoxikaci alkoholem nebo jiné psychoaktivní látky (KELNEROVÁ, MATĚJKOVÁ in HARTL, HARTLOVÁ, 2001). Akutní intoxikace způsobuje poruchy vědomí, poznávání, emocionality a chování. Její stav i průběh je závislý na velikosti dávky, která byla použita. Zahrnuje akutní opilost, úlety, drogy, aj. Mohou při ní vzniknout komplikace, ke kterým patří vdechnutí zvratků, trauma, kóma, křeče, delirium, útlum dechového centra, ztráta nebo poškození paměti či jiné zdravotní problémy.
- *Škodlivé užívání* – poškození zdraví může být somatické (hepatitida) nebo psychické (mohou vzniknout sekundární deprese až těžký alkoholismus). Vzniká také tzv. abúzus psychoaktivní látky, což je návykové chování.
- *Syndrom závislosti* – silná, přemáhající, nutkavá touha brát psychoaktivní látku, alkohol nebo tabák (KELNEROVÁ, MATĚJKOVÁ in HARTL, HARTLOVÁ, 2010)). Patří sem behaviorální, kognitivní i fyziologické stavy, které se objevují po opakovaném užívání psychoaktivní látky (substance). Zpravidla je spojen s velmi silnou a neovladatelnou touhou po dalším užití drogy. Narušena je schopnost ovládnutí, snaha o stále častější užívání, která vede k neschopnosti plnit si pracovní a rodinné povinnosti. Dochází ke ztrátě rodinného zázemí i zaměstnání, což s sebou přináší finanční problémy. Do této kategorie patří: chronický alkoholismus, dipsomanie (nutkání k několikedennímu pití alkoholu až do stavu otravy), toxikomanie (abnormální až patologický stav vyvolaný častým užíváním drogy).

2.2 Když nejde myslet a leccos se zdá jiné

Každý den si všímáme jedinců, kteří jsou něčím „specifičtí“ a „zvláštní“. Svým způsobem jsou „jiní“ a „odlišní“. A někteří stojí „mimo normu“ – rozhodně alespoň statistickou. Ovšem platí, že „jakákoli jedinečnost je mimo normu“ a že bez ní bychom se jako lidský rod neposunuli nikam dál. Někteří z těchto jedinců působí ve významných oblastech vědy, kultury či politiky. Autoři tímto chtějí říci, že lidé s psychickými poruchami jsou nejenom mezi námi, ale mohou to být právě ti, kteří posouvají dějiny, vědu a umění, a to pokud ne dopředu pak rozhodně „někam“. (OREL, FACOVÁ, 2009)

K nejdiskutovanějším diagnostickým kategoriím patří poruchy osobnosti a jedno z nejzávažnějších psychiatrických onemocnění – schizofrenie.

2.2.1 Schizofrenie

Pojem schizofrenie je užíván přes 100let, nicméně onemocnění, které pod toto označení zahrnujeme, provází lidstvo odnepaměti. A ačkoli se setkáváme s poněkud odlišnými konkrétními projevy v různých částech světa, postihuje zhruba rovnoměrně všechny kultury i epochy. Schizofrenie je považována za jedno z nejzávažnějších psychických onemocnění. ČEŠKOVÁ (2012) uvádí, že schizofrenie je diagnostikována u čtvrtiny pacientů hospitalizovaných v psychiatrických léčebnách a u poloviny pacientů přijatých do psychiatrických zařízení za rok. Důležitá je také skutečnost, že onemocnění propuká nejčastěji v mladém věku (zde se autoři mírně rozcházejí, ale rozmezí vychází mezi 15 a 35 rok života). V období, kdy jedinec dospívá, dochází k důležitým událostem v jeho životě jako je odpoutání od rodiny, založení rodiny vlastní. Každý se s tímto složitým obdobím vyrovnává vlastním způsobem, ale jedinec s počínající psychózou tuto etapu adekvátně nezvládá a často zůstává i nadále závislý na své rodině

Schizofrenie narušuje všechny psychické funkce, chování, jednání, ale také kontakt s realitou a vztah ke skutečnosti. Většinou výrazně mění kvalitu života. (OREL, FACOVÁ, 2009)

Postižení psychických funkcí u schizofrenie: (DUŠEK, VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2010)

Osobnost postiženého se může již premorbidně určitými charakteristickými rysy, například plachostí, redukcí sociálních kontaktů, uzavřeností. V úvodních projevech bývá plané filozofování, zájem o bizarní otázky nebo problémy. S trváním onemocnění se objevuje netečnost, nezájem o okolí, postižený se soustřeďuje na vnitřní svět, který při přítomnosti bludů může být pestrý a pacientovi zcela nahrazuje realitu. S nastupující dezintegrací osobnosti se i vnitřní svět schizofrenika rozpadá.

Myšlení je postiženo po formální obsahové stránce. Porucha myšlení je jedním z hlavních příznaků schizofrenie. Z formálních projevů se vyskytují zárazy, tvorba vlastní symboliky, které nikdo jiný kromě pacienta nerozumí, neologismy. Po obsahové stránce bývá pro schizofrenii charakteristická přítomnost bludů, které mohou perzekuční, úkorné, megalomanické.

Vnímání je u některých forem schizofrenie výrazně narušeno. Vyskytují se iluze a halucinace. Nejčastější jsou halucinace sluchové. Typické halucinace pro schizofrenii jsou slyšení hlasů (ozvučování myšlenek), člověk má pocit, že ostatní mohou „číst“ jeho myšlenky a přivlastňovat si je nebo mu je vkládat do mysli proti jeho vůli (RABOCH 2006).

Negativní příznaky znamenají oslabení nebo ztrátu normálních funkcí. Právě tyto příznaky, podle SVOBODY (2006), jsou považovány za primární a jsou zodpovědné za funkční neschopnost a špatnou kvalitu života. Jedná se o oslabenou intenzitu emočních projevů, ochuzení myšlení a řeči, oslabení vůle, ztrátu motivace (stav apatie a naprosté ztuhlosti na několik dnů i týdnů, takže i běžné denní úkony vyžadují velké úsilí), také ztráta schopnosti prožívat radost a tendence k sociální izolaci. Dalším nepřiměřeným způsobem vyjadřování emocí je např. povznesená nálada, deprese nebo zmatenost. (VÁGNEROVÁ, 2004)

Jedním z typických rysů schizofrenie je mnohotvárnost. Můžeme říci, že schizofrenie je „nemoc tisíce tváří“. Tisíc pacientů se schizofrenií může mít 1000krát jiný obraz nemoci. Zmíněná mnohotvárnost se týká jak symptomatiky, tak průběhu či odpovědi na léčbu. (OREL, FACOVÁ, 2009)

Právě proto je podle VÁGNEROVÉ (2004) schizofrenie výrazným stigmatizujícím onemocněním. Lidé s duševní poruchou se díky svým nezvyklým projevům chování odchylojí od dané společenské normy a převažující reakcí ostatních lidí, podle autorky, je pak odmítání takto odlišného jedince nebo dokonce snaha o jeho vyloučení ze společnosti. K posílení předsudků také dochází díky nedostatečné znalosti společnosti o příčinách této choroby a o jejím prožívání samotnými lidmi trpícími schizofrenií (HAUSNER, 1979 in VÁGNEROVÁ, 2004).

Příčina schizofrenie není ještě dostatečně prozkoumána. Zřejmě se však jedná o mnoho na sebe působících elementů od dědičné dispozice k působení okolních vlivů a vyvolávajících podnětů. Jinak také můžeme říct souhrn faktorů biologických, psychologických a sociálních.

Biologické faktory jsou především genetické. Genetické studie rodin, dvojčat a studie s adoptivními jedinci ukázaly, že genetické faktory hrají u schizofrenní poruchy významnou roli, a že genetický vliv je nejvíce prokazatelný v případě dvojčat. V případě onemocnění jednovaječného dvojčete onemocní druhé dvojče průměrně v 50%, i když každé z nich vyrůstá v jiném prostředí. (RABOCH, PAVLOVSKÝ, 2004).

Další biologickou příčinou mohou být prenatální vlivy infekční (např. matky v těhotenství), traumata prenatální a perinatální nebo vývojové anomálie. U psychologických a sociálních příčin, které spolu ve většině případů úzce souvisí, se jedná především o zmíněné důležité životní události a emoční expresivitu neboli citové zaujetí.

Obecně lze tedy říct, že zatím neexistuje jednoznačná a nezbytná příčina onemocnění. Vždy se jedná o soubor více rizikových faktorů, které spolu více či méně souvisí.

2.3 Když není nálada

Poruchy nálady zcela jistě doprovázejí lidstvo od samého počátku věků. Podle různých historických pramenů jimi trpěli nejenom významní panovníci ale i nadaní umělci. Po celou dobu nesly tyto poruchy různá náboženská nebo společenská stigmata (trest za hříchy, slabost, lenost, neschopnost) a potýkaly se s problémem přijetí nemoci

okolím pacientů a odsuzujícími názory veřejnosti. Některá z těchto stigmat zejména ve spojitosti s depresí přetrvávají až do dnešní doby, což velmi komplikuje práci lékařům a působí zbytečné trápení nemocným.

Můžeme říci, že výskyt afektivních poruch se v současné populaci stává čím dál častějším jevem, což má nepochybně negativní medicínský, společenský i ekonomický dopad, neboť nemocní ztrácejí schopnost vykovávat své zaměstnání a tím mohou ztratit i svůj společenský status.

Afektivní poruchy, tedy poruchy nálad se klasifikují (dle MKN-10) podle příčiny (RABOCH, ZVOLSKÝ 2001):

- primární – příčinou patologické nálady je přímo afektivní porucha;
- sekundární – příčinou patologické nálady je organická porucha CNS nebo nadměrné užívání návykových látek
- polarity (unipolární, bipolární)
- intenzity a délky trvání

Příčiny afektivních poruch nejsou ještě dostatečně známy, proto se při rozdělování vychází zejména ze symptomatologie. Afektivní poruchy se dělí na (RABOCH, ZVOLSKÝ 2001):

- manickou epizodu
- depresivní epizodu
- bipolární afektivní poruchu
- rekurentní depresivní poruchu
- trvalé poruchy nálady
- jiné poruchy nálady

2.3.1 Poruchy nálad a depresivní stavy

ZVOLSKÝ (1996) náladu definoval takto: „*Nálada je déle trvající, funkční nastavení emočního systému, déle trvající pohotovost k emočním reakcím určitého typu a je bází pro řadu psychických pochodů. V podstatě není vázaná na běžné zážitky, na obsah vědomí. Sama však ovlivňuje charakter ostatních funkcí jako pozornost, všípivost, paměti, pohotovost, hodnocení, motivaci, afekty, myšlení, chování, mimiku apod.*“ Pokud dojde k dlouhodobému narušení této nálady, vzniká afektivní psychóza, která je charakteristická nejčastěji depresí, úzkostí a na druhé straně povznešenou náladou a vzrušením, tedy mánií. (KOTASOVÁ, 2000)

DEPRESE

Termín deprese se v každodenním životě laiky, ale i medicínskými odborníky, užívá velmi často. Pojem se do jisté míry v této obecné podobě zprofanizoval a není pro psychiatrii přínosný (běžně se setkáváme s výrazem „mám depku“ a přitom se tímto termínem myslí spíše jen přechodná depresivní nálada). (DUŠEK, VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2010)

Depresivní resp. melancholické ladění velmi silně ovlivňuje veškeré prožívání, uvažování i chování nemocného. Vede k poruchám psychické regulace, k útlumu potřeb i volní aktivity.“ (VÁGNEROVÁ, 1999)

Deprese bývá tedy provázena psychomotorickým útlumem nebo neklidem. Neklid je častější u těch forem depresí, kde je výraznější složka úzkosti. Není rozhodující, ke které formě deprese patří. Ovšem utlumené projevy můžeme pozorovat i u deprese s výraznou úzkostí. Souvisí to s věkem, častěji jsou tyto obrazy v involuci a seniu. Mezi těmito projevy a věkem je jistý vztah. U mladých pacientů a nemocných středního věku převažuje prostá deprese, s věkem přibývá úzkost. (DUŠEK, VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2010)

Deprese má celou řadu projevů. Typická je velmi pesimistická nálada, neschopnost se radovat, ztráta zájmu o okolí. Může dojít až k zanedbávání péče o svou

osobu. Velmi silné mohou být pocity beznaděje a bezvýchodnosti. Charakteristická je ztráta energie, zpomalení a omezení aktivity. (HAUSNER, 1979)

Mohou se vyskytnout i kognitivní dysfunkce (ovšem ne v takovém rozsahu jako u schizofrenie), jako nesoustředivost, váhavost, nerozhodnost a zpomalené myšlení. Další příznaky objevující se v oblasti myšlení jsou ztráta sebedůvěry, výčitky nebo nepřiměřené pocity viny. Sebeobviňování a do nitra mířená agrese jsou typické. Celkově se jedná o zkreslené vnímání reality (blud). Objevit se mohou dokonce úvahy o sebevraždě. Ty jsou u deprese mimořádně nebezpečné. I když řada epizod ustoupí bez léčby, s každou takovou neléčenou epizodou roste jednak riziko vzniku dalších, intenzivnějších, jednak i riziko sebevraždy. (KALINA, 2001, VÁGNEROVÁ, 2004)

Spolu s těmito příznaky se vyskytují i somatické potíže jako bolest hlavy, bolest na hrudi nebo závratě, poruchy spánku a také nechutenství a následně i nepřiměřené hubnutí. (SVOBODA, 2006)

Nemocní mají pocit selhání při řešení určitých životních situací. Uvědomují se, že nejsou schopni zvládnout povinnosti a úkoly, které na ně klade život, že je neprovádějí na té úrovni jako dříve, obviňují se. (DUŠEK, VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2010)

MÁNIE

Mánie je přesným protipólem deprese, člověk se zde cítí skvěle a nadneseně, ale v přehnané, patologické formě. Základním příznakem manického syndromu je patologicky povznesená nálada, spojená s hyperaktivitou a rozjařeností. Nejde ovšem jen o vystupňované veselí, pacient bývá křečovitý, v napětí, a ani jeho nápadně dobrá nálada nevypadá příliš přirozeně. (VÁGNEROVÁ, 1999)

Důležitým hlediskem pro máni je, stejně jako u deprese, nepřítomnost souvislosti mezi náladou a reálnými událostmi. Manická nálada také není vázána na zevní příčinu. Člověk v manické fázi často nedostatečně spí, a přesto se zdá, že vypadá dobře, bývá zvýšeně podnikavý, je přesvědčen o tom, že jeho nápady spasí svět a za

každou cenu se je snaží prosadit. Mají silnou vnitřní motivaci k nejrůznějším aktivitám. Dalším aspektem této epizody je nepřiměřeně zvýšené sebevědomí. Sebehodnocení nemocného je nápadně a nepřiměřeně zvýšeno, často až na úroveň neodpovídající skutečnosti. (VÁGNEROVÁ, 1999)

V případě mánie člověk díky projevům své nemoci působí vůči ostatním bezohledně. Ve svém myšlenkovém tempu se nestačí ohlížet na druhé, bývá hrubý a vulgární i ve společensky nevhodných situacích. Takovému člověku chybí sociální zábrany, chová se nezodpovědně, nedbale a nevhodně. Přemrštěná aktivita jemu samotnému i jeho okolí působí mnoho potíží. Jeho tempo je natolik zrychlené, že nestačí uvažovat nad důsledky svého jednání (finanční, společenské i osobní). (VÁGNEROVÁ, 2004)

VÁGNEROVÁ (2004), zdůrazňuje, že poruchy nálady působí sociálně rušivě a KALINA (2001) dodává, že v obou případech dochází k narušení mezilidských vztahů. Extrémní výkyvy nálady jsou nepřiměřené a vymykají se pochopení ostatních lidí.

Nesprávné hodnocení projevů poruch nálady, podle Vágnerové (2004), souvisí, podobně jako u schizofrenie, s nepochopením jejich podstaty. Okolí ani sám nemocný si neuvědomují, že jde o nemoc. Tato skutečnost vede k tomu, že člověk svou únavu vysvětluje jako lenost, sníženou výkonnost jako selhání, narušení pozornosti jako ztrátu paměti. Sám sebe hodnotí jako špatného nebo neschopného, obviňuje se. Změna myšlení způsobuje přesvědčení o tom, že není potřeba se léčit, i když z okolí přicházejí signály o opaku. V tomto smyslu je nesmírně důležitá role rodiny, popřípadě blízkých osob, neboť právě ti většinou jako první rozpoznají, že jejich blízký má problém. Ovšem přimět nemocného k vyhledání pomoci není snadné. Nejenom proto, že se necítí „nemocný“, ale i z obavy z dalšího potvrzení svého selhání. Když už vyhledá pomoc, tak u lékaře „nepsychiatra“, kam ho vedou, výše zmíněné, doprovodné somatické příznaky. Proto i lékaři, kteří se nespecializují na psychiatrii, by měli možnost deprese zvážit. Zvýší se tím možnost včasné a účinné léčby. Dnešní doba skýtá mnoho možností jak problémy spojené s poruchami nálady úspěšně řešit až k úplnému uzdravení. Je tak značná šance na to, že člověk bude moci normálně fungovat, i ve společnosti, a dojde tak k lepší kvalitě života (HAUSNER, 1979; VÁGNEROVÁ, 2004; SVOBODA, 2007)

BIPOLÁRNÍ PORUCHA

Další skupinu psychóz tvoří, jak bylo zmíněno v předchozím odstavci, depresivní a manické stavy. Tyto stavy se mohou vyskytovat i současně ve formě bipolární poruchy (někdy také nazývána jako maniodepresivní psychóza). Podle současné klasifikace duševních nemocí patří také do skupiny poruch nálady. Deprese je protipólem mánie. Jedná se o poruchy, respektive výkyvy nálady ve smyslu jejího extrému buď směrem vzhůru nebo dolů. Projevy poruchy se vyskytují v jednotlivých tzv.epizodách. Aby se dalo uvažovat o poruše, musí trvat nepřetržitě minimálně čtyři dny až několik měsíců. Mohou sami vymizet, ale mohou se také několikrát za život opakovat. Dopad poruchy na společnost i na člověka samotného je značný. Pro své projevy, a také důsledky těchto projevů, znamenají poruchy nálady značně sníženou kvalitu života. Je prokázáno, že depresivní stavy převažují. (VÁGNEROVÁ, 2004; SVOBODA, 2006)

2.4 Když mám strach

.Co je to vlastně strach? Strach je běžná reakce organismu. Přiměřený strach zažíváme dnes a denně. Problém nastává, jakmile nejsme strach schopni zvládnout a ten pak zasahuje do našeho života. Je v pořádku mít strach z nebezpečí (lezení po skalách bez jištění, skákání do vody v neznámých místech, přecházení rušné silnice mimo přechod). Tento strach je přirozená obrana organismu. U fobií je tomu jinak, obavy jsou přehnané. Pokud člověk není blízko fobickému podnětu nebo setkání neočekává, příznaky zpravidla netrpí. Lidé trpící fobiemi vědí, že ve skutečnosti jsou jejich obavy nepřiměřené, ale to jim v ovládnání úzkosti nepomáhá. Řeší je buď vyhýbáním se situaci, nebo situaci snáší s pocitem hrůzy.

CARR-GREGG (2012) strach popisuje jako emoční a tělesnou reakci na skutečné nebezpečí. Od úzkosti se liší tím, že má konkrétní zdroj. Může mít různé stupně intenzity od mírné až po intenzivní.

Úzkost, napětí a strach jsou přirozené reakce organismu. Pomáhají zvládat stres a obtížné životní úkoly. Většině lidí se je daří zvládnout bez problémů. Problém nastává tehdy, když je úzkost nepřiměřená – příliš silná, trvá příliš dlouho a vyskytuje se v situacích, kdy ostatní lidé nebezpečí necítí. Člověk trpící fobií si obvykle uvědomuje, že se jeho strach nezakládá na racionálních důvodech, ale přesto úzkost pociťuje. (RABOCH, PAVLOVSKÝ, 2012)

2.4.1 Fobické a úzkostné poruchy

Fobie tvoří zvláštní skupinu poruch, kde se změny projevují v obsahu emočních prožitků. Jsou to obsedantní (nutkavé) strachy, kdy postižený pociťuje bezdůvodný panický strach vůči některým předmětům a situacím. Nutkavé strachy se vnucují samovolně proti vůli, a přestože si postižený uvědomuje jejich bezdůvodnost a má k nim kritický postoj, není schopen je potlačit. (DUŠEK, VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2010)

V následujících odstavcích uvádím hlavní rozdíly mezi jednotlivými pojmy – úzkost a fobie.

Úzkost – cizím slovem *anxieta*. (VOKURKA, HUGO, 2009) Úzkost je nepříjemný emoční stav, jehož příčinu není možné přesněji definovat. Je to pocit, jako by se něco ohrožujícího mělo stát, ale postižený si neuvědomuje, co by to vlastně mělo být. Je ve stavu připravenosti na nebezpečí. (PRAŠKO, 2005)

Úzkost, zrovna tak jako třeba agrese, jsou důležité fyziologické fenomény pomáhající přežití a adaptaci jedince v prostředí, které je definováno jako bio-psycho-socio-ekologicko-spirituální jednota světa.

Úzkost je tělesná a emoční reakce na hrozbu, která je nejasná a těžko identifikovatelná. LIBIGEROVÁ vidí problém v tom, že strach může být jak reálný, tj. postavený na rozumném předpokladu, logickém zdůvodnění a objektivním pozorování, tak nereálný, postavený na falešných předpokladech a špatných důvodech, nebo na hodnocení, které neodpovídá pozorovanému.

Fobie – dle PRAŠKA a kol. (2008) je chorobný, nepřiměřeně silný, neodůvodněný strach před určitou událostí nebo věcí.

VOKURKA, HUGO (2009) popisují fobii jako nadměrný strach z věcí nebo situace, kterou ostatní za nebezpečnou nepovažují.

Každopádně strach se stává problémem, pokud je příliš silný a jeho následkem je vyhýbání se určitým místům nebo situacím. Jsou rozlišovány tři hlavní druhy fobií: agorafobie, sociální fobie a specifické (izolované) fobie. (PRAŠKO, 2005)

Níže sepsané poznatky čerpám z Lékařských listů dostupných na internetových stránkách www.zdravi.e15.cz

V dětství a u mladších školáků jsou nejčastěji diagnostikovány separační anxiety, generalizovaná úzkostná porucha (GAD) a specifické fobie. U školních dětí je anxiety spojena se špatným školním výkonem a sociální maladaptací.

Téměř 25 % dětí se symptomy anxiety má obtíže se čtením. GAD je charakterizována trvalou úzkostí, nepredikovatelnou, na nic nenasedající anxiety (floating anxiety). Úzkost z průběhu všedního dne, z nedostatečných vlastních schopností, z nevýznamných tělesných obtíží, úzkost z toho, že druzí budou kritizovat jejich vzhled a chování. Generalizovaná úzkostná porucha se projevuje podrážděností, neurovegetativní labilitou, insomnií a kognitivním zhoršením. Výsledkem je sociální maladaptace s behaviorální regresí. U adolescentů jsou nejčastěji diagnostikovány panická porucha, agorafobie a sociální fobie, které zde dále rozvádím.

Panická porucha se může objevit již před 10. rokem, ale vrchol je kolem 15.–19. roku. Nárůst poruchy je dán sexuální maturací (vztaheno k vývoji sekundárních pohlavních znaků). U dívek je častější než u chlapců. Projevuje se opakovanými, nepredikovatelnými atakami masivní úzkosti. Suicidální myšlenky se vyskytují 3x častěji a počet sebevražedných pokusů je 2x vyšší.

Typické jsou somatické ekvivalenty úzkosti (tak jako jsou popsány u dospělých) s depersonalizací, derealizací a strachem ze ztráty sebekontroly. V mezidobí může být pouze lehká anticipační anxieta.

Agorafobie je spíše spojena se separační anxiétou v dětství a častou komorbidní depresivní a panickou poruchou v dospělosti. Jde o soubor strachů, kde základním problémem je nemožnost úniku z dané situace.

Sociální fobie má začátek mezi 11.–15. rokem, je stejně častá u chlapců jako u dívek. Primární anxieta je vázána na sociální situace (např. strach z třesu, zvracení, z pohledů, kritiky, z hlasitého čtení ve škole, použití WC, stravování se ve školní jídelně a všude tam, kde je pozornost obrácena k výkonu, předvádění se atd. – tzv. performační anxieta). Porucha vede k vyhýbavému chování až sociální izolaci s nebezpečím suicidální aktivity a rozvojem závislosti na psychoaktivních látkách. Průběh bývá chronický. Důležité jsou specifické temperamentové charakteristiky a traumatické zážitky. Komorbidita s ostatními úzkostnými a afektivními poruchami je až 20 %.

2.4.2 Reakce na těžký stres

Do této skupiny jsou zahrnuty psychické poruchy, které vznikly na základě závažného stresujícího zážitku a poruchy přizpůsobení. Záleží jak na zranitelnosti jedince, tak na stresující události, která reakci vyvolala. Samotné životní události ještě nemusí vyvolat u každého jedince závažnou reakci. Na stejnou reakci mohou různí lidé reagovat rozličně: například úmrtí v rodině může vyvolat různé reakce u blízkých osob. Studium krizových situací, které mají vliv na psychiku člověka, se začali psychiatři zabývat hlavně v první polovině 20. století. (DUŠEK, VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2010)

Tato skupina psychických poruch zahrnuje podle autorů (DUŠKA, VEČEŘOVÉ-PROCHÁZKOVÉ, 2010) tři nejzávažnější:

- Akutní reakci na stres

Na úrovni, kterou zachycují klasifikace nemocí a poruch, se do hodiny (podle MKN-10) nebo do čtyř týdnů (podle DSM IV) po dopadu události může objevit akutní reakce na stres s příznaky od „omráčení“ a zúžení pozornosti přes tělesné projevy panické úzkosti (pocení, bušení srdce) a disociační projevy až k zmrtnění nebo únikové reakci. Příznaky odeznívají během hodin nebo dnů a člověk jimi zasažený si je nemusí pamatovat. (SMOLÍK, 2002 in BAŠTECKÁ, 2005)

- Posttraumatickou stresovou reakci

Ta je podle BAŠTECKÉ (2005) opožděnou a prodlouženou reakcí na traumatizující podmět. Diagnostikuje se do šesti měsíců po události.

- Poruchy přizpůsobení

Diagnóza poruch přizpůsobení bývá dávana nadměrně často a nekorektně – částečně proto, že nemá pejorativní nálepkou a chrání pacienta před obávanou značkou psychiatrického onemocnění. Velmi často se pod tuto diagnózu dostávají pacienti s depresivní poruchou nebo specifickou úzkostnou poruchou a hrozí podcenění závažnosti poruchy a nedostatečná léčba. (VYMĚTAL,) Poruchy přizpůsobení zahrnují reakce na významnou životní změnu nebo následek stresové životní situace s příznaky jako depresivní nálada, úzkost, pocity insuficience či obávané myšlenky. (PETR, MARKOVÁ, 2014)

2.4.3 Somatoformní poruchy

Kategorie somatoformních poruch je velice rozšířená. Podle některých odhadů tuto diagnózu zastupuje 20-50% pacientů v ordinacích praktických lékařů. U většiny se navíc setkáváme s chronickým (dlouhodobým) průběhem a kolísající intenzitou i kvalitou obtíží., takže péče o tyto pacienty je často náročná. Tělesné potíže zpravidla výrazně ovlivňují kvalitu života osobního i pracovního – jak pacienta samotného, tak jeho rodiny. Vedou pravidelně k nadměrné „konzumaci zdravotní péče“ (často s opakovanými návštěvami hned několika specialistů). Z toho pak vyplývají nejčastější komplikace – řada opakovaných a neúčelných vyšetření, operačních zákroků,

nadužívání léků, riziko lékových interakcí při kombinaci několika medikamentů, narušení partnerských vztahů, nebo dokonce i sebevražda. (DUŠEK, VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2010)

Faktory podílející se na vzniku těchto potíží nacházíme v celé šíři bio-psycho-sociálního spektra. Tělesné projevy přitom mohou být důsledkem neuropsychických defektů, ale stejně tak typem sociální komunikace: vyjadřují určitou neuspokojivou potřebu jedince (péče, uznání, zájmu, pozornosti okolí apod.). Mohou sloužit k nevědomému vyhýbání (před odpovědností v rodině či zaměstnání, před povinnostmi, osamostatněním či opuštěním, trestem atd.). Často mohou nepřímou vyjadřovat skryté emoce (hněv, strach atd.). Velký vliv mají především nestabilní rodinné a výchovné poměry (např. dysfunkční vztahy matky a otce, střídání rozmazlování a trestů), pochopitelně také učení (nadměrné soustředění rodičů – zejména matky – na tělesné stesky v dětství apod.) a další faktory.

Je nutné uvést, že tělesné příznaky nejsou pod vědomou kontrolou! Jinými slovy: pacient nesimuluje, subjektivní stesky si nevymýšlí a ani nepodvádí. (DUŠEK, VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2010)

2.5 Nechci být tlustá jako ona

„Začalo to, když jsem nastoupila do prváku. Uháněl mě kluk, fakt strašným způsobem, nesnášela jsem svou „nejlepší kamarádku“, nesnášela...slabé slovo – ona byla prostě dokonalá!!!, ve škole nic moc, doma pruda – bylo toho na mě moc...Začala jsem se přejídat a zvracet a pak jsem přestávala jíst. Ne, že bych nejedla vůbec, to ještě ne, ale bylo to takový nahlý...Dny a měsíce utíkaly a najednou to byl rok, co už jsem pořádně nejedla, ale to nejhorší přišlo až v létě. Loňské léto jsem strávila tím, že sem za den snědla 2 rajčata, vážila jsem 45kg/170cm, hádala se s přítelem, přestala mít chuť na sex – začala jsem to úplně nesnášet – byla jsem alergická na to, když se mě někdo dotknul. Pak začala zase škola, trochu jsem přibrala, v listopadu jsem se rozešla s přítelem-ale pak jsme se zase dali dohromady-naštěstí-Marek mi strašně pomáhá...

Jenže pak přišli Vánoce a s tím nejhorší přejídající období-odhaduju, že jsem měla tak 55kg... Nelezla jsem několik týdnů, spíš pár měsíců na váhu, když jsem si na ní stoupla a viděla tam pak 53kg, málem jsem se zbláznila. Všechny kalhoty, které mi byly volné, jsem měla obepnuté, jak nějaký prase...A tak se cítím i teď. Dny kdy vůbec nejím, střídají noční nájezdy a někdy ani ne noční. Jenže jakmile se víc najím – i normálně jako ostatní- můj žaludek to nepřijme a já zvracím. Na jednu stranu bych se chtěla stát zase tou normální holkou co si užívá toho, že má nejlepšího přítele na světě, báječnou rodinu...Ale pak se podívám na svoje stehna, a vzpomenu si, jak vypadala má „nejkmoška“ a hlavně já tehdy v létě. A já takovou postavu zase chci mít, ale moje vůle je malá. Nevládám to!!! Třeba teď – celý den sem jedla jen ovoce, a pak...sušenku, čokoládu, celený rohlík, jenže toho bylo moc – tak jsem to vyzvracela. Ani jsem se k tomu nemusela nutit, jen se předkloním a je to venku....“

Jeden z mnoha příběhů ze života z internetových stránek idealni.cz ...

Mladé dívky v touze být štíhlejší drží drastické diety, používají různé přípravky k hubnutí, některé nadměrně cvičí až do vyčerpání, úzkostlivě hlídají každou kalorií, každý gram své váhy a se strachem v očích se často dívají na ručičku své osobní váhy. Jiné dívky nemají tak pevnou vůli, aby držely dlouho dietu, vždyť mají kolem sebe tolik dobrého jídla. A tak jí tak dlouho, až se přejí. Ale i ony chtějí být krásné, štíhlé, žádané, proto nastoupí obrovské výčitky svědomí a nutkání se snědeného jídla zbavit jakýmkoliv způsobem., tak zvrací. Bohužel tato touha nezřídka kdy končí špatně. Pro obě skupiny dívek začíná být jídlo obrovským problémem, do jejich života se nepozvány vetřely poruchy příjmu potravy.

2.5.1 Poruchy příjmu potravy

Podle KRCHA (2005) jsou pojem poruchy příjmu potravy jedním z nejčastějších, a pro svůj chronický průběh, závažné somatické, psychické a sociální důsledky i jedním z nejzávažnějších onemocnění dospívajících dívek a mladých žen. Působí dlouhodobé obtíže nejen postiženým, ale i jejich sociálnímu prostředí.

Tyto poruchy jsou spojeny s poruchami postoje rozumového a emočního vztahu k jídlu i s poruchou postoje k vlastnímu tělu, projevující se přílišnou koncentrací. Pro jedince trpícího touto poruchou přestává být jídlo jednou ze součástí života a stává se jeho hlavní náplní. Jedni drží tak přísné diety, že nakonec váží méně než 85 procent své normální tělesné hmotnosti a doslova umírají hladem. Jedná se o „*mentální anorexii*“. Jiné přepadají záchvaty přejídání, při kterých během velmi krátké doby sní velké množství jídla, kterého se vzápětí snaží zbavit pročišťováním s pomocí zvracení nebo projímadel. Jedná se o „*bulimii*“. Někteří trpí pocitem, že musí jíst a konzumují obrovské množství jídla, i když jim nechutná a právě ani nemají hlad. Jedná se o „*záchvatové (nutkavé) přejídání*“. Dá se říci, že zajídají své úzkosti a své problémy (VÁGNEROVÁ, 1999).

Příčiny poruch příjmu potravy mohou být u každého pacienta jiné, jelikož je jich poměrně velké množství. Podle LADISHOVÉ (2006) existuje velké množství faktorů, které mohou vyvolat některou z poruch příjmu potravy. Mezi tyto faktory podle ní patří výskyt poruchy příjmu potravy u člena rodiny, stravovací návyky v rodinném kruhu, nedostatek projevu náklonnosti, výsměch vrstevníků, důraz na skvělý fyzický vzhled, dokonce i tělesné nebo sexuální zneužívání a samozřejmě ovlivnění reklamou a masovými komunikačními prostředky.

MENTÁLNÍ ANOREXIE

Dlouhodobé spontánní snížení příjmu potravy pod fyziologické potřeby organismu je výsledkem poruch mechanismů, regulujících příjem potravy, potravní motivaci i potravní chování. Řadí se pod hlavičku psychogenních poruch příjmu potravy. V posledních letech přibývá dramaticky poruch, klasifikovaných jako mentální anorexie. Definuje se jako spontánní hladovění, jež má dlouhodobý charakter, při kterém je narušena regulace příjmu potravy. Mentální anorexie je závažným psychologickým i lékařským problémem. Týká se hlavně mladých dívek a dospívajících žen (FRANĀKOVÁ, DVOŘÁKOVÁ, 2003).

Podle NEVORALA (2003) existují faktory predisponující (etiologické):

- 1) individuální
- 2) rodinné
- 3) sociokulturní

Faktory spouštěcí: specifické požadavky, vývojové období – puberta, změna v nárocích prostředí, ztráta sebevědomí, narušení rodinné rovnováhy, somatické onemocnění.

Faktory udržující: hladovění, percepční poruchy, představa štíhlosti, zvracení, změny endokrinní, oslabené ego.

Velmi často se u dívek vyskytují depresivní projevy v chování, které jsou vázány na stav hladovění. Dívky mívají dysforické ladění, jsou dráždivé, trpí poruchami spánku, špatně se koncentrují, jsou často staženy do sebe – sociálně se izolují. Nemocné dívky, případně i chlapci jsou velmi citliví na stres, na negativní vlivy, na narušené vztahy a komunikaci v rodině, mezi vrstevníky, na požadavky školy. (NEVORAL, 2003)

U dívek s mentální anorexií vidíme v jejich rodinách abnormální vzorce rodinné interakce. V rámci uzdravení je třeba pracovat na řešení rodinných problémů. Rodiny jsou často nadměrně ochraňující, málo vyjadřující emoce (NEVORAL, 2003).

BULIMIE

Na konci sedmdesátých let dvacátého století se začaly objevovat zprávy o novém typu poruchy příjmu potravy, kde jsou dominující záchvaty nekontrolovatelného přejídání a následného zvracení. Termín bulimie poprvé použil profesor Rusell v roce 1979, který popsal stav 30 pacientů trpících nejasnou mentální anorexií a nazval tuto poruchu bulimia nervosa.

Mentální bulimie, tedy bulimia nervosa, je porucha projevující se zejména opakujícími se nezvladatelnými záchvaty přejídání, při kterých jsou konzumovány enormní dávky jídla během velmi krátké doby (KRCH, 1999).

Mentální bulimie se vyskytuje většinou u dívek a žen kolem 16. až 18. roku a výše, jen zcela výjimečně u 13 až 14letých. Výskyt v populaci je asi 1-3%. U mužů je mentální bulimie pouze sporadická. NEVORAL (2003) upozorňuje, že mentální bulimie v řadě případů souvisí s mentální anorexií, kdy pacientky již v minulosti trpěly mentální anorexií.

Přes zdánlivou odlišnost vyhublých anorektiček, dodává KRCH (1999) jsou si obě poruchy velmi podobné. Spojuje je strach z tloušťky a nadměrná pozornost věnovaná vlastnímu vzhledu a tělesné hmotnosti. Nemocní se neustále zabývají tím, jak vypadají, kolik váží, a vytrvale se snaží zhubnout nebo alespoň nepřibrat. Zatímco anorektičkám se to většinou daří, bulimičky začnou po nějaké době jíst víc, než by chtěly. Samozřejmě, že jsou zklamané (přestože je to vlastně normální), cítí se provinile a hledají způsob, jak to „odčinit“. Většina dívek sáhne jen po další dietě. Ty zoufalejší, odhodlanější nebo často jen ty, které mají smůlu, zkusí ještě drastičtější metodu. Vezmou si projímadla nebo se nutí do zvracení, což může jít snadno, když je jim špatně po jídle, které si dlouho odpíraly nebo ho snědly nezvyklé množství.

2.6 Když mi to nemyslí, tak jak má

Péče o člověka trpícího mentální retardací patří k obtížným úkolům v pomáhajících profesích. Jedná se o skupinu klientů, kteří vyžadují dlouhodobou péči. Pozitivním výsledkem je mnohdy pouze nezhoršení stavu. Klienti vykazují známky chování, které se dotýkají otázek etiky a lidské důstojnosti. Patří tedy ke skupině, jejíž práva na kvalitní a laskavou péči mohou být porušena. V posledních desetiletích došlo ke změně postojů k péči o tuto skupinu lidí. Cílem výchovy je dosažení co nejvyššího stupně sebeřízení, přizpůsobení a samostatného plnění životních nároků. (MARKOVÁ, VENGLÁŘOVÁ, BABIAKOVÁ, 2006)

2.6.1 Mentální retardace

Mentální retardace byla dříve označována termínem oligofrenie neboli slabomyslnost (ŘÍČAN, KREJČÍŘOVÁ, 2006). Dnes se užívá pouze pojmu mentální retardace. Často se můžeme v odborné literatuře setkat také s termíny jako mentální subnormalita, mentální postižení, mentální defekt, které bývají ve většině případů považovány za synonyma pro mentální retardaci.

Samotný pojem postižení je podle Světové zdravotnické organizace definován jako částečné nebo úplné omezení schopnosti vykonávat některou činnost či více činností, které je způsobeno poruchou nebo dysfunkcí orgánu. Postižení jako takové je chápáno jako neutrální skutečnost, až teprve společnost, její postoje a hodnoty z něj vytvářejí handicap, jinými slovy jakési sociální znevýhodnění. Z toho tedy vyplývá, že záleží pouze na společnosti, ve které člověk se zdravotním postižením žije, zda bude v sociálním prostředí handicapován a znevýhodňován nebo nikoli.

Mentální retardace je interdisciplinárním termínem, který velice dobře vystihuje a pojímá medicínské, psychologické, pedagogické a sociální aspekty mentálně postižených jedinců od narození až po smrt. A protože je mentální retardace jednotným pojmem, napomáhá tak lepší komunikaci mezi odborníky z různých oborů zasvěcených do péče o postižené, usnadňuje a zjednodušuje jejich práci a péči o mentálně retardované jedince.

Mentální retardace nepostihuje pouze intelektové schopnosti, jak se mnozí většinou domnívají. Mentální retardace může zasahovat i celou strukturu osobnosti (i další mimointelektové psychické funkce), a tím rovněž znesnadňuje adaptaci na podmínky sociálního prostředí. VALENTA a MÜLLER (2003) upozorňují, že mentální retardace není jen prosté časové opožďování duševního vývoje, ale jde při ní o strukturální vývojové změny, kdy se nejedná pouze o změny kvantitativní, ale také kvalitativní.

Mentální retardace se může vyskytnout společně s jakýmkoli jiným tělesným, řečovým, smyslovým postižením nebo s jakýmkoli dalším onemocněním, ale i bez něj, zcela samostatně.

Lidé s mentální retardací tvoří jednu z nejpočetnějších skupin mezi všemi postiženými lidmi. Odhad výskytu mentální retardace v populaci čítá asi 1 – 5 % (ŠVINGALOVÁ, 2006), přičemž nejpravděpodobnější hodnota výskytu mentálního postižení je střední hodnota, tedy 3 % jedinců v populaci trpí mentální retardací, s nerovnoměrným rozložením vzhledem k hloubce a závažnosti postižení. Předpokládá se, že z těchto 3 % největší počet připadá na postižené lehkou mentální retardací (skoro 2,6 %) a zbytek jsou ostatní stupně mentální retardace (ŠVARCOVÁ, 2006 in BENDOVIÁ, ZIKL, 2011).

Výskyt mentální retardace vzhledem k pohlaví - četnost výskytu u obou pohlaví je přibližně stejná, v některých publikacích je uvedeno, že četnost je mírně vyšší u mužského pohlaví (ŠVINGALOVÁ, 2006).

Mentální retardace je podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí dále dělena do šesti kategorií. Tyto stupně mentální retardace jsou vymezovány a klasifikovány jako kontinuum, které je dáno hodnotou inteligenčního kvocientu (IQ). Číselné hodnoty IQ bychom však měli brát jen jako orientační vodítka s vědomím, že nikdy nezískáme přesnou hodnotu IQ (ŘÍČAN, KREJČÍKOVÁ a kol., 1997). Hodnota IQ nás sice informuje o celkové rozumové úrovni jedince, avšak neříká nám nic o kvalitativních zvláštlostech inteligence konkrétní osoby, tudíž jeho diagnostickou hodnotu pro poznání jedince nelze přeceňovat (SVOBODA, 1999). Hlavním a rozhodujícím vodítkem pro určení pásma mentální retardace by měla být především skutečnost, jak kvalitně jedinec zvládá životní nároky v prostředí, ve kterém žije.

Jedná se o:

- lehkou mentální retardací (IQ 50-69)

- úplná nezávislost v osobní péči, tj. v oblasti jídla, mytí, oblékání, hygienických návyků a v praktických domácích dovednostech, i když zde dochází během ontogenetického vývoje k lehkému opoždění.
- hlavní potíže se u dětí s LMR objevují u zvládnání školních nároků – citová nezralost, neadekvátnost citů vzhledem k podnětům, nízká sebekontrola, výrazná sugestibilita

- specifické problémy v oblasti čtení a psaní
- u osob s LMR, jež tvoří cca 70% všech osob s mentální retardací, se mohou individuálně projevovat i přidružené chorobné stavy, jako jsou projevy autistického spektra a další vývojové poruchy, epilepsie, poruchy chování nebo tělesná postižení. (ŠVARCOVÁ 2006 in BENDO VÁ, ZIKL, 2011)

- středně těžkou mentální retardaci (IQ 35-49)

- z vývojového hlediska je výrazně opožděno porozumění obsahu řeči, jakož i rozvoj expresivní složky řeči. Jejich schopnosti v oblasti komunikace jsou omezeny po celý život. Úroveň rozvoje řeči je značně variabilní – někteří jedinci jsou schopni jednoduché konverzace, ať již verbální nebo na bázi alternativní nebo augmentativní komunikace, zatímco druzí dokáží jen stěží vyjádřit své potřeby.
- omezení lze pozorovat i v oblasti soběstačnosti a manuální zručnosti
- někteří žáci se SMR jsou schopni si při kvalifikovaném pedagogickém vedení osvojit základy čtení, psaní a počítání
- v dospělosti – výkon jednoduché manuální práce
- u některých osob se SMR lze současně diagnostikovat dětský autismus nebo jiné pervazivní vývojové poruchy. Často jsou ke SMR přidružena tělesná postižení a neurologická onemocnění, zejména pak epilepsie, popřípadě psychiatrická onemocnění.

- těžkou mentální retardaci (IQ 20-34)

- většina jedinců s TMR trpí značným stupněm poruchy motoriky nebo jinými přidruženými vadami.
- Řeč se u dětí s TMR buď vůbec nevytvoří, anebo zůstává na stupni základních elementů projevové složky řeči
- Narušeny jsou modulační faktory řeči, zejména pak její dynamika a melodie, jež jsou hrubé a nevyvážené.
- Při soustavné výchovné péči jsou schopny vykonávat jednoduché úkony, přesto však bývají celoročně závislé na péči jiných osob (ŠVARCOVÁ, 2006)

- hlubokou mentální retardaci (IQ pod 19)

- Jedinci s HMR jsou těžce omezeni ve své schopnosti rozumět požadavkům či instrukcím nebo jim vyhovět.
- Většina osob z této kategorie je imobilní nebo výrazně omezena v pohybu.
- Jedinci s HMR bývají zpravidla inkontinentní a v lepším případě jsou schopni pouze rudimentární neverbální komunikace. Mají nepatrnou či žádnou schopnost pečovat o své základní potřeby a vyžadují stálou pomoc a neustálý dohled.
- Možnosti jejich výchovy a vzdělávání jsou velmi omezené.
- Chápání a používání řeči je zpravidla na velmi nízké úrovni. Expresivní složka řeči se u nich v podstatě nevyvíjí.
- U jedinců s HMR často dochází k narušení afektivní sféry a frekventovaně také k sebepoškozování (PIPEKOVÁ, 1998 in BENDO VÁ, ZIKL, 2011)

- jinou mentální retardaci

Označení „jiná mentální retardace“ se pro označení stupně MR užívá tehdy, jsou-li u daného jedince intelektové schopnosti prokazatelně výrazně snižené a mentální retardace je u něj zřejmá, avšak vzhledem k těžkému kombinovanému postižení, poruchám chování či autistickým projevům není možné jedince spolehlivě vyšetřit a určit stupeň MR. (VALENTA, MÜLLER, 2003 in BENDO VÁ, ZIKL, 2011)

- nespecifickou mentální retardaci

O osobách s „nespecifickou mentální retardací“ hovoříme tehdy, je-li deficit mentálních funkcí opět prokazatelný, ale pro nedostatek informací není možné daného jedince zařadit podle stupně MR do jedné z výše uvedených kategorií. (VALENTA, KREJČÍŘOVÁ, 1997 in BENDO VÁ, ZIKL, 2011)

Stupeň mentální retardace se obvykle měří standardizovanými testy inteligence. Může to být ovšem nahrazeno škálami, které určují stupeň sociální adaptace v určitém prostředí. Taková měření škálami určují jen přibližně stupeň mentální retardace. Diagnóza bude též záviset na všeobecných intelektových funkcích, jak je určí školený diagnostik. Intelektové schopnosti a sociální přizpůsobivost se mohou měnit v průběhu

času i snížené hodnoty se mohou zlepšovat cvičením a rehabilitací. Diagnóza má odpovídat současnému stavu duševních funkcí. (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. 2008)

Jako je každý z nás relativně zdravých lidí jedinečná osobnost, jedinečná a složitá konfigurace duševních vlastností a dějů, tak také lidé s mentálním postižením jsou individua, všichni jsou jedinečné a neopakovatelné osobnosti, mají své vlastní subjektivní rysy, kterými se liší od všech ostatních. Přesto však u nich můžeme najít určité znaky, které jsou jim společné. Obvykle se můžeme setkat s výčtem jejich nedostatků, jako je například zvýšená závislost na pečující osobě, infantilnost, sugestibilita, přehnaná důvěřivost a mnohé další. Výzkumy ukazují, že tyto rysy a znaky mohou být spíše způsobené podobností prostředí, ve kterém mentálně postižené děti vyrůstají než diagnózou mentální retardace. Nicméně se s jistotou nedá říci, že se nejedná o rysy specifické právě pro mentální postižení. Tyto rysy se u každého postiženého projevují v různé míře a v individuální jedinečné modifikaci, která je dána druhem postižení a také prostředím, ve kterém mentálně retardovaný jedinec vyrůstá, tím, kde žije, kdo o něj pečuje, jak moc je zvyklý starat se sám o sebe atd

Mezi ony společné znaky, které jedince řadí do kategorie mentálně retardovaných patří (ŠVARCOVÁ, 2006):

- zpomalená chápavost, narušené uvažování, jsou schopni tvořit pouze jednoduché konkrétní soudy
- narušené logické myšlenkové procesy,

Vznik mentálního postižení nemá téměř nikdy jednotnou příčinu, ale jedná se o souhrn více faktorů. Uvedme klasifikaci etiologických faktorů dle PENROSE (ČERNÁ, 2008):

- Příčiny endogenní (genetické, dědičné) dělíme na:
 - dávné – způsobené spontánní mutací v zárodečných buňkách
 - čerstvé – spontánní mutace

- Příčiny exogenní (vzniklé vlivem prostředí):
 - vzniklé v raném těhotenství poškozením oplozeného vajíčka
 - vzniklé v pozdním těhotenství intrauterinní infekcí, špatnou výživou nebo inkompabilitou
 - intranatální při abnormálním porodu
 - postnatální při nemoci či úrazu v dětství nebo nepříznivém vlivu výchovy

Mentální postižení dále klasifikujeme podle doby jeho vzniku na VALENTA, MÜLLER, 2009.:

- Prenatální,
 - vlivy dědičné – tzv. familiární mentální postižení),
 - genové mutace aberace – např. Downův syndrom,
 - biologické faktory – onemocnění matky v době těhotenství např. zarděnky, toxoplasmóza, otrava olovem, alkoholismus, nedostatečná výživa
 - chemické faktory jako je rentgenové záření,
 - fyzické faktory, jimiž jsou nejčastěji úrazy během těhotenství,
- Perinatální
 - organické poškození mozku při porodu,
 - mechanické poškození mozku např. při klešťovém porodu,
 - hypoxie – nadměrné množství kyslíku v inkubátoru,
 - asfyxie – nedostatek kyslíku při porodu způsobující dušení,
 - předčasný porod, kdy je plod nedonošený a nevyzrálý,
 - těžká novorozenecká žloutenka,
 - stáří rodičky nad 35 let jako rizikový faktor.
- Postnatální

- záněty mozku jako jsou klíšťová encefalitida, meningitida či meningocefalitida,
- mechanické vlivy mezi něž řadíme traumata, nádorové onemocnění a krvácení do mozku,
- sociální faktory vznikající v nepodnětném prostředí se projevují jako senzorická, citová a sociální deprivace

Další klasifikační dělení vzniklo na základě způsobu vzniku mentálního postižení, kde hovoříme o tzv.:

- Vrozeném mentálním postižení, které je spojeno s poškozením nebo odchylnou strukturou případně vývojem nervového systému v období prenatálním, perinatálním nebo postnatálním a to cca do druhého roku života dítěte.
- Získaném mentálním postižení nazývaném demence. Demence je proces zastavení, rozpadu normálního mentálního vývoje po 2. roce života. Příčinou je pozdější porucha, nemoc či úraz mozku. Nejčastěji se jedná o zánět mozku, zánět mozkových blan, poruchy metabolismu, intoxikaci nebo degenerační onemocnění mozku. Porucha může být progresivního charakteru nebo se v určité fázi zastaví a nevede k dalšímu zhoršení. Nepostihuje všechny složky osobnosti najednou, ale postupně. Složky osobnosti jsou postiženy nerovnoměrně a různou intenzitou. Příznaky demence nalezneme v poruše paměti, orientaci, schopnosti abstraktního myšlení, pozornosti, chování, emotivitě a komunikaci. Při demenci dochází k celkové degeneraci osobnosti člověka. Demenci dále dělíme dle věku na dětskou (deteriorace) a stařeckou, ale také dle jejího typu na atroficko-degenerativní, ischemicko-vaskulární a symptomatickou.
- Sociálně podmíněném mentálním postižení dříve známém pod názvy pseudooligofrenie, sociální debilita či zdánlivá mentální retardace. Ve skutečnosti se

totiž o mentální postižení nejedná. Příčinou sociálně podmíněného mentálního postižení je působení vnějšího prostředí, nejedná se tedy o poškození centrální nervové soustavy (CNS). Jedinec není dostatečně stimulován, je výchovně zanedbáván či psychicky deprivován. Dalším důvodem vzniku pseudooligofrenie může být sociokulturně znevýhodněné prostředí jedince. Inteligenční zde bývá snížen v rozmezí 10 až 20 bodů. Objevuje se výrazné opoždění vývoje řeči, myšlení a schopnosti sociální adaptace. Na rozdíl od mentálního postižení se zde nejedná o stav trvalý a němenný. Změní-li se nepodnětné prostředí a nastolí se vhodné výchovné působení, dojde ke zlepšení stávajícího stavu (BAZALOVÁ, 2006).

Dle typu chování klasifikujeme mentální postižení do následujících tří skupin:

- Eretický typ, který je také označován jako astabilní či verzatilní. Jedinec s mentálním postižením eretického typu bývá velice neklidný, komunikuje příliš hlučně, má problémy se soustředěním, bývá hyperaktivní a často zasahuje do rozhovorů ostatních.
- Torpidní typ známý také jako apatický se projevuje u jedince s mentálním postižením jako nezáměr o komunikaci, jeho mluva bývá pomalá a monotónní.
- Nevyhraněný typ jedince s mentálním postižením se vyznačuje střídáním komunikačního období němoty s období hyperaktivní komunikace.

2.7 Nestíhám, proč?

Vývoj mozku a nervového systému je velmi složitý. S narušeným biologickým zráním mozku je spojená celá řada potíží a poruch. Závažná poškození vývoje mozku

nejsou slučitelná se životem, další se projevují alternací řady psychických a tělesných funkcí. (OREL, FACOVÁ, 2009)

Specifické vývojové poruchy, se kterými se setkáváme u dětí, se mohou týkat řeči a jazyka, školních dovedností a motorických funkcí.

Autoři MAHROVÁ a VENGLÁŘOVÁ (2008) zdůrazňují nezbytnost orientovat se ve vývojových fázích – např. je zcela jiná situace, pokud dítěti nejsou dobře rozumět jednotlivá slova kolem jednoho roku nebo ve věku čtyř let (v první případě se jedná o přirozený vývoj, ve druhém o poruchu).

Specifické i pervazivní vývojové poruchy je především nutné včas rozpoznat, správně diagnostikovat a adekvátně řešit – nejčastěji ve spolupráci psychologů, speciálních pedagogů, psychiatrů, logopedů, vychovatelů, rodičů aj. zainteresovaných osob odborné, vztahové i rodinné sítě. (MAHROVÁ, VENGLÁŘOVÁ, 2008)

2.7.1 Specifické vývojové poruchy řeči a jazyka

Specifické vývojové poruchy řeči a jazyka jsou takové poruchy, u nichž normální vývoj osvojování řeči je od raných stádií vývoje narušen. Tyto stavy nelze přímo přičíst neurologickým problémům, smyslovým poruchám ani mentální retardaci či faktorům z prostředí. (MAHROVÁ, VENGLÁŘOVÁ, 2008)

Narušují běžný způsob osvojování a užívání mateřského jazyka. Jedná se o tyto poruchy: (OREL, 2012)

- *Specifická porucha artikulace řeči* – je typická užíváním zvuků, která nahrazují srozumitelná slova, jsou pod artikulačními schopnostmi daného věku dítěte a kterým rozumí zpravidla jen nejbližší členové rodiny (nikoli cizí lidé).
- *Expresivní porucha řeči* – narušuje používání řeči v podobě opoždění užívání řeči, omezené slovní zásoby, stručnosti slovního projevu, nesprávné skladby vět apod., které opět neodpovídá mentálnímu věku dítěte.

- *Receptivní porucha řeči* – představuje snížené chápání řeči (opět pod úroveň mentálního věku) – v podobě jednoduchých instrukcí a pokynů nebo (později) gramatické skladby, tónu hlasu apod.
- *Získaná afázie s epilepsií* – je typická tím, že po období přiměřeného vývoje je narušena exprese i percepce řeči, ve většině případů navíc v kombinaci s epileptickými záchvaty. Ztráta řeči po bezproblémovém a bezporuchovém vývoji se může objevit náhle nebo postupně (řádově v průběhu měsíců).

2.7.2 Specifické poruchy školních dovedností

Pojem specifických vývojových poruch školních dovedností přímo srovnává MAHRONOVÁ a VENGLÁŘOVÁ (2008) s pojmem specifických vývojových poruch řeči a jazyka. V podstatě se pro něj hodí stejná definice. Jsou to poruchy, u nichž normální osvojování je postiženo od raných vývojových stádií. Narušení není jen pouhý důsledek nedostatku příležitosti k učení a nelze ho přičíst žádné formě získaného poškození nebo onemocnění mozku. Spíše se předpokládá, že poruchy přicházejí z abnormalit v kognitivních procesech, které lze z velké části odvodit od nějakého typu biologické dysfunkce. Podobně jako u ostatních vývojových poruch jsou tyto stavy podstatně častější u chlapců než u dívek. Dělí se na:

- *Specifickou poruchu psaní* – odvezeno z řeckého slova „grafein“ – psát (Defektologický slovník 2000). Jiným slovem – dysgrafie, je specifická porucha psaní, jakožto grafomotorického aktu. Dítě nemá žádnou závažnější smyslovou ani pohybovou vadu, avšak nemůže se naučit napodobit tvary písmen a číslic. Nepamatuje si je, zrcadlově je obrací, zaměňuje jedno za druhé. Zpravidla píše toporně a křečovitě, takže písmeno má někdy zcela zvláštní ráz. (MATĚJČEK, 2003 in MLČÁKOVÁ, 2009)

- *Specifickou poruchu čtení* - porucha projevující se neschopností naučit se číst, přestože se dítěti dostává běžného výukového vedení, má přiměřenou inteligenci a sociokulturní příležitost. (MATĚJČEK, 2003)
Dyslexie značí potíže se slovy nebo poruchu práci se slovy a přeneseně pak poruchu ve čtení.
- *Specifickou poruchu počítání* – dyskalkulie, specifická porucha počítání postihuje matematické funkce, takže dítě se nemůže naučit počítání, ač jeho rozumové schopnosti jsou alespoň v mezích širší normy a dostává se mu odpovídajícího výukového vedení. (ŠTURMA, 1997 in MLČÁKOVÁ, 2009)
- *Smíšenou poruchu školních dovedností* – ty se projevují poruchou určitých dovedností, které dítě běžně získává během školní docházky. Mohou se kombinovat s jinými typy poruch (neurologických, smyslových apod.), ale nejsou jejich přímými následky. (OREL, 2012)

2.7.3 Pervazivní vývojové poruchy

OREL, FACOVÁ (2009) označují pervazivní vývojové poruchy jako všepromikající poruchy narušující velmi výrazně přirozený vývoj dítěte, jeho prožívání a chování, včetně komunikace a sociální interakce s okolím. Postihují více psychických funkcí a projevují se již v časném dětství. Jsou trvalé a některé se mohou podobat až klinickému obrazu demence. Tyto poruchy jsou velmi závažné, naštěstí však relativně vzácné.

Skupina zahrnuje tyto diagnostické jednotky: dětský autismus, atypický autismus, Rettův syndrom, jinou dezintegrační poruchu v dětství, hyperkinetickou poruchu spojenou s mentální retardací a stereotypními pohyby, Aspergerův syndrom, jinou nespecifikovanou pervazivní vývojovou poruchu. (ZVONÍKOVÁ, ČELEDVÁ, ČEVELA, 2010)

- *Dětský autismus* – je charakterizován třemi hlavními skupinami příznaků: kvalitativní narušení sociální interakce, narušená komunikace a hra a omezené, stereotypní chování a zájmy.

Podle PEŠOVÉ a ŠAMALÍKA (2006) patří dětský autismus mezi závažné poruchy dětského vývoje. Jedná se o vrozený syndrom, jehož symptomy se projeví již do 36. měsíce života dítěte. Příčiny vzniku autismu nebyly dosud objasněny.

- *Rettův syndrom* – je charakteristický normálním časným vývojem, po kterém následuje ztráta řeči, manuálních dovedností a zpomalení růstu hlavy, vyvíjí se skolióza nebo kyfoskolióza, až u 75% případů se rozvíjí epilepsie.
- *Jiná dezintegrační porucha (Hellerova demence)* je charakterizována obdobím normálního vývoje nejméně do věku 2let. Nejpozději před 10. rokem věku dochází během několika měsíců ke ztrátě získaných dovedností, typický je začátek mezi 3. – 4. rokem věku.
- *Aspergerův syndrom* – je velmi podobný dětskému autismu, v porovnání s ním nebývají narušené řečové schopnosti a nevyskytují se motorické stereotypie.
- *Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací* zahrnuje hyperaktivní syndrom, mentální retardaci a stereotypní pohyby anebo sebepoškozování.

Všechny poruchy z okruhu pervazivních vývojových poruch představují závažné a trvalé narušení psychického vývoje a narušené psychosociální fungování. Dvě třetiny autistů jsou závažně postiženy do dospělého věku a jsou závislé na péči okolí. Míru postižení zvyšují komorbidní poruchy, až u dvou třetin autistů se vyskytuje současně mentální retardace. Relativně lepší prognózu mají atypické formy autismu a aspergerův syndrom; prognóza závisí na stupni inteligence a rozvoji řečových schopností, které mohou být intaktní. Osoby s jinou dezintegrační poruchou v dětství zůstávají trvale

dementní. Osoby s pervazivními poruchami navazují omezeně nebo vůbec sociální kontakty a zpravidla nejsou schopné běžného začlenění do společenského života. Pracovní prognózu limituje stupeň narušení sociálních dovedností. Většina pervazivních vývojových poruch vede k invaliditě. (ZVONÍKOVÁ, ČELEDOVÁ., ČVELA, 2010)

2.8 Když mám stále co na práci

Dalším obsáhlým tématem třetí kapitoly je skupina poruch chování.

Definováním poruch chování se zabývá mnoho autorů. Většina definic je však velmi podobná nebo se jen nepatrně liší nebo naopak rozvíjí a navazují na teorii předešlého autora.

Níže uvádím několik definic různých autorů.

Podle PROCHÁZKOVÉ in PIPEKOVÁ (2010) lze jako poruchy chování chápat takové projevy, které jsou negativní a odchylní se od normy, kterou běžně hodnotí a očekávají lidé od jedince. Stejně tak GIDDENS (2013) chápe normy jako pravidla, která určují náležité chování v různých sociálních kontextech. Normy buď předepisují určitou formu chování, anebo ji zakazují. Všechny skupiny lidí se řídí konkrétními normami, které se vždy opírají o nějaké sankce. Stejného názoru označuje termínem poruchy chování i MICHALOVÁ (2007), a to jako sociálně neakceptované chování, kdy má jedinec celkově oslabené nebo závadné mechanismy regulace svého chování, které nesplňují předpoklady daného sociálního prostředí, ve kterém jedinec žije.

MKN-10 (Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů- 10. Revize) definuje poruchy chování takto F91: Poruchy chování jsou charakterizovány opakovaným a přetrvávajícím agresivním, asociálním nebo vzdorovitým chováním. Takové chování by mělo výrazně překročit sociální chování odpovídající danému věku, mělo by být proto mnohem závažnější než běžné dětské zlobení nebo rebelantství dospívajících a mělo by mít trvalejší ráz (šest měsíců nebo déle). Tento druh poruch chování však může být projevem i jiné psychiatrické poruchy a v takovém případě má být preferována příslušná diagnóza. Chováním, na němž je diagnóza založena, je například nadměrné praní se nebo týrání, krutost k lidem

nebo ke zvířatům, závažné destrukce majetku, zakládání požárů, krádeže, opakované lži, záškoláctví a útěky z domova, neobvykle časté a silné výbuchy vzteku a nekázeň.

Podle MKN-10 se poruchy chování F91 dělí podle jejich specifčnosti na tyto projevy:

- *F91.0 Porucha chování vázaná na vztahy k rodině*

Porucha chování se týká především vztahů a interakcí v rodině, mezi členy nukleární rodiny ale i s dalšími členy domácnosti. Antisociální chování je zaměřeno na rodinu a její členy, dochází k narušení vztahů v rodině. (NÝVLTOVÁ, 2010)

- *F91.1 Nesocializovaná porucha chování*

Jedinec se nežádoucím chování neučí ve svém sociálním prostředí ani k nim není výchovou veden, ale jde o jakési náhradní uspokojování základních psychických i fyzických potřeb, které jedinec nemůže jiným způsobem uspokojovat. Např. jde o projevy šikany, kdy má jedinec narušené vztahy k ostatním dětem a ke svým vrstevníkům. (NÝVLTOVÁ, 2010)

- *F91.2 Socializovaná porucha chování*

Jedinec si své nežádoucí chování osvojuje během socializace od svého prostředí, kde vyrůstá a také učením (např. nápodobou). Jedinec se chová tak, jak se chová jeho prostředí, rodina, vrstevníci a dodržuje ty samé normy. Jedinec proto nemá žádné výčitky svědomí ani pocity viny, protože toto překračování norem je v jeho okolí normální. Např. jedinec, který je dobře integrován do skupiny svých vrstevníků, kteří překračují normy, tak pro něj budou normální např. krádeže s partou nebo záškoláctví. (NÝVLTOVÁ, 2010)

- *F91.3 Opoziční vzdorovitě chování*

Tato diagnostická kategorie se podle MALÉ in HORT (2008) užívá u jedinců do deseti let. Jedinec se projevuje vzdorovitým, neposlušným a neovladatelným chováním, ale bez agresivnějších prvků.

- *F91.4 Jiné poruchy chování*
- *F91.5 Porucha chování NS*

Poruchy chování mohou být podle MKN-10 sdruženy s hyperkinetickými poruchami a s emočními poruchami. Smíšené poruchy chování a emocí jsou kombinací trvale agresivního, disociálního nebo vzdorovitého chování se zřetelně výraznými příznaky deprese, úzkosti nebo jiných poruch emocí.

Můžeme tedy uzavřít, že u poruch chování jde o dlouhodobé odchylování se a nedodržování norem, které společnost vyžaduje od jedince. Takovéto chování je nepřiměřené jeho věku. Jedinec není schopen dodržovat společenská pravidla, přestože chápe význam norem.

2.8.1 Poruchy chování a emocí

VOJTOVÁ (2010) nahrazuje termín poruchy chování termínem „emotional and behavioral disorders“- což znamená děti a mládež s poruchami emocí a chování. Autorka se domnívá, že tyto dvě poruchy se sebou souvisí a jsou od sebe navzájem neoddelitelné, protože vznik jedné podmiňuje vznik druhé.

Kategorie Poruchy chování je vyhrazena pro opakující se vzorce chování, které jsou typické nedodržováním a narušováním norem, pravidel i práv druhých. Často se objevují agresivní projevy zaměřené proti věcem, zvířatům i lidem, krádeže, nepoctivost, lhaní, záškoláctví apod. Z označení této kategorie vyplývá, že se jedná o kombinace narušeného chování a emocí. Agresivní, asociální a vzdorovité projevy doprovází neurotické symptomy, úzkost, bázlivost, fobie. Mohou se také přidat obsese, impulze či depresivní ladění. (OREL, 2012)

Z označení této kategorie podle ORLA (2012) vyplývá, že se jedná a kombinace narušeného chování a emocí. Agresivní, asociální, vzdorovité projevy doprovází neurotické symptomy, úzkost, bázlivost, fobie. Mohou se také přidat obsese, impulze či depresivní ladění.

2.8.2 Tiky

Jako tik označuje OREL (2012) opakované, bezúčelné, náhlé, rychlé, mimovolní pohyby, vyluzované zvuky nebo jiné projevy. Frekvence a forma tiků je variabilní a individuálně odlišné. Vůlí je lze potlačit jen na krátkou a omezenou dobu. Tiky mohou být jednoduché nebo komplexní.

- *Jednoduché tiky motorické* – se projevují nejčastěji záškuby mimických svalů, ramen a horních končetin,
Jednoduché tiky fonační se projevují jako syčení, pohvizdování, chrochtání, mlaskání apod.
- *Komplexní tiky motorické* – mají složitější opakované pohybové vzorce – poplácávání, dotýkání se, obscénní pohyby. Mohou být doprovázeny sebezraňováním.. *Komplexní tiky fonační* představují opakované vykřikování či vyrážení slov, frází či zvuků. Slova mohou být neutrální nebo obscénní.

Nejčastější je výskyt tiků u dětí mezi 7.-11. rokem věku. Tiková porucha se v dětství vyskytuje 5-12x častěji než v dospělosti. Přejídná tiková porucha se projevuje jednoduchými tiky, které se obvykle vyskytují kolem 4.-5. roku a tají méně než 12 měsíců. Mají tendenci k remisím i kolapsům, nejčastěji postihují mimické svaly. Typicky se zhoršují při relaxaci, při aktivitě vymizí. Až 60% dětí s tiky má současně obsedantně-kompulzivní projevy.

Chronická motorická nebo vokální tiková porucha je charakterizována jednoduchými nebo komplexními motorickými tiky nebo tiky vokálními. Motorické a vokální tiky se nevyskytují současně, trvání poruchy je delší než rok. Chronická tiková porucha začíná v dětství a přechází do dospělosti; je sociálně handicapující. (ZVONÍKOVÁ, ČELEDOVÁ, ČEVELA, 2010)

2.8.3 Hyperkinetická porucha

Hyperkinetické poruchy zařazuje MKN-10 mezi poruchy chování a emoci se začátkem obvykle v dětství a v dospívání. Pro stanovení diagnózy hyperkinetické poruchy musí být přítomny projevy poruchy pozornosti a hyperaktivity. Vedle těchto hlavních příznaků bývá přidružena impulzivita, která pomáhá poruchu potvrdit, ale její přítomnost není pro diagnózu nutná. Dalším kritériem je raný začátek potíží, před 7. rokem věku dítěte, a minimální délka jejich výskytu, nejméně 6měsíců. Míra tohoto chování je nepřiměřená mentálnímu věku dítěte a trvalá.

Hyperkinetické poruchy se dále dělí na:

- poruchu aktivity a pozornosti
- hyperkinetickou poruchu chování
- jiné hyperkinetické poruchy
- hyperkinetickou poruchu nespecifikovanou

Mezi tyto poruchy patří např. ADHD (Attention Deficit Hyperaktivity Disorder) znamená poruchu pozornosti spojenou s hyperaktivitou. Dříve užívaný termín LMD (lehká mozková dysfunkce) byl nahrazen právě termínem ADHD, který upřesňuje a poukazuje na stupeň impulzivity, hyperaktivity a koncentrace u dětí. (ZELINKOVÁ, 2011)

3. MEZIOBOROVÁ SPOLUPRÁCE PŘI HOSPITALIZACI DĚTÍ S DUŠEVNÍMI PORUCHAMI

3.1 Psychiatrie a pedopsychiatrie

Ve 20. století byla psychiatrie ovlivněna dílem Sigmunda Freuda, který svou teorií o vzniku duševních chorob výrazně přispěl k psychologizaci medicíny. Nový pohled na medicínu se projevil též ve vnímání psychiatrie. Ve 20. století lze vypočítat několik zásadních mezníků, které ovlivňovaly i psychiatrickou péči. (MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M., 2008)

Prvním výrazným momentem je vznik samostatného československého státu v roce 1918, po kterém následoval úbytek investic do psychiatrické péče, což se negativně promítlo do kvality poskytovaných služeb. Situace za druhé světové války byla také velmi neutěšená. Pro nacistické Německo bylo charakteristické, že duševně nemocní byli hromadně likvidováni jako nepotřebné osoby. Po skončení 2. světové války nezájem o psychiatrii pokračoval, tentokrát v duchu hesla: „V nové lepší společnosti nebude bláznů a šílenců!“ (HÖSCHL, LIBIGER, ŠVESTKA, 2002) A konečně poslední významný mezník našich novodobých dějin, převrat v roce 1989, opět přinesl tendence všechny pacienty propustit, zrušit psychiatrické léčebny a vytvořit vstřícnější a humánnější systém. Současná psychiatrie je výsledkem dvou odlišných proudů. Na jedné straně je to eliminace nepřijatelně se chovajících jedinců ze společnosti a jejich označení za šílence, později duševně nemocné, a na straně druhé osamostatnění léčby o tyto jedince, která byla delegována lékařům, od všeobecné medicíny.

Autoři dále uvádějí, že obor psychiatrie není mezi zdravotníky ani laiky uznáván a oceňován oproti jiným oborům. Psychiatrické kliniky a ústavy byly vždy stavěny mimo nemocnici, či na krajích měst. Na jednu stranu aby nemocní měli klid pro zotavení, ale zároveň, aby se nemohli pohybovat mezi ostatními nemocnými. Jedna z dalších příčin malé prestiže tohoto oboru je menší terapeutická úspěšnost. Psychické

onemocnění často přechází do chronického stádia. Taktéž modernizace oddělení je velice často jako poslední na seznamu renovací. Zatímco celá nemocnice má nová lůžka, moderní nábytek, psychiatrie je vždy na posledním místě kde se dělají nějaké moderní úpravy. Bohužel je to problémem všech psychiatrických institucí v ČR. Tento přístup je dán už s prvními známkami výstavby psychiatrií u nás díky názoru, že „blázni nepotřebují nové vybavení, protože ho stejně zničí“.

Podle internetového článku „Zdravý smysl se krčí v koutě“ (zásadní rizika „reformy psychiatrie“) zveřejněný portálem zdraví.e15, do 21. století vstupuje psychiatrie jako moderní lékařský obor. A stejně jako medicína není všemocná, ani psychiatrie nedovede zázraky. Účinné léky jsou dostupné, přesto nejsou prosty nežádoucích účinků. Psychiatři vědí, že většina psychofarmak účinkuje preventivně, často však nedovedou pacienty o nutnosti jejich dlouhodobého užívání přesvědčit. Psychoterapie je nezastupitelnou terapeutickou metodou, avšak není-li pacient k práci na sobě motivován, postrádá smysl. O rizikových faktorech duševních poruch víme mnohé, zeptá-li se však pacient, proč onemocněl právě on a jak bude nemoc probíhat, odpověď neznáme. Do mozku umíme nahlédnout díky moderním zobrazovacím metodám, při stanovení diagnózy nám to ale většinou nepomůže: v každodenní klinické praxi jsme odkázáni na rozhovor s pacientem a pozorování jeho chování. Schopnost naslouchat a vcítit se tak zůstává základní klinickou dovedností, bez níž se žádný zdravotník neobejde.

I přesto je péče o duševně nemocné v Česku ve srovnání se zeměmi EU relativně dost podfinancovaná.

Péče o duševní zdraví je v České republice poskytována v různých formách. Cílem je poskytování kvalitní péče v oblasti psychiatrické, ošetrovatelské, psychologické i sociální. Cílovými osobami jsou tedy osoby s duševní poruchou.

Systém péče o duševní zdraví můžeme rozdělit na péči intramurální, to znamená na péči institucionální poskytovanou na psychiatrických klinikách nebo v psychiatrických léčebnách, a na péči extramurální poskytovanou mimo zdi institucí. Jako příklady můžeme uvést denní centra či chráněné bydlení. Psychiatrická zařízení jsou zřizována jako samostatná pracoviště nebo jako součást vyššího zdravotnického zařízení. Existují též kombinace různých nemocničních, intermediárních a ambulantních zařízení podle místních potřeb, podmínek a možností. Cílem je, aby v každém regionu

v České republice byla potřebná nabídka psychiatrických, psychologických, psychoterapeutických a sociálních služeb. (MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M., 2008)

3.2 Dětská psychiatrická léčebna Opařany

Opařany jsou v nejstarších záznamech připomínány jako tvrz s pivovarem, kterou koupil v r. 1268 Přemysl Otakar II. od pražského arcibiskupa Jana III. Poté následovaly další rody, které Opařany vlastnily a přebudovávaly. Až v roce 1887 byly Opařany pronajaty a v r. 1889 zakoupeny zemským výborem a určeny k psychiatrické péči pro dospělé. Provoz byl zahájen 1.9.1887. Dospělá psychiatrie byla od r. 1924 nahrazena psychiatrickou péčí pro děti. V roce 1924 bylo v zájmu státu vybudováno první zařízení pro děti s psychickými poruchami po vzoru zařízení pro dospělé včetně moderní školy s tělocvičnou, sluneční lázní a s krytým bazénem. Zpočátku nebyla koncepce oboru dětské psychiatrie, převažovaly děti s mentálními defekty a sociální problematikou. S postupem doby a s pokrokem medicíny včetně koncepce oboru se po několik generací přebudovávalo zařízení pro kvalitnější péči a indikované psychiatrické případy. Přibýval počet lékařů a erudovaného ošetrovatelského personálu. Klesal počet lůžek, zkvalitňovaly se diagnostické a terapeutické oblasti, byl zájem na moderním pojetí zařízení, redukovaly se plochy ložnicové ve prospěch ploch pro terapeutické aktivity, diferencovala se péče směrem k pacientovi, využíval se areál pro rehabilitační programy a resocializační programy. (<http://www.dploparany.cz/historie/>) V současné době je dětská psychiatrická léčebna Opařany největší dětské specializované zdravotnické zařízení pro léčbu dětí a adolescentů s psychiatrickou problematikou, zřizované Ministerstvem zdravotnictví ČR. Nachází se na trase mezi městy Tábor a Písek v 17 km vzdálenosti od Tábora uprostřed krásné a turistickým ruchem nenarušené přírody v blízkosti řeky Lužnice. Ředitelkou DPL Opařany je paní MUDr. Iva Hodková, která v léčebně pracuje zároveň i jako primářka somatického oddělení. DPL Opařany se zabývá diagnostikou a terapií dětí a mladistvých s duševními poruchami od 3-18 let, a to z celé České republiky. Poskytuje strukturovanou a komplexní péči celého spektra duševních poruch. Hospitalizuje akutní stavy z Jihočeského kraje. Z ostatních regionů ČR včetně Jihočeského kraje jsou hospitalizováni pacienti zejména s potřebou středně a

dlouhodobé vysoce specializované péče. (<http://www.addp.cz/detske-psychiatricke-lecebny-a-luzka/35>) Děti do léčebny přicházejí z rodin, dětských domovů, výchovných ústavů i ústavů sociální péče a to na doporučení zejména dětských psychiatrů a ve výjimečných případech i na doporučení praktického lékaře. Práce pracovníků léčebny bezprostředně navazuje na ambulantní péči nebo na lůžkovou péči nemocničního typu. V současné době léčebna disponuje se 150 lůžky.

Lůžková část:

Lůžková část je členěna do 3 samostatných pavilonů A,B,C. V těchto pavilonech se nachází 2-5 lůžkové pokoje a též jednolůžkové pokoje individuálního dohledu. Pacienti jsou přijímáni na jednotlivé pavilony podle věku, pohlaví, rozumových schopností a diagnostického spektra k diagnostice nebo léčbě. V léčení pacientů léčebna používá moderní farmakoterapii, individuální, skupinovou psychoterapii a ve vybraných indikacích psychoterapii rodinnou. Nedílnou součástí je léčebný režim, specializovaná a vysoce specializovaná ošetrovatelská péče a rozsáhlé možnosti rehabilitace, socioterapeutických a volnočasových programů. DPL přijímá pacienty na doporučení dětského psychiatra, psychiatra, dále překladem z lůžkových zařízení - klinik, nemocnic, psychiatrických léčeben a ve výjimečných případech přijímá bez doporučení odborníka na přání rodiny. Léčba je plně hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Léčebna má uzavřené smlouvy se všemi zdravotními pojišťovnami.

1. oddělení – děti předškolního a mladšího školního věku

Stanice: A4, A6, A7 – 53lůžek prim. MUDr. Ludmila Viktorová vrchní sestra: Olga Fuková sociální pracovnice: Helena Stachová

2. oddělení – starší školní věk a dorostový věk

Stanice: B4, B5, B6, B7 – 81lůžek prim. MUDr. Jana Holendová vrchní sestra: Bc. Martina Kratochvílová sociální pracovnice: Helena Stachová, Marie Souhradová

3. oddělení - chlapeč staršího školního a adolescentního věku. Duševní poruchy či duševní onemocnění v kombinaci s mentální retardací v pásmu středně těžké MR, těžké MR

- rehabilitačně resocializační centrum, laboratoř EEG

Stanice: C – 16lůžek prim. MUDr. Iva Hodková vrchní sestra: Jarmila Mikešová
sociální pracovnice: Helena Stachová

Nabídka odborných vyšetření:

- Pedopsychiatrické
- Psychologické
- EEG
- Neurologické
- Pediatrické
- Laboratorní
- Další indikovaná vyšetření jsou dostupná v nemocnici v Táboře, Českých Budějovicích a na dalších specializovaných pracovištích

Nabídka odborných aktivit:

- Moderní farmakoterapie
- Individuální, skupinová a komunitní psychoterapie
- Léčebný režim
- Komplexní diferencovaná ošetrovatelská péče
- Komplexní programy rehabilitačně resocializační péče

- Ergoterapie
- Arteterapie
- Fytoterapie
- Hiporehabilitace
- Pohybové programy

- Hydroterapie
- Čajovna, klub, cvičná kuchyňka
- Rehabilitace-fyzioterapie
- Kondiční turistika, volnočasové aktivity, společenské programy
- Léčebné propustky do rodiny či náhradního výchovného prostředí, práce s rodinou

DPL Opařany nabízí též nepřetržitou dostupnost lékařské péče pro pacienty hospitalizované, dostupnost profesionální telefonní psychologické pomoci, nabídku krizové intervence - osobní konzultace formou psychologického pohovoru, konziliární činnost, informace rodičům v době návštěv. Návštěvní dny nejsou časově omezeny. Léčebna nabízí ubytování rodičů v ubytovacím zařízení na standardně vybavených jedno nebo dvoulůžkových pokojích a apartmánech.

Ambulantní část:

Stanice D: převažuje problematika dětské a dorostové psychiatrie

DPL Opařany poskytuje specializovanou ambulantní péči v ordinacích:

- dětské a dorostové psychiatrie
- dospělé psychiatrie
- klinické psychologie
- rehabilitace

3.2.1 Principy a podmínky edukace v ZŠ při DPL Opařany

*Motto: „Škola – **jako pozdrav slunci**“*

Právě toto heslo si zvolila Základní škola při DPL Opařany jako motto svého školního vzdělávacího programu. ZŠ se nachází přímo v areálu DPL a vyznačuje se

převážně svou více než osmdesátiletou tradicí. Škola vychází z úkolů, které stojí před samotnými speciálními pedagogy a jejich žáky. Za nejdůležitější totiž považují schopnost komunikovat, proto **jazyková komunikace**. Komunikace by dle nich měla probíhat na základě **pozitivního myšlení**, **zdravého** životního stylu a její účastníci by měli dodržovat pravidla **slušnosti** a tolerovat vlastní **názory**. Nikdy by neměl chybět **citlivý přístup**, porozumění a vzájemná pomoc.

Škola, která byla založena již roku 1926, vzdělává dětské psychiatrické pacienty a plně se přizpůsobuje jak jejich individuálním potřebám, tak režimu léčebny. Pro běžného učitele by jen představa, jak to v takové škole chodí, mohla být noční můrou. Počet žáků zde neustále kolísá – v jarních měsících, kdy na dětský organismus začíná doléhat zátěž vzdělávacího procesu, bývají třídy oproti podzimu naplněné až dvojnásobně. Průměrný žák zde málokdy setrvá celý školní rok, většina pacientů stráví léčbou v Opařanech jeden až šest měsíců, a tak se kolektiv tříd neustále obměňuje a sociální vazby je třeba vytvářet stále znovu. Chlapci a děvčata přicházejí ze všech koutů republiky, z rozdílných sociálních vrstev a rodinných prostředí, ale především ze zcela různých škol, z nich každá má odlišný vzdělávací plán. Drtivá většina žáků se po ukončení hospitalizace v Opařanech vrací do svých kmenových škol, kde musí být schopni plynule pokračovat ve vzdělávacím procesu. Hlavní a vše prolínající charakteristikou práce učitelů je ovšem fakt, že pracují s dětmi s psychickým onemocněním, v některých případech kombinovaným se somatickými handicapy či mentální retardací různého stupně. U pacientů-žáků se pedagogové potkávají se všemi diagnózami napříč oborem a s různou šíří psychopatologie v rámci jednotlivých diagnóz.

Pedagogický personál musí podrobně znát projevy duševních poruch u dětí i ve vazbě na fázi onemocnění tak, aby bylo možné realizovat vzdělávací program s dítětem v různém stupni nemoci. Mimo specializovaná zařízení se často stává, že se psychopatologie, která jednoznačně patří k duševní poruše, zaměňuje za výchovné problémy, což dítě zásadně poškozuje na zdravotním stavu. Velká část žáků přichází z kmenových škol do školy při DPL Opařany s nižšími výkony, neboť nebylo přihlédnuto ke specifikám jejich potřeb ve vazbě na onemocnění, a protože kvůli projevům duševní poruchy, které je často vyčleňují, nemohli dosáhnout toho čeho žáci zdraví.

Každé z hospitalizovaných dětí je zdravotně handicapované a s každým pracují speciální pedagogové podle jejich možností a potřeb. Proto je tudíž reálné pod jednou střechou zajistit vzdělávání například, jak pro inteligentní dvanáctiletou dívku, která je traumatizovanou obětí internetového zneužití, tak i pro chlapce se zrakovým i tělesným handicapem v kombinaci s autismem. Proto pod hlavičkou této vzdělávací instituce pracuje v jedné budově nejen škola základní, ale také praktická a speciální. Škola navíc musí pokrýt široké věkové spektrum pacientů léčebny, od 3 do 18 let – a přestože institucionálně nezahrnuje ani mateřskou, ani střední školu, snaží se do vzdělávacího procesu zapojit co nejvhodnějším způsobem i předškolní děti a středoškoláky.

Žáci se do jednotlivých typů škol zařazují podle intelektu:

Základní škola – žáci s intelektem v pásmu normy

Praktická škola – žáci se sníženým intelektem, v pásmu lehké mentální retardace

Speciální škola – žáci se středně těžkou, těžkou a hlubokou mentální retardací.

Základní škola praktická

Cílem základního vzdělávání v ZŠP je pomoci žákům získávat a postupně zdokonalovat klíčové kompetence a poskytnout spolehlivý základ všeobecného vzdělání orientovaného zejména na situace blízké životu a na praktické jednání. Škola rozvíjí komunikační dovednosti žáků, pomáhá žákům s SPU, klade důraz na posílení fyzického a duševního zdraví, snaží se z žáků vychovávat slušné, tolerantní a citově stabilní občany. Učí žáky nebát se vyjádřit vlastní názor, tolerovat názor odlišný. Poskytuje žákům kvalitní základní vzdělání.

Vzhledem ke skutečnosti, že Dětská psychiatrická léčebna v Opařanech je největší dětskou psychiatrickou léčebnou v ČR, představuje klientela široké spektrum psychiatrických diagnóz.

Nejčastější diagnózou žáků v ZŠP je mentální retardace spojená s různými druhy poruch chování. Pedagogové se proto snaží, aby žáci sami na sobě poruchu rozpoznali a objevili chování, které jim způsobuje problémy v komunikaci s ostatními dětmi i dospělými. Tyto problémy žákům vhodně a srozumitelně vysvětlujeme a učíme je pracovat na jejich nápravě. K tomuto účelu slouží škála sebehodnocení, kterou si vypracovává třídní učitel v každé třídě. Většina žáků se během krátké doby naučí se sebehodnocením pracovat a pokouší se tak své chování regulovat. Navíc sebehodnocení slouží jako vhodná cesta komunikace mezi žákem a učitelem. Děti se naučí o svých problémech hovořit, společně s učitelem hledají možné cesty řešení. Pomáhají také slabším žákům s jejich výukovými obtížemi tak, aby učivo bylo zvladatelné i pro ně.

Učitelé vypracovávají individuální vzdělávací plány ve spolupráci se SPC, popřípadě je žákovi přidělen asistent pedagoga. Někteří žáci ZŠP mají IVP vypracované již z kmenových škol. Struktura IVP vychází z platné právní úpravy.

Samozřejmostí je individuální přístup ke všem žákům s ohledem na jejich zdravotní postižení. Výuku se snaží učitelé co nejvíce zpestřovat, aby byla pro žáky poutavá. Využívají interaktivní tabuli, dataprojektory, počítače. Kromě techniky zpestřují žákům výuku zapojováním do projektů a pořádají tematické dny.

Základní škola speciální

V ZŠS jsou vzděláváni žáci se středně těžkým a těžkým mentálním postižením, žáci s hlubokým mentálním postižením a souběžným postižením více vadami. Vnitřní členění tříd nevychází z věkových charakteristik žáků, ale z úrovně jejich individuálních schopností a potřeb, které jsou určující pro obsah vzdělávání. Pedagogové se o dosažení optimálního rozvoje osobnosti žáků a kvality jejich života s přihlédnutím k možnostem daným povahou a stupněm postižení. Základem je individuální přístup ke každému žáku. V rehabilitační třídě si žáci osvojují některé elementární vědomosti, dovednosti a návyky, které jim umožní získat určitou míru soběstačnosti, najít vhodnou formu komunikace s jejich okolím a napomáhají rozvoji jejich motoriky. Zvláštní skupinu tvoří žáci s poruchou autistického spektra, kteří jsou vzděláváni v autistických třídách s využitím metodiky strukturovaného učení podle TEACCH programu.

Edukační proces probíhá v blocích na základě upravených učebních plánů nebo IVP. Rozsah školní zátěže určuje u našich žáků ředitelka školy po domluvě s ošetřujícím lékařem. V každé třídě pracuje asistent pedagoga, který zajišťuje společně se speciálním pedagogem individuální přístup ke každému žákovi. Třídy jsou vybaveny moderním nábytkem, kompenzačními pomůckami, počítači, interaktivní tabulí atd. Máme vybudovaný muzikoateliér, který slouží k eliminaci problémového chování a nácvikům autoregulace. Žáci využívají i cvičnou kuchyňku a při pěkném počasí může výuka probíhat i na školní zahradě, kde je k dispozici upravená přírodní učebna. Volba metod a organizačních forem výuky důsledně respektuje individuální zvláštnosti, možnosti i osobnostní vlastnosti žáků – snaha o individualizaci výuky.

O úspěšnosti zapojení žáků do společnosti nerozhoduje pouze úroveň jejich rozumových schopností a kvalita jejich vědomostí a dovedností, ale také jejich vztah k ostatním lidem, jejich schopnost komunikovat a navazovat osobní vztahy a v neposlední řadě i jejich osobní vlastnosti, povahové rysy a úroveň jejich chování. Proto je kladen důraz zejména na složku etickou a výchovnou. Žáci jsou vedeni ke kladnému a přátelskému vztahu k lidem, ke kultivovanému společenskému chování, které je nezbytným předpokladem jejich sociální integrace. Cílem školy je, aby žák dosáhl zlepšení sociálních a školních dovedností a celkových psychických schopností do takové úrovně, aby se mohl co nejlepším způsobem začlenit do svého sociálního prostředí a kmenové školy.

Podle současného školského zákona se musí vzdělávat každý jedinec bez ohledu na intelekt a musí se mu v nabídce vzdělávacích programů najít začlenění dle jeho možností ve vazbě na zdravotní stav. Takto tomu ovšem dříve nebylo. Legislativa totiž umožňovala získat pro pacienty se zásadní poruchou intelektu výjimku z povinnosti vzdělávat se. Proto je ve školách při DPL Opařany pro děti, které svými schopnostmi nedosáhnou na penzum znalostí základní, praktické nebo speciální školy, připraven takzvaný rehabilitační program, v jehož rámci se učí úkonům sebeobsluhy – při jídle, oblékání a udržování tělesné čistoty.

Každé dítě má právo na co nejširší a nejbohatší život. Jde také o to, co si kdo pod pojmem vzdělávání představuje. Důležitá je hlavně komunikace, aby byl jedinec

schopen fungovat ve společnosti a alespoň se o sebe sám postaral. Proto je v tomto ohledu rozvoj každého dítěte s jakýmkoliv postižením nedocenitelný.

3.3 Spolupráce školy a léčebny v DPL Opařany

I v ostatních směrech je třeba dostat platné legislativě, byť to v některých případech znamená zkomplikování práce. Zdravotnické zákony například pedagogům neumožňují seznámit se s podrobněji s údaji o zdravotním stavu žáků. O anamnéze, diagnóze a skutečných zdravotních problémech dětí dostávají pedagogové ve škole informace jen v nezbytně nutném rozsahu, a i to pouze s písemným souhlasem rodičů. Proto jim to často pro individuálně cílenou práci s dítětem nestačí. Speciální pedagog si sám zpracovává získané anamnestické údaje, provádí speciálně-pedagogickou diagnostiku a na jejím základě zpracovává individuální vzdělávací plán – vyrovnávací opatření. Škola je důležitou součástí léčebného procesu, neboť navíc poskytuje zpětnou vazbu pro ošetřujícího lékaře. I během vzdělávání dochází k objektivizaci zvoleného léčebného postupu. Na základě projevů a výkonů dítěte ve škole speciální pedagogové poskytují ošetřujícímu lékaři důležité informace a konzultace, které přispívají k dosažení optimálního zdravotního stavu, nastavené medikace a maximálního možného výkonu s akcentem na kognitivní funkce. Způsob vzdělávacího procesu je u jednotlivých pacientů určen jejich psychiatrickou diagnózou, případně dalšími komorbiditami. Většinu žáků lze vyučovat skupinově v příslušné třídě. S těmi ostatními speciální pedagogové pracují individuálně přímo na oddělení léčebny. Děti z běžných škol si – na rozdíl od učitelů – mohou o podmínkách panujících ve škole při DPL Opařany nechat jenom zdát. Ráno se začíná až v 8:45 hod. a žáci s ohledem na zdravotní stav nesmějí týdně strávit ve školních lavicích více než 24 vyučovacích hodin. Škola vlastní pět interaktivních dotykových tabulí a při výuce často používá počítače. Některé třídy jsou vybaveny pohodlnými sedacími vaky a masážním křeslem, jež se při hodinách běžně využívají. Na podlaze jiné učebny je položen vysoký měkký koberec, kde může probíhat výuka pohodlnější formou nebo poslouží ke krátké relaxaci žáka. Stěny na chodbách školy jsou na některých místech opatřeny speciálními polstrovanými

polštáři, přímo určenými ke kopání a tlučení. Žáci se svými učiteli tráví dvě vyučovací hodiny týdně v hudební dílně, kde mohou muzicírovat na různé nástroje, tančit, křičet a hrát všemožné hry. Podíváme-li se však na tyto podmínky očima odborníka, spatříme zcela odlišný obraz. Vyučování začíná později, protože žáci jako pacienti léčebny každé ráno absolvují lékařskou vizitu. Sedací vaky a rehabilitační a masážní křeslo jsou součástí vybavení učeben určených pro autisty, kteří jinak mohou absolvovat výuku vleže nebo ve speciální židli a jimž tento způsob sezení při hodinách pomáhá k lepšímu uvolnění a stimulaci. Polstry na školních chodbách mají předejít a zabránit úrazům, protože psychiatrické diagnózy bývají často doprovázeny zvýšenou dávkou neklidu, impulzivity a agresivity. Dvě vyučovací hodiny v hudební dílně slouží k prohloubení vztahů v rámci kolektivu i vzájemného vztahu mezi žákem a učitelem. Muzikoterapeutické programy žákům umožňují odventilovat vnitřní napětí a učí je relaxovat, v rámci her nacvičují sociální dovednosti.

Také veškeré počítačové vybavení a nepřehledné množství dalších pomůcek by škola nikdy nezískala, kdyby její zaměstnanci aktivně nevyhledávali a neoslovovali sponzory, a kdyby neustále nepracovali na projektech, díky nimž instituce po kapkách získává finanční příspěvky. Například zmíněnou hudební dílnu škola vybudovala v rámci projektu „Eliminace problémového chování žáků pomocí muzikoterapie“, který úspěšně realizovala v letech 2009–2011. V loňském se soustředila na zavádění nových výukových metod u celorepublikově stále rostoucí skupiny žáků s poruchou autistického spektra. V rámci projektu zaměřeného na nácvik sociálních a komunikačních dovedností u těchto žáků vznikly učebny se speciální výbavou jak pro malé pacienty s Aspergerovým syndromem a vysoce funkčním autismem, tak pro děti s autismem středně- a nízko-funkčním. Jako třetí zmiňme projekt „Cvičný byt“, který škola při DPL Opařany začala realizovat ve spolupráci s léčebnou v roce 2011. V prostředí cvičného bytu se děti, kterým jejich rodinné prostředí nevštlípilo základní návyky k vedení samostatné domácnosti, učí praktickým dovednostem, jako je praní, vaření či základy hospodaření s penězi. Všechny projekty mají též cíl – aby vzrostly šance pacientů léčených v Opařanech na úspěšnou integraci do jejich kmenových škol a aby tyto děti byly schopny lépe porozumět světu, ve kterém žijí, a přizpůsobit se mu. Speciální pedagogové školy při DPL Opařany spolupracují také s kmenovými školami svých odcházejících žáků. Nabízejí jim edukační konzultace jak s dětmi a jejich individuálními problémy dál pracovat a naopak získávají zpětnou vazbu, jak se který

zaléčený pacient dokázal ve svém původním prostředí adaptovat. Jakkoli jsou podmínky, ve kterých funguje, náročné, snaží se škola při opařanské psychiatrické léčebně v maximální možné míře simulovat podmínky, do nichž se děti vrátí po ukončení hospitalizace. Na rozdíl od vzdělávacích zařízení při jiných dětských psychiatrických pracovištích má tato škola vlastní budovu umístěnou mimo zdravotní část léčebny. Pacient si drží kontakt s běžným denním režimem, co se týče docházky do školy. Nespolehá na servis kolem sebe, ale je terapeuticky veden k sebekontrolě a zodpovědnosti. Večer si musí připravit věci, ráno po vizitě se oblékne, obuje, vezme si svoji tašku a jde do školy.

3.4 Možnosti intervence v ZŠ při DPL

Jakékoliv školské zařízení je dnes vnímáno jako něco neměnného, čemu se musí dítě přizpůsobit. Nicméně toto tvrzení ve školách při DPL Opařany neplatí. Prvním a zásadním krokem jakékoliv intervence, zejména pak intervence v ZŠ při dětské psychiatrické léčebně, je uvědomění si potíží dítěte. Právě toto uvědomění, přiznání a odhalení potíží je odrazovým můstkem především pro speciální pedagogy, kteří vytváří pro děti podpůrné a nápomocné školní prostředí, kde můžou s klidem zahájit každý školní den. Pro tyto pedagogy je především nutné znát prostředí, odkud děti přicházejí, případně jejich chování v kmenové škole. K tomu jim jsou právě nápomocné edukační konzultace s kmenovou školou dítěte.

Možnosti intervence jsou ovšem v podmínkách DPL omezené a samotná intervence je otázkou pomoci hlavně ze strany zdravotníků. Dítě do DPL Opařany přichází, jak již bylo výše psáno na základě potíží, které souvisí s jeho zdravotním stavem a příčinami jeho problému a to na doporučení dětského lékaře, psychologa nebo psychiatra. Základní školy při DPL Opařany mají za úkol těmto žákům zajistit vzdělání dle příslušného vzdělávacího programu za pomoci speciálně pedagogických metod a forem práce. Důležitým cílem tedy je, aby děti pracovaly v uvolněné atmosféře bez napětí, v důvěryhodném prostředí. Dítě přichází do školy velmi často s narušeným vztahem ke vzdělání a škole jako instituci. Prvotním úkolem je, prolomit tuto bariéru a otevřít komunikaci v širším slova smyslu, neboli začít spolupracovat. Učitelé jsou

zvyklí tolerovat odlišné projevy chování způsobené poruchou. Nejedná se o lhostejnost, nýbrž o vědomý nadhled. Je nutné si uvědomit, že odmítání a nepřiměřené reakce dětí jsou obranné reakce na často pro ně nepřehledné nebo neřešitelné situace. Tento přístup je možný za předpokladu důslednosti, tzn. dodržování stanovených pravidel a řádu. Normy a pravidla musí být jasně vymezeny a jednoznačně vysvětleny, aby bylo dítě schopno uvědomit si jejich překročení a z toho vyplývající důsledky. Pro učitele je také důležité naučit se předcházet afektivnímu jednání dítěte na základě sledování spouštěcích mechanismů, eventuálně umět odvést pozornost jiným směrem. Potíže s roztěkaností a udržením pozornosti často dětem znemožňují nejen zadanou práci dokončit, ale mnohdy i začít. Pro žáka je tedy velice důležité okamžité získávání zpětné vazby po dokončeném výkonu, tedy zhodnocení úkolu učitelem v co nejkratší době po dokončení úkolu, a pokud možno před samotným žákem. Je třeba se soustředit na úspěchy a správnost provedení, než na soustavné upozorňování na případné chyby. Individuální přístup ke každému z žáků je zde též velice důležitý. Důraz na individuální práci umožňuje především nízký počet žáků ve třídě. A především koordinovaná spolupráce dvou pedagogů v rámci školní třídy, či kooperace s ostatními pedagogy a v neposlední řadě také spolupráce všech odborníků, zejména lékařů, terapeutů a sociálních pracovníků závisí na tom, jak funkční intervence bude.

3.4.1 Reedukace poruch v DPL z pohledu medicínského

Reedukace je postupné rozvíjení a zlepšování úrovně porušených či nevyvinutých funkcí potřebných pro získání dovedností jako je čtení, psaní a počítání a je zaměřena na plnou či alespoň částečnou kompenzaci problematiky vyplývající z SPU. (JUCOVIČOVÁ, D., ŽÁČKOVÁ, H., 2003)

Defektologický slovník uvádí, že pojem reedukace pochází z latinského slova „reeducatio“, což znamená převýchova či obnovená výchova. „Je to označení pro speciálně pedagogické metody, které rozvíjejí nevyvinuté funkce nebo upravují či napravují porušené funkce a činnosti v oblasti postiženého analyzátoru, a to se zřetelem k celé osobnosti postiženého.“(SOVÁK, M., 2003)

Proces reedukace specifických poruch učení lze též charakterizovat jako dlouhodobý diagnosticko – terapeutický proces, jehož cílem je odstranění nebo

zmírnění obtíží dítěte a zlepšení celkového stavu psychiky dítěte. (BARTOŇOVÁ, M., 2005)

Zkušenosti ukazují, že neexistuje univerzální účinná metoda. Je třeba ji přizpůsobit individualitě dítěte a typu poruchy. Při výběru metody je nutno respektovat stupeň poruchy a fázi nápravy, v níž se dítě nachází. Efektivní reedukace specifických poruch učení je týmovou spoluprací vyučujících, kteří se podílejí na výchově a vzdělávání žáka. Děti s poruchami učení se musejí přes své deficity cítit emocionálně přijaty. Důležité je společné vypracování pravidel a rámcových podmínek, podporovat dítě v jeho tvořivosti. I rodiče zažívají pocity viny související s neúspěchy jejich dítěte, zaměřujeme se především na odbourávání těchto pocitů. Učíme je, jak pracovat s chybou. Nenahraditelnou úlohu sehrává spolupráce s rodinou. Správné reedukační práci předchází depistáž a diagnostika. (BARTONOVÁ, M., 2005)

J. SLOWIK (2007) uvádí, že snaha o nápravu by měla probíhat zejména v mladším školním věku, kdy má dítě větší plasticitu mozku, a proto je možné dosáhnout v některých případech i velmi výrazného zlepšení, jelikož děti ještě nemají zafixovaný neúspěch ve školních předmětech a dovednostech. Smysl pro zmírnění obtíží ale mají i u starších žáků a „fixace určitých vhodných stereotypů“ je vhodná i v dospělosti. Velkou roli hraje přístup okolí, kvalita odborné péče a stupeň poruchy.

Reedukační péče v DPL v Opařanech je zajišťována kvalifikovaným personálem, vytvořením vhodných podmínek pro výuku, specifickými postupy a metodami výuky. To vše však musí být samozřejmě podpořeno týmovou spoluprací rodiny, školy a poradenských institucí. Každý žák je osobností, a proto je potřeba přizpůsobit reedukaci každému jedinci a přizpůsobit ji také jeho poruše. Při reedukaci DPL využívá všech dostupných metod, pomůcek a podnětů (sluchových, zrakových, hmatových ...). Aby žák měl zájem spolupracovat při reedukaci, musí se neustále motivovat k práci.

Stejně tak jako NOVÁK (2007) ve své publikaci poukazuje na tři reedukační přístupy, i v DPL s těmito přístupy pracují. Jedná se o:

Klinicko-psychologické přístupy – jsou dostupné k užívání psychologům, speciálním pedagogům, lékařům nebo jiným zainteresovaným odborníkům. Spočívají v tom, že východiska reedukace a kompenzace vývojových poruch jsou nedostatky (deficity) ve schopnostech nebo osobnosti dítěte. Proto se při reedukaci zaměřujeme na

rozvíjení schopností prostřednictvím podněcování náhradních mozkových mechanismů.

Speciálně pedagogické přístupy – jsou uplatňovány především v pedagogickém procesu výuky ve škole. Jsou doménou především speciálních pedagogů a umožňují propojení pedagogických metod se specifickými požadavky žáků.)

A medicínský přístup, který je uplatňován právě v případech, že se děti dostávají do všeobecné pediatrické, neurologické či psychiatrické péče. Často se využívají léky k tlumení zvýšeného psychického a psychomotorického neklidu. Ale jak se všichni pracovníci DPL jednohlasně shodují, ani nejúčinnější lék nemůže odstranit neznalost, změnit soustavu nesprávných návyků, ani zlepšit počítání nebo čtení atp.

V internetovém článku „Nedocenená dětská psychiatrie“, na portále zdraví.E15.cz – zdravotnictví a medicína, paní ředitelka DPL v Opařanech prim. MUDr. Iva Hodková uvádí: „Pryč jsou časy, kdy se nad takovým dítětem mávlo rukou s tím, že je nevychované, a jeho problémy řešila pedagogicko-psychologická poradna, dnes by mělo dítě od pediatra automaticky směřovat s doporučením hlavně k dětskému psychiatrovi, který nastartuje komplexní léčbu. K dispozici jsou psychofarmaka, jež mohou ovlivnit základní jádrové příznaky syndromu ADHD na úrovni centrální nervové soustavy. Stejně tak v případě autismu stanovuje diagnózu dětský psychiatr vyšetřením a kompletací všech klinických nálezů a vyloučením nemocí, které mohou mít obdobné projevy. Dětský psychiatr musí získat podrobnou anamnézu od doprovodu dítěte, navázat s dítětem kontakt (může se jednat i o batole) a diagnostika se dále opírá o časný psychomotorický vývoj, o odlišnosti a různé interakce v ordinaci.“

V článku se dále dovídáme, že při dnešních možnostech, jež přináší věda a výzkum, klinické studie, vyšetřovací metody typu magnetické rezonance, CT a další specifická vyšetření, přibývá i preciznější diagnostiky, takže lze na nemoc působit cíleněji. Stejně jako u dospělé psychiatrie byl rovněž u dětské zaznamenán příliv nových léků. Nejdříve se ale samozřejmě volí neinvazivní léčba, tj. podpůrná, popřípadě systematická psychoterapie i ve spolupráci s rodinou, teprve poté přichází podle potřeby na řadu psychofarmaka. Dětská psychiatrie vždy v minulosti léčila velmi levně, využívala základní neuroleptika a od toho se odvíjela výše lékových paušálů. V současnosti existují mnohem širší možnosti a léky mají větší efekt. „Nikdo si pochopitelně nedovolí nasadit dítěti lék jinak než postupem lege artis,“ podotýká v článku dále MUDr. Hodková. „Často se oficiálně používá i takzvaná off label

preskripce. Studie pro děti sice neexistují ve větší míře, ale postupuje se na základě klinických zkušeností, kazuistik a odborných doporučení v oboru.“ Není žádnou výjimkou, že dítě na lůžku má předepsané léky v hodnotě 200–300 korun na ošetrovací den, protože potřebuje třeba antiepileptika plus drahé psychiatrické léky.

Moderní psychofarmaka mají výborné účinky, v DPL v Opařanech s nimi mají dobré zkušenosti a dítěti už opravdu zajišťují vyšší kvalitu života, bezpečnost a komfort. Dochází díky nim ke zlepšení sociálních vztahů, dítě může studovat a někdy se i podaří jeho nemoc vyléčit, takže je schopno vrátit se rychleji do svého přirozeného prostředí.

Není proto nutno zdůrazňovat, že jde v léčebně o vysoce specializovanou ošetrovatelskou péči, protože se týká dětí, navíc s patologickými změnami psychického stavu, jež vyžadují stálý dozor nebo použití omezovacích prostředků. Ve smyslu specializace se jedná o 3. stupeň péče o dítě – praktický lékař pro děti a dorost, poté pediatr a pak nastupuje specializovaný obor a péče. Psychiatricky nemocné dítě nemůže zůstat samo. Všechny proto mají standardně zvýšený dohled a k zajištění jejich bezpečnosti a kvality péče je zapotřebí početný odborný a vysoce kvalifikovaný personál. Musí být natolik odborně zdatný, aby uměl odečítat psychopatologii a symptomy, kterými se dítě projevuje jak individuálně, tak v interakci s vrstevníky v běžných situacích i při zátěži.

4. EMPIRICKÁ ČÁST

4.1 Formulace výzkumného problému

Prostřednictvím analýzy literatury v teoretické části, jsem dospěla k základním pilířům výzkumného problému: duševní poruchy a poruchy chování u dětí, klasifikace jednotlivých duševních poruch a poruch chování a mezioborová spolupráce při hospitalizaci dětí s duševní poruchou.

Spolupráce školy psychologů a lékařů v dětské psychiatrické léčebně Opařany nevyužívá možnosti pro komplexní přístup k intervenci dítěte s internalizovanou poruchou (poruchou ADHD, ADD) hospitalizovaného v léčebně

Zajímá mě celková situace v dětské psychiatrické léčebně v Opařanech, analýza a zmapování jednotlivých diagnóz u dětí zde hospitalizovaných a strategií jejich intervence se zaměřením na mezioborovou spolupráci. Toto je i předmětem zájmu mé diplomové práce.

Klíčovým východiskem empirické části je tedy podání informací o duševních poruchách hospitalizovaných dětí v dětské psychiatrické léčebně v Opařanech, o analýze těchto poruch, přístupů k intervenci u dětí v ZŠ při DPL a užívání intervenčních přístupů a dalších dílčích cílů stanovených v následující podkapitole.

4.2 Stanovení hlavních a dílčích cílů práce, hypotéz

Empirická část vychází z poznatků teoretického oddílu. Byly stanoveny následující cíle:

Hlavním cílem mé práce je analyzovat situaci v dětské psychiatrické léčebně v Opařanech, se zaměřením na zmapování jednotlivých diagnóz u chlapců a dívek zde

„žijících“, dále analyzovat přístupy k intervenci dětí v DPL a užívaných intervenčních přístupů.

Ve svém výzkumu se zabývám i dalšími dílčími cíly:

- Počet hospitalizovaných dětí
- Rozlišení poruch u dětí v předškolním, školním a adolescentním věku
- Nastínění typů reedukace, zejména psychoterapie
- Role školy při hospitalizaci dětí a spolupráce školského a medicínského sektoru při práci s hospitalizovanými dětmi
- Doba hospitalizace dětí
- Odchod dětí po léčbě

Stanovení hypotéz:

- 1. Počet hospitalizovaných chlapců ve školním věku je v DPL Opařany větší než počet hospitalizovaných dívek v adolescentním věku.*
- 2. Průměrná doba hospitalizace u chlapce s mentální retardací je vyšší než průměrná doba hospitalizace dívky s poruchou příjmu potravy.*
- 3. Do ZŠ při DPL Opařany přichází děti především s dysfunkčních rodin.*
- 4. Intervenční činnost ZŠ při DPL Opařany bude spočívat v dlouhodobé individuální nápravné péči za spolupráce integrovaného dítěte a speciálního pedagoga.*

4.3 Metodologie výzkumu

Pro realizaci svého výzkumu jsem zvolila kvalitativní formu výzkumu. Použila jsem techniku řízeného rozhovoru na základě otázek, které jsem si předem připravila. Formu řízeného rozhovoru na základě předem připravených otázek jsem si

zvolila vzhledem k potřebě obdržení co nejvíce informací k následnému vyhodnocení stanovených cílů.

Interpretaci výstupů realizuji prostřednictvím tabulek a grafů.

4.4. Charakteristika výzkumného vzorku a výzkumného prostředí

Výzkum probíhal tedy formou řízeného rozhovoru v základní škole při DPL v Opařanech. Otázky pro řízený rozhovor jsem si připravila pro paní ředitelku ZŠ při DPL Opařany, paní Mgr. Jarmilu Drátovskou, která má o situaci v základní škole samozřejmě nejvíce informací a sama žáky i vyučuje, takže má přehled i o dění ve třídách dále pak na otázky odpovídali další pedagogové ZŠ, dětský psycholog a lékař DPL. Pro statistickou analýzu jsem si na základě dokumentace školy vybrala jako výzkumný vzorek děti ze ZŠ hospitalizované v dětské psychiatrické léčebně.

Při zpracovávání rozhovoru jsem nejprve zařadila dvě tabulky. První, monitoruje celkový počet hospitalizovaných dětí v DPL Opařany právě v tuto chvíli, tzn. říjen – listopad 2014. Druhá tabulka se týká rozdělení hospitalizovaných dětí podle pohlaví, tedy na počet hospitalizovaných dívek a počet hospitalizovaných chlapců a dále rozdělení, kolik z těchto dívek či chlapců je v předškolním, školním nebo adolescentním věku.

V dalších dvou otázkách se ptám na procentuální vyjádření toho, odkud děti do léčeben přicházejí a kam se následně po léčbě vrací.

Dále následuje další tabulka, která monitoruje vyskytující se diagnózy u hospitalizovaných dětí. Ptám se na počet hospitalizovaných dětí s těmito diagnózami a opět na rozdělení kolik dívek a kolik chlapců v předškolním, školním a adolescentním věku trpí právě touto poruchou. Poslední sloupec tabulku zjišťuje průměrnou dobu hospitalizace dítěte s konkrétní poruchou. Další část dotazníku spočívá v kladení dvaceti otázek týkajících se role školy při hospitalizaci dětí. Konkrétně se pak tážu na pedagogický sbor, kvalifikaci pedagogů, následné sebevzdělávání, spolupráci, cíl školy, hodnocení a prospěch žáků, neopomínám ani pedagogické přístupy a výukové metody ve vyučování, pomůcky využívající ve výuce, technickou vybavenost a v neposlední řadě také spolupráci s rodinou žáka, jejich informovanost, zpětnou vazbu a „volný čas“

hospitalizovaných žáků.

Předposledním oddílem dotazníku je část týkající se možností intervence žáků v ZŠ při DPL. Soubor tvoří osm otázek, z toho jedna tabulka, ve které zjišťuji, z jakých rodin žáci do léčebny přicházejí. Zdali to jsou rodiny úplné, neúplné či doplněné a zda jsou tyto rodiny funkční či nikoliv. Dále se zajímám o intervenční činnost školy o cíle, již chce škola dosáhnout a co je celkově pro školu jako takovou v rámci intervence důležité.

Poslední část dotazníku tvoří soubor sedmi otázek týkajících se typů reedukace v DPL Opařany. Konkrétně pak dotazovaná kroužkuje své odpovědi či odpovědi doplňuje. V této části dotazníku zkoumám, jaké odborníky má DPL ve svém týmu při léčbě, jak vše probíhá, než je dítěti stanovena příslušná terapie, jaké typy léčebných forem terapií preferují a s jakými se v léčebně můžeme setkat, kdo provádí psychoterapeutickou léčbu, jaké typy upřednostňují, jaké jsou jejich cíle, a jaké další činnosti v rámci terapie s dětmi provádí.

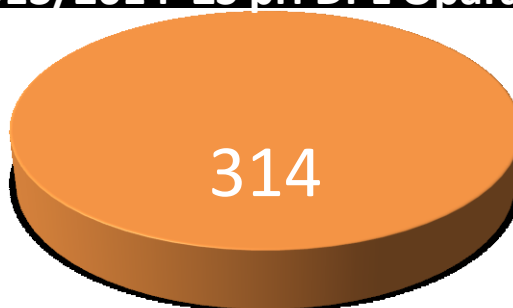
4.5 Interpretace a průběh výzkumného šetření

Šetření probíhalo v měsících září až listopad 2014. Provádělo se pomocí rozhovorů s pracovníky DPL Opařany. V průběhu měsíce listopadu 2014 byly získané informace vyhodnoceny a výsledky šetření byly zpracovány do příslušných grafů.

Při zpracování získaných dat do grafů jsem nejprve zařadila informace monitorující počet a pohlaví všech klientů, kteří byli v léčebně a zároveň prošli ZŠ při DPL ve školním roce 2013-2014.

Celkový počet hospitalizovaných dětí a zároveň navštěvují ZŠ při DPL Opařany, zobrazuje graf č. 1.

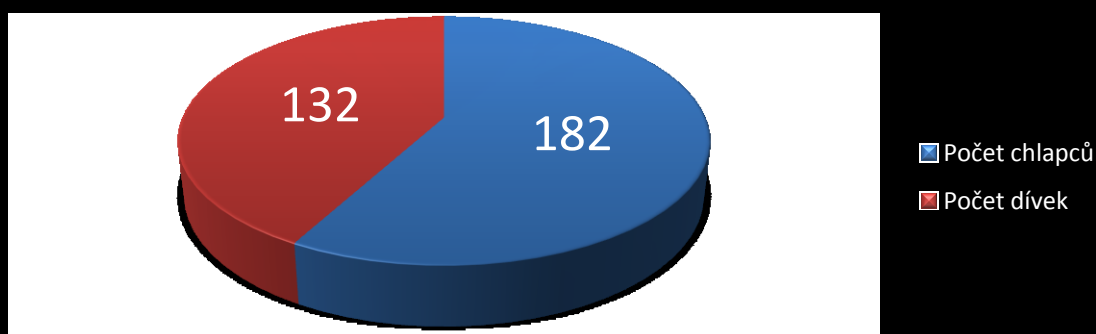
Celkový počet hospitalizovaných dětí a zároveň navštěvují ve školním roce 2013/2014 ZŠ při DPL Opařany



Graf č. 1: Celkový počet hospitalizovaných dětí a zároveň navštěvují ve školním roce 2013/2014 ZŠ při DPL Opařany

Graf č. 2 udává rozdělení těchto dětí dle pohlaví. Je evidentní, že počet hospitalizovaných chlapců v DPL bylo více než počet hospitalizovaných dívek.

Rozdělení dle pohlaví

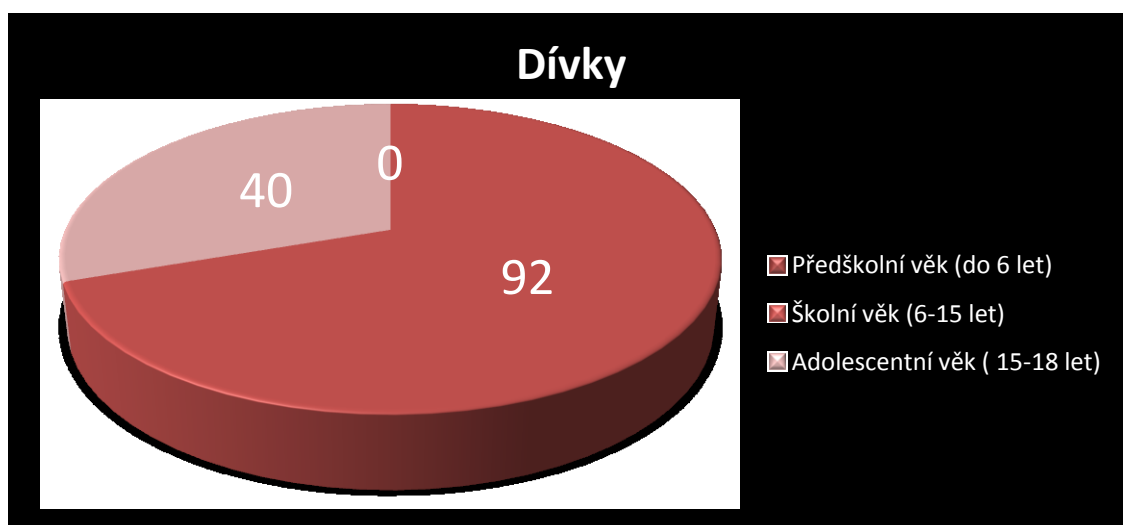


Graf č. 2: Rozdělení hospitalizovaných dětí a zároveň navštěvují ve školním roce 2013/2014 ZŠ při DPL Opařany dle pohlaví

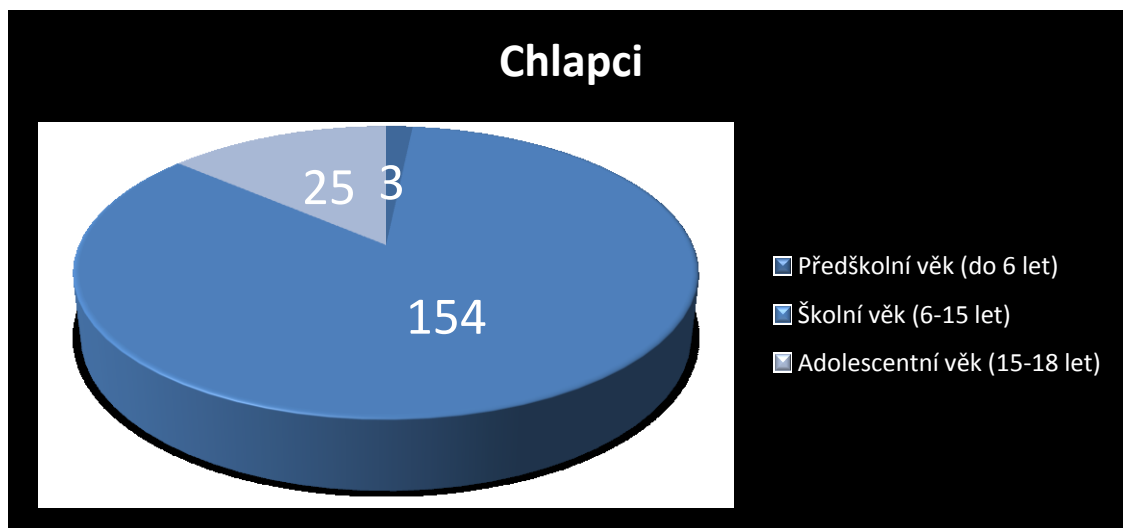
Následující dva grafy, č. 3 a č. 4, znázorňují počet hospitalizovaných dívek a chlapců v předškolním, školním a adolescentním věku.

Z grafu je zřejmé, že ve školním roce 2013/2014 nebyla hospitalizována žádná dívka předškolního věku, tedy do věku 6 let. Dívek hospitalizovaných ve školním věku od 6 do 15 let bylo nejvíce, tedy 92 a zbytek 40 dívek byly dívky adolescentního věku od 15 do 18let.

Co se týče chlapců, zde již byli hospitalizováni 3 ve věku do 6 let, dále pak většina, tedy 154 ve školní věku, od 6 do 15 let a od 15 do 18 let pak bylo hospitalizovaných celkem 25 chlapců.

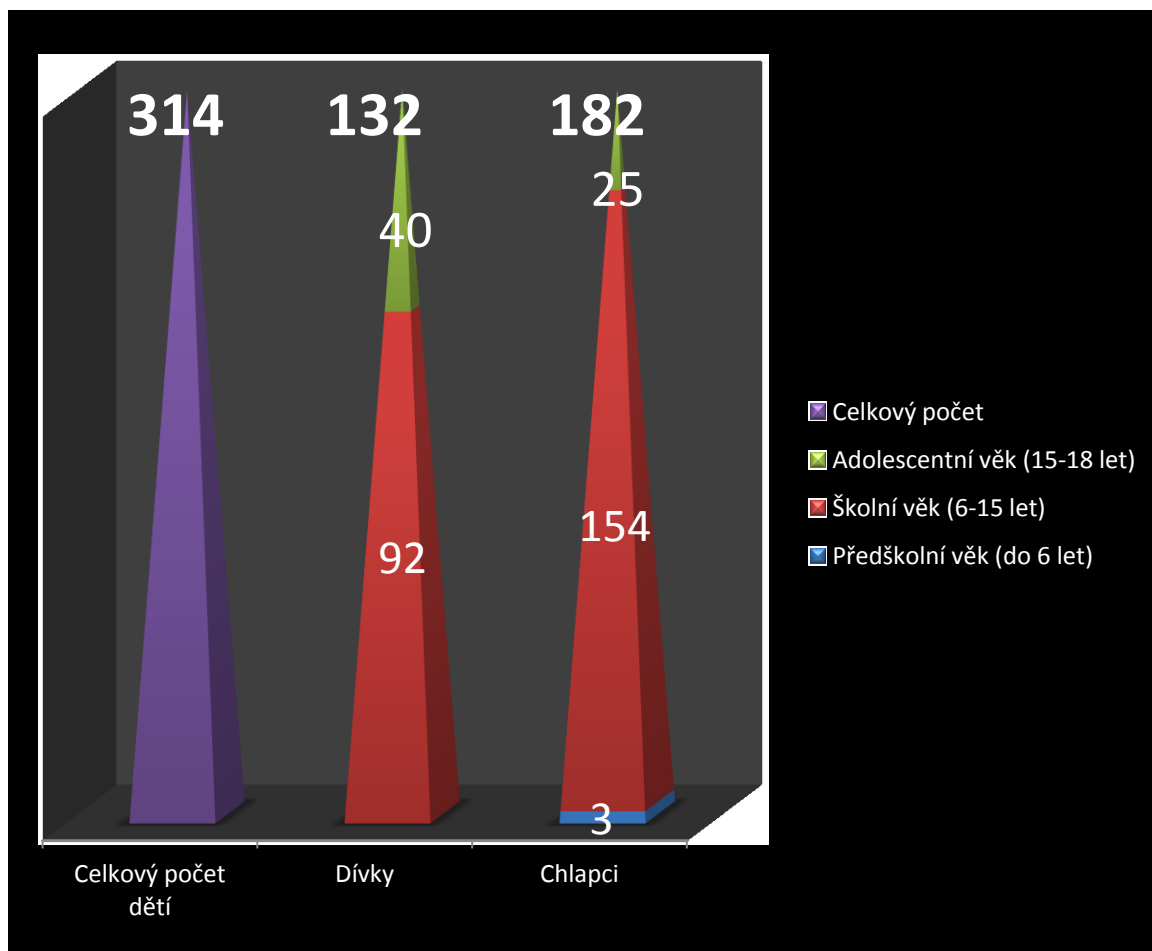


Graf č. 3: Rozdělení hospitalizovaných dívek a zároveň navštěvují ve školním roce 2013/2014 ZŠ při DPL Opařany z hlediska věku



Graf č. 4: Rozdělení hospitalizovaných chlapců a zároveň navštěvují ve školním roce 2013/2014 ZŠ při DPL Opařany z hlediska věku

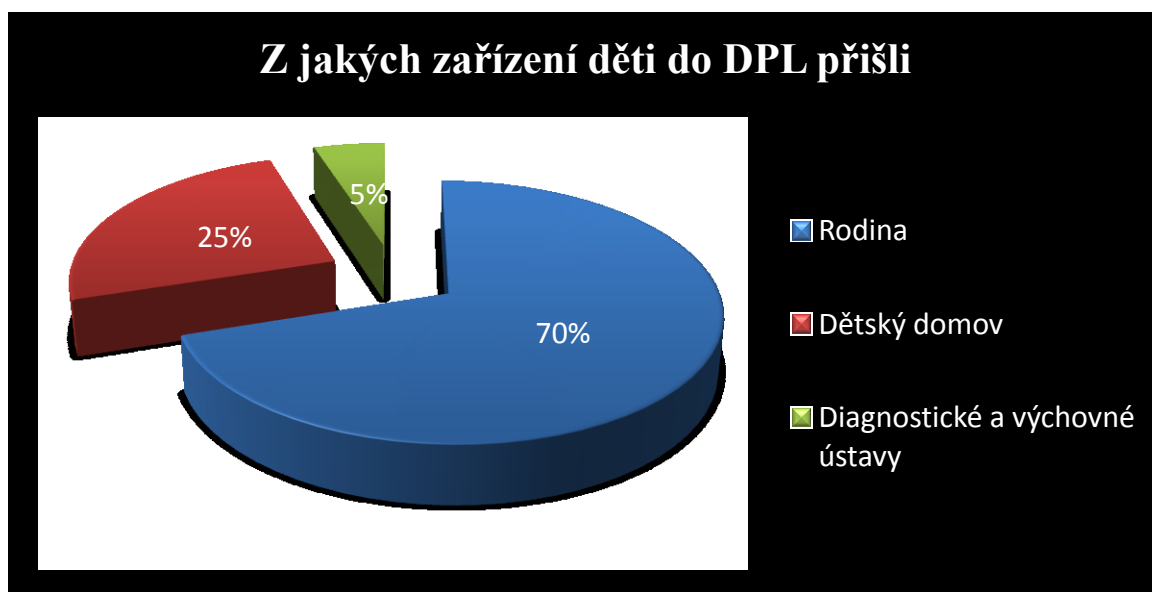
Tento graf, graf č. 5, udává celkové zpracování grafů 1-4, tedy že celkový počet hospitalizovaných dětí navštěvují ZŠ v roce 2013/2014 bylo 314 dětí, z toho 132 dívek a 182 chlapců. Celkem hospitalizovaných dětí v předškolním věku byli 3 chlapci, celkový počet hospitalizovaných dětí ve školním věku 6-15 let bylo 246 a dětí v adolescentním věku 15-18 let bylo hospitalizovaných 65.



Graf č. 5: Celkové zpracování rozdělení hospitalizovaných dětí a zároveň navštěvují ve školním roce 2013/2014 ZŠ při DPL Opařany z hlediska pohlaví a věku

Z grafu č. 6 jasně vyplývá, že většina klientů přišla do DPL z rodiny, jedná se přibližně o 70% dětí a mladistvých, kteří byli v letech 2013/2014 hospitalizováni v DPL. Další větší skupinou byli děti a mladiství, kteří přišli z DD, je to zhruba 25% příchozích dětí, další zanedbatelná skupina dětí, cca 5 %, přišla do DPL z jiných ústavů. Co se týče návratu umístění po léčbě, tak se děti vrací do svých kmenových tříd a po většinu tam odkud do DPL přišli.

Z jakých zařízení děti do DPL přišli



Graf č. 6 – Z jakých zařízení děti do DPL přišli

Dalším dílčím cílem mé práce bylo zjistit jakou roli hraje škola při hospitalizaci dětí a jak probíhá spolupráce školského a medicínského sektoru při práci s hospitalizovanými dětmi. Tyto informace jsem zjišťovala na základě předem při pravených otázek pro paní Mgr. Jarmilu Drátovskou, ředitelku ZŠ při DPL Opařany. Těch bylo celkem 21 a poskytnuté informace jsem zpracovala do níže uvedeného odstavce.

Škola pracuje se žáky, kteří jsou aktuálně hospitalizováni v Dětské psychiatrické nemocnici v Opařanech s psychiatrickým onemocněním. Žáci jsou do ZŠ přijímáni během celého školního roku. Podle počtu žáků jsou třídy zřizovány pro jednotlivé ročníky, či je využíván malotřídní typ výuky. Žáci mají vzhledem k léčebnému režimu a zdravotnímu stavu redukován rozsah vyučovacích hodin. Komplexní pedopsychiatrická péče je ve škole rozšířena o rehabilitaci kognitivních funkcí pedagogickými prostředky. Žák je do školy zařazen na základě souhlasu zákonného zástupce a rozhodnutí ředitelky školy v souladu s § 4 odst. 2 Vyhlášky č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných v platném znění. Rozsah a organizaci výuky žáka určuje ředitelka školy po dohodě s ošetřujícím lékařem.

Výuku provádějí kvalifikovaní a zkušení speciální pedagogové, kteří mají v případě potřeby, ovlivněné složením třídy, možnost spolupracovat s asistentem pedagoga. Pedagogický sbor tvoří k listopadu 2014 celkem 23 členů. Všichni pedagogičtí pracovníci splňují předepsanou kvalifikaci speciálních pedagogů, mimo jedné pedagožky, která studium speciální pedagogiky teprve dokončuje, dva pedagogové jsou sice absolventi vysoké školy, avšak bez příslušné specializace. Všichni asistenti pedagoga mají potřebné kurzy. Dle potřeb školy pedagogové v rámci dalšího vzdělávání navštěvují odborná školení zaměřená na práci s dětmi s poruchami chování, s PAS, s psychiatrickými diagnózami atp. Účastní se též nejrůznějších seminářů, zejména seminářů zaměřených na využívání moderních metod práce, na využívání ICT, individualizaci výchovně vzdělávacího procesu, na muzikoterapii, znakový jazyk atd. Pedagogové na tyto semináře chodí především proto, že je to pro ně zajímavé a přínosné pro jejich práci. Cílem školy je v maximální možné míře zajistit optimální výukové podmínky všem žákům s ohledem na jejich diagnózy a individuální potřeby využitím speciálních metod a přístupů, proto pedagogové respektují odlišnosti v projevech chování žáků. Na nestandardní projevy v chování reagují citlivě a s porozuměním. Znaří nejen specifika jednotlivých diagnóz a stádií onemocnění, ale i samotných žáků. Dlouhodobým pozorováním zjišťují spouštěcí mechanismy afektivního jednání a svým působením a cílenou intervencí se spíše než korigovat snaží problémovému jednání předcházet.

Žáci přicházejí do základní školy při DPL Opařany z celé České republiky, což znamená, že každý z nich se ve své kmenové škole vzdělává podle jiného ŠVP. Odlišují se však také různým sociokulturním zázemím, úrovní znalostí a dovedností, rozsahem probíraného učiva a navíc i druhem a mírou zdravotního handicapu. Pedagogové všechny tyto odlišnosti respektují a zohledňují. V maximální možné míře se snaží přistupovat k výchově i vzdělávání každého žáka citlivě a s vědomím značných individuálních zvláštností. Vysoký stupeň individualizace je proto nezbytným předpokladem práce pedagogů v naší škole.

Je-li žák zařazen do školy při zdravotnickém zařízení nejedná se o přestup žáka, ale žák nadále zůstává žákem „kmenové školy“ a je tedy po dobu pobytu ve zdravotnickém zařízení současně žákem dvou škol, a to i pro účely vykazování. Kmenová škola musí žáka vést v evidenci po celou dobu jeho pobytu ve zdravotnickém zařízení.

Pro výchovně vzdělávací činnost je zásadní intenzivní spolupráce pedagogů s lékaři, psychology, dalším zdravotním personálem nemocnice a rodiči žáka. Rodiče mohou kdykoli požádat telefonicky či osobně o informace týkající se školního zapojení jejich dítěte.

Základním cílem školy vůči žákovi je stabilizovat jeho zdravotní stav. Na základě získaných zjištění o jeho osobnosti dále společně se žákem plánovat jeho další postup, rozvoj. Pomoci mu úspěšně se začlenit zpátky do kmenové školy. V současné době se pedagogové v ZŠ při DPL Opařany snaží hlouběji propracovávat pedagogickou diagnostiku, více zapojit speciálně pedagogickou diagnostiku za účelem zvýšení úrovně péče a zvýšení šancí žáků na kvalitní život.

Žáci jsou vyučováni maximálně 24 hodin týdně. Dle typu školy a vhodnosti využívají pedagogové při výuce nejrůznější pomůcky. V každé třídě se nachází minimálně jeden počítač (v některých třídách i více než jeden), dále pak PC s dotykovou obrazovkou a ve všech třídách je dataprojektor, v šesti třídách pak interaktivní tabule pro práci s různými druhy informací. Vše je využíváno denně. K dispozici jsou dvě počítačové učebny, speciálně vybavená třída na muzikofiletiku – zvukové a světelné vybavení, speciálně vybavená třída pro nácvik sociálních a komunikačních dovedností, masážní křesla. Všechny třídy školy jsou vybaveny moderním výškově nastavitelným nábytkem. Pro žáky je k dispozici žákovská knihovna, kde si žáci mohou půjčovat knihy i na oddělení. Na zahradě je velká trampolína, k výuce je využívána i zahradní učebna a k dispozici je i cvičný byt v panelovém domě s běžným provozem. . K výuce tělesné výchovy a dalších pohybových aktivit využívají žáci tělocvičnu a venkovní sportovní hřiště. Se žáky, kteří ze zdravotních důvodů nemohou navštěvovat třídní vyučování je sestaven individuální plán, práce s pedagogem na oddělení přímo u lůžka v nemocnici. Pedagogové ve své výuce využívají i alternativní a speciálně – pedagogické postupy. Převažuje individuální přístup s využitím prvků muzikofiletiky, artefiktiky, časté jsou alternativní způsoby komunikace – např. komunikační knihy, komunikační slovníky, využití videozáznamů chování, práce s ICT – interaktivní tabule s dvojitým dotykem, PC hnízdo, různé druhy skupinové práce, projektová výuka atp.

V základní škole speciální probíhají dvouhodinové bloky, odpočinek je zařazován dle potřeb žáků a přestávky jsou dlouhé deset až dvacet minut. V ostatních třídách trvá vyučovací hodina 40minut (opět lze upravovat dle potřeb dítěte), přestávky

jsou deset minut, hlavní přestávka potom dvacet minut.

Z hlediska hodnocení je v každé třídě je zpracován systém hodnocení. Jde o sebehodnocení žáka a hodnocení učitelem. Pedagogové využívají slovní hodnocení, symboly – sluníčko, mrak..., piktogramy, žetony ... - dle složení třídy a třídního učitele. Hodnotí téměř každou hodinu, denně a celkově za týden. Hlavní cíl z hlediska hodnocení je pomáhat žákům zvládnout sebehodnocení a na tomto základě pak korigovat své chování. Ve školách převažují žáci s průměrným prospěchem a slabým prospěchem, četné jsou i případy neprospěchu.

Co se týče spolupráce s dalšími subjekty, tak pedagogové spolupracují především s kmenovými školami žáků, formou dotazníků, kde získávají informace o jednotlivých žácích. Pro bližší informace získávají po telefonických rozhovorech. Též spolupracují s úřady, především se speciálně pedagogickým centrem, dále pak s pedagogicko-psychologickou poradnou. Pedagogové si také předávají informace a inspirují školami stejného či podobného typu a setkávají se s těmito pracovníky i osobně.

Okamžitá zpětná vazba od pedagoga vůči žákovi je nezbytností. Způsob a náplň závisí na situaci, zdravotním stavu žáka, délce pobytu ve škole, množství informací, které má škola o žákovi a cíly, který sleduje.

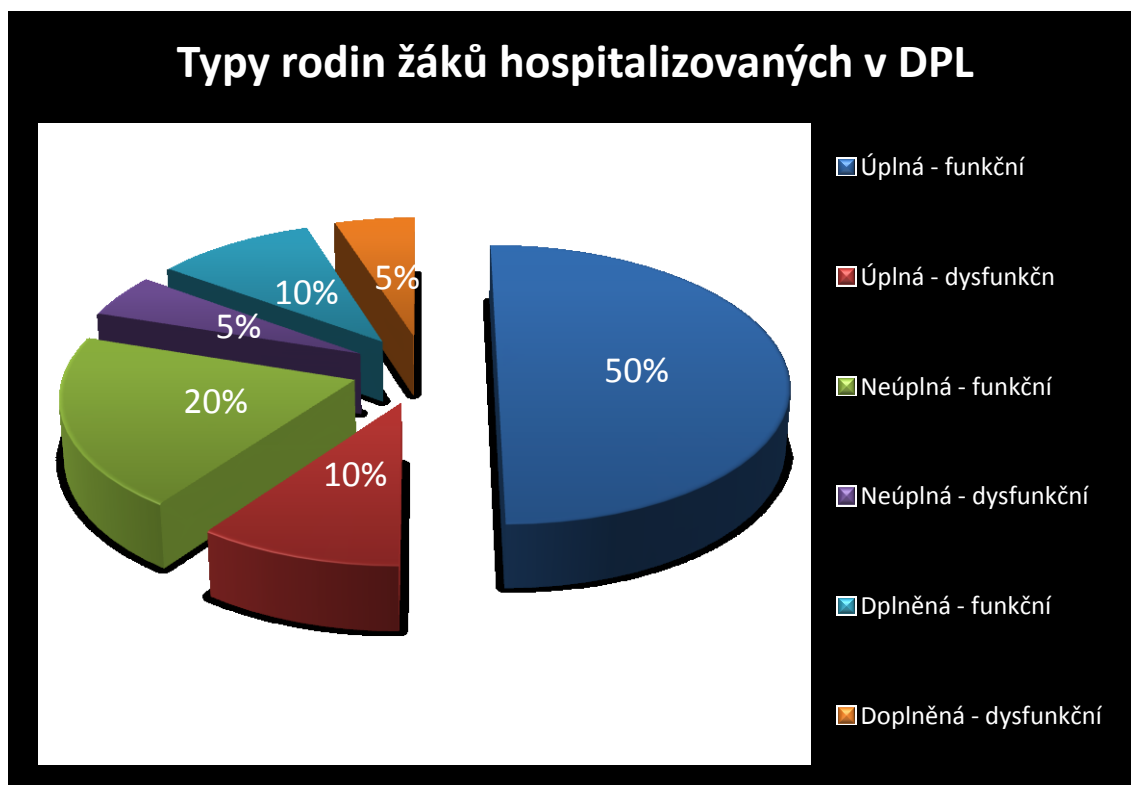
Částečně je žákům zajišťován školou i jejich „volný čas“ a to odpoledními aktivitami zaměřenými na individuální pomoc dítěti a to nejen s výukou. Ty probíhají ve škole, v parku, na zahradě a ve cvičném bytě. Během pobytu na naší škole se žáci účastní aktivit v rámci preventivního programu sociálně patologických jevů a pracují i na různých projektech s environmentální tematikou.

Při odchodu žáka zpět na kmenovou školu je zasílán „Osobní záznam“, který obsahuje pozorování pedagoga, doporučený přístup k žákovi, poslední učivo jednotlivých předmětů a hodnocení.

V empirické části diplomové práce jsem měla za úkol ještě zanalyzovat přístupy k intervenci dětí v DPL a užívaných intervenčních přístupů. K této části jsem opět využila metodu rozhovoru s předem připravenými otázkami. Bylo jich celkem 8.

V otázce první, jsem zjišťovala z jakým rodin děti do DPL přicházejí. Nejvíce dětí, pochází z rodin úplných a neúplných, avšak funkčních. Přesněji 50% všech hospitalizovaných dětí pochází z rodin úplných – funkčních a 20% z rodiny neúplné –

funkční. Další část dětí pochází z rodiny úplně – dysfunkční a doplněné funkční a to po 10% všech hospitalizovaných dětí. Po 5% pak přichází děti z rodin neúplných – dysfunkčních a doplněných – dysfunkčních.



Graf č. 7 – Typy rodin žáků hospitalizovaných v DPL

Další zodpovězené otázky týkající se možnosti intervence v DPL jsem zpracovala do níže sepsané části.

Prvním krokem jakékoli intervence je uvědomění si potíží. Především je nutné znát prostředí, odkud dítě přichází, dále popis chování v kmenové škole a v různých situacích. Úloha učitelů je velmi důležitá pro odhalení potíží, při vytváření podpůrného a nápomocného školního prostředí.

Jak již bylo výše psáno, má pedagog možnost obrátit se k odborným institucím, např. pedagogicko psychologické poradny, střediska výchovné péče, krizová centra,

V DPL Opařany je intervence otázkou pomoci především ze strany zdravotníků.

Základní škola při DPL Opařany má za úkol především zajistit těmto žákům vzdělávání dle příslušného vzdělávacího programu, tedy splnění povinné školní docházky. Důležitým cílem z hlediska intervence je pro ZŠ zlepšení diagnostiky a intenzivnější zapojení žáka a jeho zákonných zástupců a školy do dalšího rozvoje dítěte.

Důležitou roli hraje i úprava školního prostředí. Je důležité, co kolem sebe děti vidí – zlepšuje to jejich emoční prožívání a současně estetičnost prostředí má vliv na jejich chování. Chtějí to mít ve třídě hezké. Prostor musí být funkční. Není to však jediný atribut, který pomáhá. Důležité jsou i osobní příklady pedagogů a ostatních zaměstnanců – vytvoření bezpečného prostředí pomůže dětem, aby se otevřely a chtěly své „potíže“ řešit.

Pedagogové jednotlivých tříd se snaží i o zamezení nepřiměřeného chování určitého dítěte vůči spolužákům. Ve třídě jsou průběžně doplňována pravidla chování, ke kterým se při příchodu nového žáka vždy všichni vrací a mohou je společně s pedagogem přeformulovat či jinak upravovat. Mají písemnou podobu a jsou vyvěšena na viditelném místě.

Z hlediska intervence je pro školu důležitá také spolupráce se zákonnými zástupci žáka, to je zabezpečení průběžné komunikace s rodinou žáka, poradenská intervence.

Dalším dílčím cílem, který jsem měl a za úkol ve své práci zpracovat bylo nastínění typů reedukace, zejména psychoterapie. Jednotlivé otázky ze zodpovězeného dotazníku jsem zpracovala do níže uvedených tabulek. Z tabulek vyplývá, které odborné pracovníky má v týmu DPL a ZŠ při léčbě dětí, jaké léčebné formy terapie se v DPL objevují a jaké činnosti v rámci psychoterapie DPL provádí a jaké formy psychoterapie upřednostňuje.

| | | |
|--|----------------------------------|---|
| Odborní pracovníci v týmu DPL při léčbě dětí | Dětský psychiatr | × |
| | Psycholog | × |
| | Kvalifikovaný sociální pracovník | × |
| | Zdravotní sestra | × |
| | Terapeut | × |

Tab. č. 1: Odborní pracovníci v týmu DPL při léčbě dětí

| | | |
|---|-------------------|---|
| Odborní pracovníci v týmu ZŠ při léčbě dětí | Speciální pedagog | × |
| | Asistent pedagoga | × |

Tab. č. 2: Odborní pracovníci v týmu ZŠ při léčbě dětí

| | | |
|-----------------------|---------------|---|
| Léčebné formy terapie | Psychofarmaka | × |
| | Psychoterapie | × |

Tab. č. 3: Léčebné formy terapie

| | | |
|-------------------------------------|--------------|---|
| Upřednostňující formy psychoterapie | Individuální | × |
| | Hromadné | |
| | Skupinové | × |
| | Rodinné | |
| | Komunitní | × |

Tab. č. 4: Upřednostňující formy psychoterapie

| | | |
|--|------------------|---|
| Prováděné činnosti v rámci psychoterapie | Hra | × |
| | Arteterapie | × |
| | Dramatizace | × |
| | Muzikoterapie | × |
| | Biblioterapie | |
| | Psychogymnastika | × |

Tab. č. 5: Prováděné činnosti v rámci psychoterapie

Činností, které v rámci psychoterapie psychoterapeuti v DPL provádějí je více než jen ty ve výše uvedené tabulce. Dále mi bylo sděleno, že další terapii, kterou DPL využívá je:

- Ergoterapie - Metody, které se uplatňují ve zdejší ergoterapeutické dílně jsou například: kreativní svobodná tvorba s pracovními materiály, tvořivé výtvarné prostředky - malování, koláže, práce s hlinou, dřevem, textilem, květinové vazby, aranžmá, apod.
- Arteterapie - Těžištěm terapie je zapojení technik využívajících rozmanité přístupy práce s výtvarnými materiály (keramickou hlinou, kresebnými a malířskými barvami a pomůckami, prostředky k vytváření koláží, papírových plastik apod.), orientované k podpoře aktivizace latentního kreativního

potenciálu jako přirozené dispozice, která je osobnosti vlastní, nezávisle na psychické, mentální úrovni či míře postižení. Terapie probíhá v malých skupinkách nebo individuálně, v klidné, přátelské atmosféře, její zaměření je určováno s ohledem na terapeutický plán a záměr, stanovený ošetřujícím lékařem, ve spolupráci s terapeutickým týmem. Bývá zapojena v celkové léčebné péči při psychických poruchách nebo onemocněních různých diagnostických okruhů, při afektivních poruchách, při poruchách vyvolaných stresem, neurotických poruchách, při poruchách chování a emocí v souvislosti s deprivací, vývojovou krizí, či hyperkinetickým syndromem, při psychotických onemocněních a jiných diagnózách, vždy s přihlédnutím k individuálním potřebám pacienta.

- Hipoterapie - je léčebná jízda na koni s cílem zlepšit zdravotní stav klientů na principu stimulace jezdce trojrozměrným pohybem koně. Tento pohyb napodobuje chůzový mechanismus člověka a vede k uvolnění spasticity. Toto napomáhá k nácviku chůze, koordinace pohybu, tréninku rovnováhy, posilování ostatního svalstva se sklonem k oslabení. Používá se zejména u dětí s dětskou mozkovou obrnou, lehkou mozkovou dysfunkcí, skoliózami, ortopedickými vadami a dechovými obtížemi, roztroušenou mozkovou sklerózou. Tato forma léčby je indikovaná lékařem a pacient má stanoven individuální terapeutický cíl jak lékařem, tak sestrou. Nejčastějším terapeutickým záměrem bývá uvolnění pozitivních emocí, rozvoj empatie, citová saturace, podpora sociálních dovedností, posílení autoregulačních mechanismů nebo rozvoj pečovatelských postojů.
- Fytoterapie
- Pohybové programy
- Hydroterapie – k dispozici je venkovní rehabilitační bazén
- Čajovna, klub, cvičná kuchyňka, fyzioterapie, kondiční turistika, volnočasové aktivity, společenské programy

V rámci tohoto rozhovoru jsem se ještě ptala na tyto otázky:

1. Jak probíhá vše před, než je dítěti stanovena dítěti příslušná terapie?
2. Kdo konkrétně provádí psychoterapeutickou léčbu?
3. Co je jejím hlavním cílem? Čeho chcete dosáhnout?

Volba terapie vychází především z teoretických představ o fungování lidského těla. Tato představa je u daného nemocného dítěte konkretizována jeho profilem příznaků, na základě kterých je stanovena diagnóza. Psychoterapie je probíhá mezi psychoterapeutem a jeho pacientem, v našem případě hospitalizovaným dítětem. Trvá zpravidla 45–90 minut. Psychoterapeut s dítětem prostřednictvím psychologických postupů a metod, zvláště pak rozhovorů, diskutuje o tématech ve snaze dostat se k hlubším souvislostem problémů, pochopit je, přijmout a vyřešit je. Hlavním cílem je pro DPL odstranění chorobných příznaků, reedukace, resocializace, reorganizace, restrukturalizace, rozvoj či integrace pacientovy osobnosti

Hlavním cílem mé práce bylo zanalyzovat situaci v dětské psychiatrické léčebně v Opařanech a zaměřit se na zmapování jednotlivých diagnóz u chlapců a dívek zde „žijících“. Toto všechno obsahuje následující tabulka č. 6.

| PORUCHY | VÝSKYT PORUCHY ANO - NE | POČET DĚTÍ S TOUTO PORUCHOU | PRŮMĚRNÁ DOBA HOSPITALIZACE |
|--|-------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Duševní poruchy a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek F10-F19 | ANO | 58 | 45dní |
| Schizofrenie, poruchy s bludy F20-F29 | ANO | 40 | 150dní |
| Poruchy nálad F30-F39 | ANO | 25 | 55dní |
| Depresivní stavy, fobické a úzkostné poruchy, reakce na těžký stres, porucha přizpůsobení, somatoformní poruchy F40-F48 | ANO | 18 | 40dní |
| Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a | ANO | 43 | 35dní |

| | | | |
|---|-----|----|--------|
| somatickými faktory (poruchy příjmu potravy) F50-F59 | | | |
| Mentální retardace F70-F79 | ANO | 56 | 100dní |
| Poruchy psychického vývoje (Specifické vývojové poruchy řeči a jazyka, Specifické vývojové poruchy školních dovedností, pervazivní vývojové poruchy) F80-F89 | ANO | 49 | 50dní |
| Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a dospívání (Tiky, Hyperkinetická porucha) F90-F98 | ANO | 52 | 55dní |

Tab. č. 6: Poruchy vyskytující se u dětí v ZŠ při DPL Opařany a zároveň hospitalizovaných v DPL, počet a průměrná doba hospitalizace

Z výše uvedené tabulky č. 6 je zcela zřejmé, že jsou v DPL hospitalizované děti se širokým spektrem duševních poruch a poruch chování. Vše z uvedených poruch u dětí v DPL tedy nacházíme, neboť na tuto otázku bylo ve všech případech odpovězeno „ano“. Nejvíce hospitalizovaných dětí a zároveň navštěvují ZŠ při DPL ve školním roce 2013/2014 zde bylo s duševní poruchou a poruchou chování způsobenou užíváním psychoaktivních látek, celkem 58 dětí a průměrnou dobou hospitalizace 45 dní.

- Dále pak zde byly hospitalizované děti s mentální retardací, celkem 56 a průměrnou dobou hospitalizace kolem 100 dní.
- Na dalším místě byly děti s poruchami chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a dospívání – 52 dětí a průměrnou dobou hospitalizace 55 dní.
- 49 dětí s průměrnou dobou hospitalizace 50 dní bylo v DPL hospitalizováno s poruchou psychického vývoje, tzn. se specifickými vývojovými poruchami řeči a jazyka, specifickými vývojovými poruchami školních dovedností a pervazivními vývojovými poruchami.

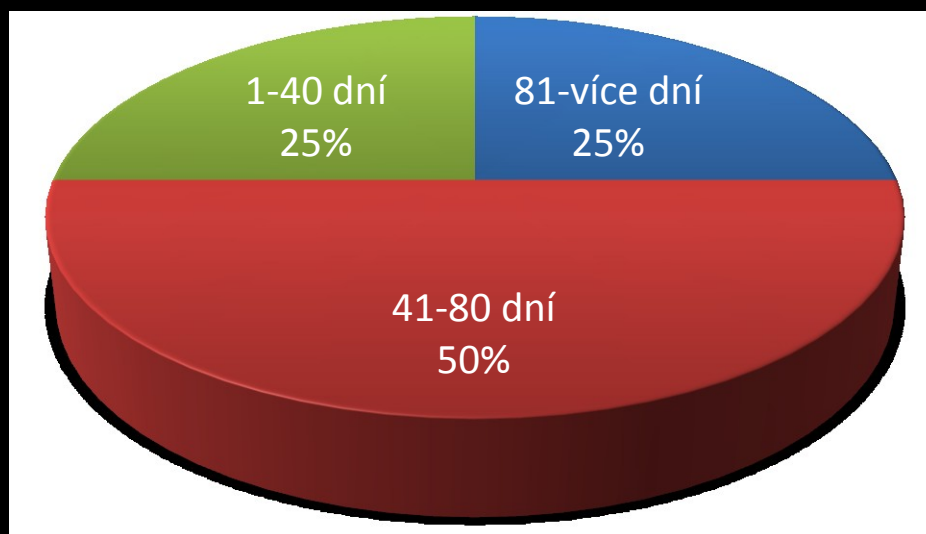
- Poruchami příjmu potravy a celkově syndromů poruch chování spojených s fyziologickými poruchami a somatickými faktory zde bylo hospitalizováno celkem 43 dětí s dobou hospitalizace 35 dní.
- Další místo obsadili děti se schizofrenií a poruchou s bludy, celkem 40 hospitalizovaných a největší průměrnou dobou hospitalizace 150 dní.
- Na předposledním umístění jsou děti s poruchami nálad – 25 hospitalizovaných a průměrnou dobou hospitalizace 55 dní.
- Nejméně hospitalizovaných dětí bylo v DPL hospitalizováno s depresivními stavy, fobickými a úzkostnými poruchami, poruchou přizpůsobení a somatoformními poruchami – celkem 18 a průměrnou dobou hospitalizace 40 dní.

V níže uvedených grafem (č.8 a 9) ještě pro lepší představivost znázorní informaci vyplývající z tabulky č.6. Graf č. 8 znázorňuje sestupně vyskytující se poruchy u dětí hospitalizovaných v DPL v roce 2013/2014. A graf č. 8 znázorňuje, že polovina dětí je průměrně hospitalizována v rozmezí 41-80 dní. A pak shodně 25% dětí je průměrně hospitalizováno 1-40dní a druhých 25% dětí je hospitalizováno více než 81 dní.



Graf č. 8: Poruchy vyskytující se u dětí v ZŠ při DPL Opařany a zároveň hospitalizovaných v DPL

Průměrná doba hospitalizace



Graf č. 9: průměrná doba hospitalizace dětí v DPL

V další tabulce, č. 7, se již dostávám k samotnému cíli své diplomové práce. Tato tabulka udává konkrétní informace kolik dívek a kolik chlapců v předškolním, školním a adolescentním věku navštěvující ve školním roce 2013/2014 bylo v DPL hospitalizovaných a konkrétně s jakou duševní poruchou nebo poruchou chování.

| PORUCHY | POČET | DÍVKY 0-6 | DÍVKY 6-15 | DÍVKY 15-18 | CHLAPCI 0-6 | CHLAPCI 6-15 | CHLAPCI 15-18 |
|---------|-------|--------------|---------------|----------------|----------------|-----------------|------------------|
| F10-19 | 58 | 0 | 10 | 10 | 0 | 26 | 12 |
| F20-29 | 40 | 0 | 12 | 2 | 0 | 25 | 1 |
| F30-39 | 25 | 0 | 13 | 4 | 0 | 7 | 1 |
| F40-48 | 18 | 0 | 6 | 7 | 0 | 5 | 0 |
| F50-59 | 43 | 0 | 31 | 12 | 0 | 0 | 0 |

| | | | | | | | |
|--------|----|---|----|---|---|----|---|
| F70-79 | 56 | 0 | 11 | 7 | 0 | 29 | 9 |
| F80-89 | 49 | 0 | 3 | 6 | 0 | 38 | 2 |
| F90-98 | 52 | 0 | 14 | 5 | 3 | 28 | 2 |

| | | | | | | | |
|-------|-----|---|-----|----|---|-----|----|
| ----- | 341 | 0 | 100 | 53 | 3 | 158 | 27 |
|-------|-----|---|-----|----|---|-----|----|

| | | | | | | | |
|-------|-----|---|----|----|---|-----|----|
| ----- | 314 | 0 | 92 | 40 | 3 | 154 | 25 |
|-------|-----|---|----|----|---|-----|----|

Tab. č. 7: Rozdělení duševních poruch a poruch chování u dětí hospitalizovaných v DPL Opařany z hlediska věku a pohlaví

Z tabulky je evidentní kolik dívek a chlapců, v jakém věku a s jakou duševní poruchou bylo hospitalizováno ve školním roce 2013/2014 v DPL Opařany. Modrá barva v tabulce znázorňuje, že výskyt právě této duševní poruchy bylo zaznamenáno více u chlapců, jedná se tedy o duševní poruchy a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek, schizofrenie, poruchy s bludy, mentální retardace, poruchy psychického vývoje a poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a dospívání. Červená barva znázorňuje opak, tedy vyšší výskyt dané poruchy u dívek, v tomto případě se jednalo o poruchy nálad, depresivní stavy, fobické a úzkostné poruchy, reakce na těžký stres, poruchy přizpůsobení, somatoformní poruchy, dále pak syndromy poruch chování spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory.

Dále je patrné, že v roce 2013/2014 se v DPL nevyskytovala ani jedna duševní poruch a u dívky předškolního věku, tedy do 6 let věku. U dívek školního věku, od 6-15 let bylo potvrzeno 100 vyskytujících se duševních poruch a poruch chování, a u dívek adolescentního věku, od 15-18 let pak 53 vyskytujících se poruch. U chlapců rovněž vedl výskyt duševních poruch a poruch chování ve školním věku, od -15 let a to celkem 154, dále pak 3 duševní poruchy u dětí předškolního věku a 25 duševních poruch a poruch chování u adolescentních chlapců.

V konečném součtu se ale neshodují hodnoty počtu hospitalizovaných dětí ve školním roce 2013/2014 v DPL Opařany a počet vyskytujících se duševních poruch a poruch chování. Je

proto evidentní, že u několika dětí se vyskytovalo více duševních poruch a poruch chování současně. Konkrétně se jedná o 27 dětí, z toho o 8 dívek a 4 chlapce školního věku a 13 dívek a 2 chlapce adolescentního věku.

4.6 Závěry šetření

Výzkum potvrdil a graf č. 5 potvrzuje mou první stanovenou hypotézu: *Počet hospitalizovaných chlapců ve školním věku je v DPL Opařany větší než počet hospitalizovaných dívek v adolescentním věku.*

Hypotéza je potvrzena, neboť ve školním roce 2013/2014 bylo v DPL hospitalizováno 154 chlapců ve školním věku (6-15 let), zatímco adolescentních dívek ve věku 15-18 let pouze 40.

Průměrná doba hospitalizace chlapce s mentální retardací je cca 100 dní, průměrná doba hospitalizace dívky s poruchou příjmu potravy je cca 35 dní. Hypotéza číslo dvě: *Průměrná doba hospitalizace u chlapce s mentální retardací je vyšší než průměrná doba hospitalizace dívky s poruchou příjmu potravy,* je potvrzena. Tuto skutečnost dokládá tabulka č. 6: Poruchy vyskytující se u dětí v ZŠ při DPL Opařany a zároveň hospitalizovaných v DPL, počet a průměrná doba hospitalizace.

Hypotéza č. 3: *Do ZŠ při DPL Opařany přichází děti především s dysfunkčních rodin. Tato hypotéza potvrzena nebyla, dle mého výzkumu a dokládajícího grafu č.7:* Typy rodin žáků hospitalizovaných v DPL, je nepravdivá. Do ZŠ při DPL Opařany přišlo ve školním roce 2013/2014 pouze 20% ze všech příchozích z nejrůznějších typů dysfunkčních rodin. Nejvíce dětí, celých 50%, bylo z rodiny úplně – funkční.

Hypotéza č. 4: *Intervenční činnost ZŠ při DPL Opařany bude spočívat v dlouhodobé individuální nápravné péči za spolupráce integrovaného dítěte a speciálního pedagoga,* je na základě rozhovoru s paní Mgr. Hodkovou také potvrzena.

ZÁVĚR

Rozlišit projevy duševního onemocnění od normálního chování je u dětí často velmi těžké, už jen proto, že psychické – duševní poruchy jsou v obecném podvědomí spojované spíše s dospělými lidmi a jen málokterý rodič chce myslet na to, že by zrovna tato zdravotní komplikace mohla postihnout právě jeho dítě. Řada rodičů si navíc něco takového nechce ani nechce připustit. Veřejnost je o psychických poruchách u dětí jen velmi málo informována a často tyto děti čelí obvinění, že si své problémy jen vymýšlejí, nejsou dostatečně vychované, rodiče nad nimi nedrží pevnou ruku a podobně. Jenže bohužel, duševní poruchy nejsou mezi dětmi až tak výjimečné a čím dříve je psychická porucha u dítěte diagnostikována, tím dříve se s ní jeho okolí může naučit pracovat, lépe mu porozumět a snížit tak hladinu stresu i počet konfliktů. Je samozřejmé, že neexistuje žádný manuál, který by se dal uplatnit na všechny psychické poruchy, ani seznam symptomů, které by jasně říkaly, že vaše dítě je psychicky nemocné. Po zpracování této diplomové práce už vím, že náhlá změna chování, skleslá nálada, velký váhový úbytek, problémy ve škole, nebo třeba potíže se soustředěním, mohou být prvotními signály duševní poruchy u mého dítěte.

Empirická část mé diplomové práce mapuje výskyt duševních poruch a poruch chování u dětí a mladistvých v dětské psychiatrické léčebně v Opařanech. Konkrétně s jakými poruchami jsou zde jedinci hospitalizováni, dále sleduje a analyzuje přístupy k intervenci dětí v DPL, užívaných intervenčních přístupů, typů reedukace a roli školy.

Stanovené cíle této diplomové práce byly splněny.

RESUMÉ

Práce pojednává o problematice duševních poruch a poruch chování u dětí a mladistvých v dětské psychiatrické léčebně v Opařanech. Vychází z teoretických poznatků a je doplněna poznatky z praxe a studia speciální pedagogiky. Zabývá se teoretickými východisky duševních poruch nebo poruch chování, jejich pojetí ve speciálně pedagogickém kontextu, znaky duševně nemocného dítěte a jeho educačními potřebami. V další části se zabývám samotnými duševními poruchami. Důležitou částí této práce je i mezioborová spolupráce při hospitalizaci dětí s duševními poruchami. Závěr práce je věnován DPL Opařany, principům a podmínkám edukace v ZŠ, spolupráce školy a léčebně, možností intervence a reedukace poruch v DPL.

RESUME

The study is about problems of mental disorders and behavioral disorders with the children and youthful at the child psychiatric hospital in Opařany. It comes out of theoretical recognitions and the recognitions from my practice as well as from my study of special pedagogy. The study deal with the theoretical way outs of mental and behavioral disorders, its conceptions, of the pedagogical context, the characters of the mentally ill child and his educational needs. The other part of the study deals with only mental disorders. The important part of this work is interdisciplinary cooperation during hospitalization of children with mental disorders. The conclusion is devoted to child psychiatric hospital Opařany, principles and conditions of education in primary schools, cooperation between school and hospital and the possibility of intervention and reeducation in child psychiatric hospital.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BARTOŇOVÁ, M. Kapitoly ze specifických poruch učení I. Brno: OL. Prit Šlapanice, 2005.

BAŠTECKÁ, B. a kol., Terénní krizová práce: Psychosociální intervenční týmy, Praha: Grada, 2005. ISBN: 9788024707082.

BAZALOVÁ, B. Vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami v zemích Evropské unie a v dalších vybraných zemích. Masarykova Univerzita, katedra speciální pedagogiky 2006. ISBN: 9788021039711.

BENDO VÁ P., ZIKL, P. Dítě s mentálním postižením ve škole. Praha: Grada, 2011. ISBN: 978-80-247-3854-3.

CARR-GREGG, M. Psychické problémy v dospívání. Vyd. 1. Praha: Portál, 2012.

ČEŠKOVÁ, E. Schizofrenie a její léčba: průvodce ošetřujícího lékaře. Maxdorf, 2012. ISBN 9788073452667.

DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A. Diagnostika a terapie duševních poruch. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-1620-6.

FRAŇKOVÁ, S., DVOŘÁKOVÁ, V. Psychologie výživy a sociální aspekty jídla. Praha: Karolinum, 2003. ISBN: 9788024605487.

GIDDENS, A. Sociologie. Argo, 2013. ISBN: 9788025708071.

HARTL, P., HARTLOVÁ, H. Psychologický slovník. Praha: Portál, 2000. ISBN: 978-80-7178-3039.

HAUSNER, M. Duševně nemocný mezi námi. Praha: Avicenum, 1981.

HORÁČEK, J. Psychotické stavy v klinické praxi. Praha: Academia, 2003. ISBN: 80-866-9401-1.

HORT, V. Dětská a adolescentní psychiatrie. Praha: Portál, 2008. ISBN: 9788073674045.

JUCOVIČOVÁ, D., ŽÁČKOVÁ, H.. Dyslexie. 2. upr. vyd. Praha: D H, 2008, s.barev. obr. příl. Metody reedukace specifických poruch učení. ISBN 978-809-0386-976.

KALINA, K. Jak žít s psychózou. Praha: Portál, 2001. ISBN: 9788071785637.

KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ, E. Psychologie pro studenty 2.díl. Praha: Grada Publishing, 2014. ISBN: 978-80-247-3600-6.

KOTASOVÁ, J. vybrané kapitoly z patopsychologie. Hanex, 2000. ISBN: 9788085783308.

KRCH, F. D., Poruchy příjmu potravy. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN: 9788024708409

KUČEROVÁ, H. Psychiatrické minimum. Praha: Grada Publishing, 2013. ISBN: 978-80-247-4733-0.

LADISH, L. C. Strach z jedla: ako odhaliť anorexiu a bulímiu, ako im predchádzať, ako ich liečiť. Epos, 2006. ISBN: 9788089191444

MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN: 9788024766447.

MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M. Psychiatrická ošetrovatelská péče. Praha: Grada publishing, 2006. ISBN 80-247-1151-6.

MEČÍŘ, M. Aby bylo zdravé: Péče o dítě v prvních měsících života. Ústav zdravotní výchovy, 1969.

MICHALOVÁ, Z. Sonda do problematiky specifických poruch učení. Tobiáš, 2007. ISBN: 9788073110758.

MLČÁKOVÁ, R. Grafomotorika a počáteční psaní. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN: 9788024726304.

NOVÁK, J.: Dyskalkulie, specifické poruchy učení. Metodika rozvíjení početních dovedností se souborem pracovních listů. Litomyšl: AUGUSTA, 1997. ISBN 80-86048-03-9.

NEVORAL, J. Výživa v dětském věku. H+H, 2003. ISBN: 9788086022932.

NÝVLTOVÁ, V. Psychopatologie pro speciální pedagogy. Univerzita Jana Ámose Komenského, 2010. ISBN: 9788086723853.

OREL, M. a kol. Psychopatologie. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN: 9788024737379.

OREL, M., FACOVÁ, V. Člověk, jeho mozek a svět. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2617-5.

PALČOVÁ, A. Mezinárodní klasifikace nemocí-10. revize; Duševní poruchy a poruchy chování: diagnostická kritéria pro výzkum. Psychiatrické centrum, 1996. ISBN 8085121646.

PEŠOVÁ, I., ŠAMALÍK, M. Poradenská psychologie pro děti a mládež. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN: 9788024712161.

PETR, T., MARKOVÁ, E. Ošetřovatelství v psychiatrii. Praha: Grada, 2014. ISBN: 9788024742366.

PIPEKOVÁ, J. Kapitoly ze speciální pedagogiky. Brno: Paido, 2010. ISBN 9788073151980.

PRAŠKO, J., PRÁŠKOVÁ, H., PRAŠKOVÁ, J. Specifické fobie. Vyd. 1. Praha: Portál, 2008.

PRAŠKO, J. Úzkostné poruchy: klasifikace, diagnostika a léčba. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005.

PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ, J. Pedagogický slovník. Praha: Portál, 2001. ISBN: 80-7178-579-2.

RABOCH, J. Nemocná duše – nemocný mozek: klinická zkušenost a fakta. Praha: Galén, 2006, ISBN: 9788072624201.

RABOCH, J., ZVOLSKÝ, P. Psychiatrie. Praha: Galén, 2001. ISBN: 9788024603902

RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P. Základní psychopatologické podmínky psychiatrických diagnóz. Praha: Karolinum, 2004. ISBN 9788024608259.

ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. Dětská klinická psychologie. Praha: Grada, 2006. ISBN: 9788024710495.

SOVÁK, Miloš. Defektologický slovník. 3. upravené vydání, Pod vedením Ludvíka Edelsbergera připravili: Tomáš Edelsberger [et al.]. Jinočany: Nakladatelství H, 2000. ISBN 80-860-2276-5.

SLOWÍK, Josef. Speciální pedagogika: prevence a diagnostika, terapie a poradenství, vzdělávání osob s různým postižením, člověk s handicapem a společnost. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-802-4717-333.

SVOBODA, M. Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy, Praha: Portál, 2006. ISBN: 9788073671549,

SWIERKOSZOVÁ, Jana. Specifické poruchy chování. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta, 2008. ISBN 80-7368-238-9.

SYŘIŠŤOVÁ, E. Normalita osobnosti. Praha: Avicenum, 1972.

ŠVARCOVÁ – SLABINOVÁ, I. Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče. Praha: Portál, 2006. ISBN: 9788073670603.

ŠVINGALOVÁ, D. Úvod do vývojové psychologie. Technická univerzita v Liberci, katedra sociálních studií a speciální pedagogiky, 2006. ISBN: 9788073720575.

VÁGNEROVÁ, M. Vývojová psychologie. Praha: Karolinum, 1999. ISBN: 9788071848035.

VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha:Portál, 2004. ISBN: 9788071788027.

VALENTA, M., MÜLLER, O. Psychopedie: teoretické základy a metodika. Parta, 2003. ISBN: 9788073200398.

VOJTOVÁ, V. Inkluzivní vzdělávání žáků v riziku a s poruchami chování jako perspektiva kvality života v dospělosti. Brno: Masarykova Univerzita, Pedagogická fakulta, 2010. ISBN: 9788021051591.

VOKURKA, M., HUGO, J. Velký lékařský slovník. 9., aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf, 2009.

VYMĚTAL, J. Speciální psychoterapie - 2.přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2007. ISBN 9788024713151

ZELINKOVÁ, O. Pedagogická diagnostika a individuální vzdělávací program. Praha: Portál, 2011. ISBN: 9788026200444.

ZVOLSKÝ, P. Speciální psychiatrie. Praha: Karolinum, 1996.

ZVONÍKOVÁ, A., ČELEDOVÁ, L., ČEVELA, R. Základy posuzování invalidity. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN: 9788024773551.

Internetové zdroje:

Anorexie, bulimie, přejídání. Můj kamarád, nebo příbuzný je nemocný. Psychoportal.cz [online] [cit. 2014 – 10 - 04]. Dostupné z: <http://www.iddealni.cz/pribehy-ze-zivota.cz>

DAVID, Ivan. Zdravotnictví a medicína: Zdravý rozum se krčí v koutě (zásadní rizika „reformy psychiatrie“). *Mladá fronta: zdravotnické noviny* [online]. roč. 2013, č. 5 [cit. 2014-06-19]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/zdravy-rozum-se-krci-v-koute-zasadni-rizika-reformy-psychiatrie-469407> - 11.3.2013

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10). [online]. [cit.2014 – 09 - 01]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>.

PAVLATOVÁ, Eva. Zdravotnictví a medicína: Nedocenená dětská psychiatrie. *Mladá fronta: zdravotnické noviny* [online]. roč. 2010, č. 31-32 [cit. 2014-06-19]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/nedocenena-detska-psychiatrie-453583>

Úzkostné poruchy v dětství a adolescenci. Lékařské listy [online] [cit. 2014 – 10-05]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/uzkostne-poruchy-v-detstvi-a-adolescenci-451803>.

ZŠ JIČÍN. Vzdělávání žáků s SVP. [online]. [cit. 2014-06-19]. Dostupné z: <http://www.2zsjc.cz/vzdelavani-zaku-s-svp>.

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Tab. č. 1: Odborní pracovníci v týmu DPL při léčbě dětí

Tab. č. 2: Odborní pracovníci v týmu ZŠ při léčbě dětí

Tab. č. 3: Léčebné formy terapie

Tab. č. 4: Upřednostňující formy psychoterapie

Tab. č. 5: Prováděné činnosti v rámci psychoterapie

Tab. č. 6: Poruchy vyskytující se u dětí v ZŠ při DPL Opařany a zároveň hospitalizovaných v DPL, počet a průměrná doba hospitalizace

Tab. č. 7: Rozdělení duševních poruch a poruch chování u dětí hospitalizovaných v DPL Opařany z hlediska věku a pohlaví

Graf č. 1: Celkový počet hospitalizovaných dětí a zároveň navštěvují ve školním roce 2013/2014 ZŠ při DPL Opařany

Graf č. 2: Rozdělení hospitalizovaných dětí a zároveň navštěvují ve školním roce 2013/2014 ZŠ při DPL Opařany dle pohlaví

Graf č. 3: Rozdělení hospitalizovaných dívek a zároveň navštěvují ve školním roce 2013/2014 ZŠ při DPL Opařany z hlediska věku

Graf č. 4: Rozdělení hospitalizovaných chlapců a zároveň navštěvují ve školním roce 2013/2014 ZŠ při DPL Opařany z hlediska věku

Graf č. 5: Celkové zpracování rozdělení hospitalizovaných dětí a zároveň navštěvují ve školním roce 2013/2014 ZŠ při DPL Opařany z hlediska pohlaví a věku

Graf č. 6: Z jakých zařízení děti do DPL přišli

Graf č. 7: Typy rodin žáků hospitalizovaných v DPL

Graf č. 8: Poruchy vyskytující se u dětí v ZŠ při DPL Opařany a zároveň hospitalizovaných v DPL

Graf č. 9: průměrná doba hospitalizace dětí v DPL

SEZNAM PŘÍLOH, PŘÍLOHY

.

Příloha č. 1: Dotazníkový rozhovor pro šetření empirické části