

ADHD a ADD

17. Syndrom ADHD, ADD – etiologie, klinický obraz, sociální důsledky a možnosti nápravy.

Terminologie

- systematické zařazení: **specifické poruchy chování**
- jedna z nejčastěji diagnostikovaných SPCH
- řadí se mezi **neurovývojové poruchy**
- považována soubor symptomů (příznaků)
- **starší názvy:** malá mozková dysfunkce (MMD), lehká dětská encefalopatie (LDE), lehká mozková dysfunkce (LMD)
 - **z pohledu neurologie:** projev časného, obvykle méně závažného, neprogresivního poškození mozku, které se klinicky manifestuje mnohem mírnějšími příznaky než DMO (mají však stejnou etiologii a patogenezi)
 - 1. Porucha pozornosti v důsledku hyperaktivity (ADHD) – zhoršená schopnost koncentrace a udržení pozornosti (proto selhávají ve škole), inteligence v mezích normy nebo i nadprůměrná; poruchy chování spočívají v neklidu, „neposednosti“, hyperaktivitě a impulzivitě
 - 2. Vývojové poruchy spojené s SPU – dysfázie, dyslexie, dysgrafie, dyskalkulie
 - 3. Porucha motorické koordinace – postižení systémů související s vývojem hybnosti (mozeček, bazální ganglia, primární a sekundární motorická kůra); děti jsou neobratné (např. nesvedou kotoul) nebo jsou nešikovné (nezavážou si tkaničku apod.)
 - **z pohledu psychologie/speciální pedagogiky:**
 - v dnešní době zastaralý výraz, od kterého se upouští (dříve také LME – lehká mozková encefalopatie)
 - v zahraničí MMD (1962, Oxford) – minimal mental disorder – prokázání faktického organického poškození mozku ve smyslu strukturálního poškození (přímé poškození mozkové tkáně) se na dané úrovni rozvoje metodik zdaleka vždy nedařilo (a nedaří)
 - znamená příčinu – drobné difúzní poškození mozku -> zastřešující pojem – patří tam i ADHD
- **také termíny:** **hyperaktivní** (hyperkinetický syndrom – neklidné, nesoustředěné, hyperaktivní) a **hypoaktivní** (hypokinetický syndrom – pomalé, těžkopádné děti, nestačí pracovnímu tempu ostatních dětí, svůj vnitřní svět s denním sněním)
- **dnes rozlišujeme:**
 - **ADHD** (syndrom poruchy pozornosti spojený s hyperaktivitou – Attention deficit hyperactivity disorder)
 - **ADD** (syndrom poruchy pozornosti bez hyperaktivity)
- celosvětově se tento syndrom vyskytuje u 5 – 10% dětí, častěji u chlapců než u dívek → jedná se o děti s průměrnou až nadprůměrnou inteligencí
- často se vyskytují komorbidity – specifické poruchy učení (dysgrafie, dysortografie, dyslexie,...)
- dlouhou dobu považováno za onemocnění dětského věku → 40% případů přechází do dospělého věku

Definice

- LMD (1966, Clements in Říčan, Krejčířová 2006) – *Syndrom lehké mozkové dysfunkce se vztahuje na děti téměř průměrné, průměrné nebo nadprůměrné obecné inteligence s určitými poruchami učení či chování, v rozsahu od mírných po těžké, které jsou spojeny s odchylkami funkce centrálního nervového systému. Tyto odchylky se mohou projevit různými kombinacemi oslabení (poškození, impairment) ve vnímání, tvoření pojmů (konceptualizaci), řeči, paměti a v kontrole popudů nebo motoriky. Podobné příznaky mohou nebo nemusí komplikovat problematiku dětí s DMO, MR, slepotou a hluchotou. Tyto odchylky mohou vznikat z genetických variací, biochemických nepravidelností, perinatálních poškození mozku či jiných onemocnění nebo poškození prodělaných v průběhu let, jež jsou kritická pro rozvoj a zrání centrálního nervového systému, anebo z příčin neznámých.*
- LMD (2007, Slowík) je označení pro řadu projevů dítěte na bázi strukturálních změn CNS, jež se odchylují od běžné normy. Jeví se jako nezvyklé, nápadné a zvláštní (nápadně nerovnoměrný vývoj intelektových schopností, nápadností a poruchy v dynamice psychických procesů, hyperaktivita nebo hypoaktivita, nesoustředěnost, malá vytrvalost, impulzivita, překotnost, výkyvy nálad a duševní výkonnosti, tělesná neobratnost, poruchy vnímání apod.)
- ADHD (1990, Barkley in Zelinková, 2009) – ADHD je vývojová porucha charakteristická věku dítěte nepřiměřeným stupněm pozornosti, hyperaktivity a impulzivity. Potíže jsou chronické a nelze je vysvětlit na základě neurologických, sensorických nebo motorických postižení, mentální retardace nebo závažných emočních problémů. Deficity jsou evidentní v časném dětství a jsou pravděpodobně chronické. Ačkoli se mohou zmírňovat s dozráváním CNS, přetrvávají v porovnání s jedinci běžné populace téhož věku, protože i jejich chování se vlivem dozrávání mění. Obtíže jsou často spojené s neschopností dodržovat tyto pravidla chování a provádět opakovaně po delší dobu určité pracovní výkony. Tyto evidentně biologické deficity ovlivňují interakci dítěte s rodinou, školou a společností.
- ADHD (2012, Šauerová, Špačková, Nechlebová) je chápáno jako vývojové chronické postižení se silným biologickým a hereditárním zatížením, jehož důsledkem je zhoršený školní a sociální výkon. Je to vývojová porucha charakteristická vývojově nepřiměřeným stupněm pozornosti, hyperaktivity a impulzivity.
- Hyperaktivita je porucha aktivační úrovně, která bývá často kombinovaná s poruchami pozornosti

Etiologie

- **biologické příčiny**
 - významná role dědičnosti – polygenní (mutace více genů); častěji od otce přenášené
 - předpokládají se *změny ve struktuře a fungování mozku*, inhibice chování – funkce frontálního laloku
 - na úrovni neurotransmiterů – zejm. dopamin (vyvolává aktivizaci organismu) – zvýšení počtu aktivních receptorů nebo zpomalení jeho odbourávání (pozn. naučení závislosti na odměně)
 - strukturálně-funkční změny – postižení fronto-striatového funkčního systému, asymetrie v oblasti bazálních ganglií, kůry čelního mozkového laloku a mozečku (značný význam má funkční stav frontální mozkové kůry – Koukolík)
 - vyšší dráždivost nervové soustavy (stále vyšší nervosvalové napětí), narušena i funkce přenašečů signálů mezi neurony – odchylky rozpoznatelné na EEG
 - role toxinů z vnějšího prostředí – aditiva v potravinách, nikotin (nikotin zvyšuje uvolňování dopaminu v mozku a způsobuje hyperaktivitu)
 - **prenatální**
 - komplikace v těhotenství (gestózy, krvácení do děložní sliznice, nemoci rodidel, infekční onemocnění matky, spalničky, zarděnky, infekční hepatitida, příušnice, neštovice, streptokokové a stafylokokové infekce, chřipky a další...)
 - užívání alkoholu a drog v těhotenství
 - vysoký věk matky (i otce)
 - psychická zátěž matky (těžká životní situace z důvodu socioekonomických, matka samoživitelka, manželská disharmonie,...)
 - **perinatální**
 - komplikace kolem porodu (asfyxie, následky vzniklé mechanickým poškozením hlavičky při klešťovém porodu,...)
 - nedonošenost
 - nízká porodní hmotnost
 - předčasný porod i prodlužované těhotenství
 - **postnatální**
 - úrazy
 - operace dítěte po narození s možnými důsledky
- **psychologické faktory**
 - spojení dispozice k tomuto chování a způsob výchovy
 - dispozice k nadměrné aktivitě, pohyblivosti, náladovosti, stresování, netrpělivými a nedůtklivým rodičem → nemohou se vytvářet správné vzory chování, komunikace
 - negativní působení rodinného prostředí → přispívá k prohloubení potíží v oblasti pozornosti
- hyperaktivita v **ontogenetickém vývoji** – nejednoznačně řešitelná otázka
 - některé děti vykazují řadu problémů charakteristických pro ADHD od útlého věku, v mnoha případech projevy vymizí, jindy přetrvávají celý školní věk až do dospělosti; nelze předpokládat prosté vymizení symptomů
- Goldberg E. – popírá existenci tohoto onemocnění, podle něj jde o sociální jev

Symptomatologie

- proměnlivost symptomů, přetrvávání do dospělosti
- 4-5x častěji u chlapců
- primární symptomy:
 - **porucha pozornosti**
 - *slabá koncentrace pozornosti* (narušení různými vnějšími i vnitřními podněty)
 - *tenacita pozornosti* (délka soustředění; krátká, neudrží pozornost žádoucím směrem po určitou dobu, přebíhá od nedokončených činností)

STÁTNÍ ZÁVĚREČNÁ ZKOUŠKA - PSYCHOLOGIE

- *distribuce pozornosti* (rozsah; příliš malý, schopnost vnímat jen malé množství informací, nedovede se soustředit na komplexnější situaci)
- *vigilita pozornosti* (pružnost; není rozvinuta dostatečně, není adaptabilní, nelze přenášet pozornost dle potřeby)
- *selektivita* (pozornost často nevýběrová, nedovede se zaměřit na podstatné znaky)
- *poruchy slovní a pracovní paměti*
- **hyperaktivita**
 - nadměrná nutkání k pohybu, k aktivitě, která je neúčelná, nesmyslná; nemotornost, potíže v jemné motorice, špatná úprava písemných prací, rychlá unavitelnost => nemají více energie než ostatní
 - projevy: vrtí se, pohrává si s rukama, pohybují nohama, hovoří rychle a překotně, neschopný koordinovat a ovládat energetický výdej
- **impulzivita**
 - tendence reagovat bez rozmyšlení, náhle – zbrklé/unáhlené reakce
 - špatná schopnost plánování, kontroly svého jednání (neschopnost odhadnout následky svého jednání)
 - vázanost na aktuální podněty a neschopnost korigovat vlastní reakce
 - kolísání výkonu
- **hyperexcitabilita**
 - nadměrná vzrušivost, emoční dráždivost, sklon k extrémním citovým reakcím, poruchy sebeovládání a agresivní sklony, emoční labilita -> chová se jako mladší dítě
- další symptomy:
 - **poruchy kognitivních funkcí**
 - *porucha vnímání* – problémy v diferenciaci sluchových i zrakových podnětů, artikulační neobratnost
 - *exekutivní funkce* – neschopnost vytváření a realizace plánů, poruchy vůle, úsilí, vytrvalosti
 - *motivace*
 - snížená schopnost *prostorové představivosti*
 - *intelekt* – nebývá snížen, ale potenciál nebývá využit
 - **motoricko-percepční poruchy**
 - porucha vizuomotorické koordinace
 - ztížená pravolevá orientace
 - sociální důsledky/maladaptace:
 - neschopnost souhry s vrstevníky
 - negativní reakce okolí upevňují negativní sebehodnocení
 - zažívají častější kritiku a bývají hodnoceny jako neúspěšné
 - hyperaktivita nepříznivě ovlivňuje školní adaptaci
 - nebývají školsky úspěšní, mají horší prospěch, než jsou jejich schopnosti – riziko part
 - často noční děsy, deprese, úzkost, neuznávání autorit, specifické poruchy učení, opožděný vývoj řeči atd.

Projevy v různých obdobích

- **kojenecký věk**
 - neklidnější než ostatní, poruchy biorytmu (ve dne spí, v noci bdí), poměrně záhy odmítají odpolední spánek
 - dále: pláč bez příčiny, podrážděnost, neklid, i když všechny potřeby jsou uspokojeny
 - → matka se může cítit bezmocná, nedaří se jí dítě uklidnit – negativní vliv na formování vztahové vazby
- **batolecí věk**
 - zvýšená pohyblivost, bez zábran, mívají více úrazů, vydrží dlouho bez spánku, nedokáží se pořádně soustředit na hru
 - dále: zvýšená neobratnost a neohrabanost, první afektivní výbuchy, reakce zlostné až agresivní, negativismus a vzdor je sice obvyklý pro toto období, u dětí s ADHD se projevuje nezvykle silně

- **předškolní věk**
 - o rozpoznatelné již v tomto období
 - o nerovnoměrný vývoj, hyperaktivita, hypoaktivita, zvýšená afektivita, opožděný vývoj (řeči, motoriky), déle se učí novým věcem, sociálním návykům – ztěžuje adaptaci, problémy se sebeobsluhou
 - o před nástupem do školy poruchy obvykle: motorického vývoje, emočních poruch a poruch chování, poruch koncentrace pozornosti a paměti, poruch řeči, vnímání a myšlení → často odložení o rok
- **školní věk**
 - o nejnápadnější právě ve školním období (8 – 10 letech)
 - o porucha pozornosti, hyperaktivita, impulzivita, psychomotorický neklid, rušivost, neschopnost zorganizovat si věci kolem sebe, problémové, nepředvídatelné chování, snadná unavitelnost, problémy se sociálním začleněním, neschopnost samostatné práce, sociální nevyzrálost a infantilita, ochota pomáhat
- **další projevy:**
 - o pocity vnitřní nejistoty, nedostačivost, trapnosti, vnitřní chvění a chaos, trémy a stavy úzkosti, nerovnoměrnost a nevyrovnanost v pracovním výkonu, kolísavost ve škole
 - o neurotické návyky, tiky (dumláním palce, žmoulání prstů, stereotypní pohyby), bojácnost, poruchy spánku, poruchy chuti k jídlu, zvýšený výskyt koktavosti oproti ostatním, poruchy řeči a sluchového vnímání – pomalý nebo opožděný vývoj řeči, snížená kvalita sluchu a nepravidelnost řeči, poruchy motorických funkcí – opožděný vývoj, grimasování, špatná jemná motorika, nízká schopnost abstraktního myšlení, slabá krátkodobá i dlouhodobá paměť, častější výskyt enuréz a enkopréz
 - o častější výskyt specifických poruch učení (SVPU) – dyslexie (porucha čtení), dysgrafie (porucha psaní), dysortografie (porucha pravopisu), dyskalkulie (porucha matematických schopností), aj.
- **projevy v kresbě:**
 - o disproporce jednotlivých částí těla, připojení jednotlivých částí na špatném místě, chybění podstatných detailů, primitivní zpracování jednotlivých částí těla, nezralost kresby, stereotypie a opakování stejných prvků, kresba složená z geometrických tvarů, obliba vyčmárávání detailů, poloha posty v prostoru, obtíže s členěním plochy papíru, šikmý sklon postavy
 - o mohou být zapříčiněny obtížemi s pozorností

Zelinková

- **hlavní obtíže:** hyperaktivita, porucha pozornosti, impulzivita
- **jedinci s ADHD** – riziková skupina z hlediska antisociálního chování, větší riziko přetrvání obtíží v adolescenci a dospělosti, snížené výkony ve škole, agresivita, problémy při navazování vztahů s vrstevníky, nesnášenlivost, neschopnost přizpůsobit se autoritě a obecně uznávaným pravidlům, agresivní řešení interpersonálních problémů
- **jedinci s ADD** – neobjevuje se impulzivita a hyperaktivita, více je problémů v pozornosti a percepčně-motorických úkolech, tzv. denní snění, pomalost při provádění kognitivních operací, obtíže v navazování sociálních kontaktů, úzkostné rysy, neschopnost zaměřit pozornost na určitou činnost
- **jedinci s ADHD s agresivitou** – blíží se opozičnímu chování, nesnášenlivost, hádavost, nedostatek sebeovládání, antisociální chování (krádeže, rvačky), často dysfunkční rodinné prostředí, vyžadují intenzivní péči i medikamentózní léčbu

Klasifikace

dle MKN 10

- **F 90 Hyperkinetické poruchy**
 - o charakterizované časným nástupem (obvykle v prvních pěti letech života), nedostatečnou vytrvalostí v činnostech, vyžadujících poznávací schopnosti, a tendencí přebíhat od jedné činnosti ke druhé, aniž by byla jedna dokončena, spolu s dezorganizovanou, špatně regulovanou a nadměrnou aktivitou
 - o může být přítomna řada dalších abnormalit
 - o tyto děti jsou často neukázněné a impulzivní, náchylné k úrazům a dostávají se snadno do konfliktů s disciplínou pro bezmyšlenkovité porušování pravidel spíše, než by úmyslně vzdorovaly
 - o vztah k dospělým je často sociálně dezinhibován pro nedostatek normální opatrnosti a odstupu

STÁTNÍ ZÁVĚREČNÁ ZKOUŠKA - PSYCHOLOGIE

- mezi ostatními dětmi nejsou příliš populární a mohou se stát izolovanými
- poznávací schopnosti jsou běžně porušené a specifické opoždění v motorickém a jazykovém vývoji je disproporciálně časté
- sekundárními komplikacemi jsou disociální chování a nízké sebehodnocení
- nepatří sem:
 - anxiózní poruchy (F41.–)
 - (afektivní) poruchy nálady (F30–F39)
 - pervazivní vývojové poruchy (F84.–)
 - schizofrenie (F20.–)
- nutná přítomnost jádrových příznaků: *porucha pozornosti, hyperaktivita, impulzivita*
- **F 90. 0 Porucha aktivity a pozornosti**
 - nedostatek pozornosti s hyperaktivitou
 - syndrom poruchy pozornosti s hyperaktivitou
 - nepatří sem:
 - hyperkinetická porucha s poruchou chování (F90.1)
- **F90. 1 Hyperkinetická porucha chování**
 - hyperkinetická porucha sdružená s poruchou chování (F91.–)
- **F90. 8 Jiné hyperkinetické poruchy**
- **F90. 9 Hyperkinetická porucha NS**
 - hyperkinetická reakce v dětství nebo v dospívání NS
 - hyperkinetický syndrom NS

dle MKN 11

- **6 Mental behavioural or neurodevelopmental disorders**
- Neurodevelopmental disorders
- **6A05 Attention deficit hyperactivity disorder**
 - 6A50.0 Attention deficit hyperactivity disorder, predominantly inattentive presentation
 - 6A50.1 Attention deficit hyperactivity disorder, predominantly hyperactive-impulsive presentation
 - 6A50.2 Attention deficit hyperactivity disorder, combined presentation
 - 6A50.Y Attention deficit hyperactivity disorder, other specified presentation
 - 6A50.Z Attention deficit hyperactivity disorder, presentation unspecified

dle DSM-V

- **ADHD s převažující poruchou pozornosti** (jinde též ADD) – cca 30% lidí
 - výpadky pozornosti → lidé vypadají jako duchem nepřítomní
 - okamžitě reagují na podněty, které upoutají jejich pozornost
 - potíže s pamětí → zapomínají na denní povinnosti, jsou roztržití, zapomínají a ztrácejí věci
 - netrpělivi, vyhýbají se úkolům vyžadujícím trvalejší úsilí (nebo je odkládají na poslední chvíli)
 - neschopnost něco zorganizovat (denní povinnosti, práci), plánovat, odhadovat čas
 - nezvládají systematicky řešit úkoly, dokončovat práci, chaotičnost
 - poruchy exekutivních funkcí (porucha schopnosti plánovat, organizovat a vykonávat činnosti)
 - prokrastinace
- **ADHD s převažující motorickou hyperaktivitou a impulzivitou** – cca 10% lidí
 - psychomotorický neklid (u dospělých v mírnější formě)
 - u dětí → nevydrží sedět na místě, vyskakují, pobíhají, padají ze židle...
 - u dospělých → poposedávání, nutnost mít stále něco v ruce, pohrávat si s tužkou, s vlasy, ošívát se, drbat se...
 - opakující se pohybové stereotypie, zlovyky (okusování nehtů, vydávání zvuků, mluvní stereotypy)
 - vnitřní neklid (stále něco dělat, být v akci)
 - dospělí → zvýšená činnost, pracovitost se sklonem k workoholismu. Nudí je stereotypní, dlouhotrvající a příliš klidné činnosti. Jsou netrpělivi
 - jednají rychle, impulzivně, bez rozmyšlení, ukvapeně

STÁTNÍ ZÁVĚREČNÁ ZKOUŠKA - PSYCHOLOGIE

- mnohomluvnost, skákání do řeči, časté dotazy, neustálé komentování
 - nevydrží čekat, až na ně přijde řada, sedět
 - impulzivita je u dospělých dominujícím příznakem a nejčastější příčinou psychosociálních potíží
- **kombinovaný typ** – cca 60% lidí

dle Davidsona a Neala

- **prostá porucha pozornosti** (ADD) - diagnostikujeme ji u dětí s poruchami pozornosti, ale s normální úrovní aktivizace; tito jedinci mají problémy především v zaměření pozornosti na informační proces
- **hyperaktivita a impulzivita**
- **spojením obou typů** obtíží vzniká porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou a impulzivitou – do této kategorie patří nejvíce dětí

dle Barkleyho

- ADHD s agresivitou
- ADHD bez agresivity
- Opoziční chování – ODD (Oppositional Defiant Disorders)

Diagnostika

MKN-10

- nutná přítomnost jádrových příznaků: **porucha pozornosti, hyperaktivita, impulzivita**

Zelinková

- A. Nejméně 6 z následujících symptomů musí přetrvávat nejméně po dobu 6 měsíců a to v takové intenzitě, která je nepřiměřená pro daný stupeň vývoje dítěte:
 - často věnuje bedlivou pozornost detailům nebo dělá chyby z nedbalosti ve školních úkolech a při dalších aktivitách
 - často má obtíže v koncentraci pozornosti na úkoly nebo hry
 - často vypadá, že neposlouchá, co se mu/ jí říká
 - často nepracuje podle instrukcí, nedokončuje práci, má nepořádek na svém místě, ve svých věcech, přičemž tyto projevy nejsou projevy opozičního chování, vzdoru nebo nepochopení instrukcí
 - často má obtíže v organizování svých úkolů a aktivit
 - často oddaluje plnění školních a domácích úkolů, které vyžadují intenzivní mentální úsilí
 - často ztrácí věci nezbytné pro školu a zájmové aktivity
 - často se nechá rozptýlit cizími podněty (nepatřícími k věci)
 - často je zapomnětlivý/ zapomnětlivá v denních činnostech
- B. Alespoň 4 z následujících symptomů hyperaktivity/ impulzivity přetrvávají alespoň 6 měsíců v takovém stupni, který je neslučitelný s vývojovou úrovní dítěte
 - často třepe rukama a nohama, vrtí se na židli
 - často opouští místo ve třídě nebo v situaci, v níž se očekává, že zůstane sedět
 - často běhá kolem v situacích, kdy je to nevhodné
 - často není schopen/ schopna si klidně hrát, nebo provádět klidnější činnosti ve volném čase
 - často vyhrkne odpověď, aniž si poslechne celou otázku
 - často má obtíže při stání v řadě, při hrách nebo skupinových činnostech
- uvedené projevy se musí vyskytovat ve škole i doma, popř. při jiných činnostech a na jiných místech
- významným zdrojem informací jsou rodiče a učitelé – informace poskytují formou dotazníku a rozhovoru

DSM-V – nová diagnostická kritéria

- snížený počet požadovaných symptomů a zvyšuje věkovou hranici ze 7 na 12 let
- změna: Z „symptomy musí prokazatelně snižovat kvalitu jedincova života“ NA „symptomy narušující jedincův život“

Formy terapie

- vhodná režimová a výchovná opatření
 - výživa (omezení sacharidů), volný čas (netrávit tolik času na PC hrách)
- často postupujeme metodou → pokus-omyl
- **farmakoterapie**
 - není nutné, aby každé dítě s ADHD bylo léčeno léky – je to velmi individuální
 - možnost využití stimulancií i nestimulačních preparátů
 - farmaka změní jednotlivé projevy ADHD, ale nezmění povahu dítěte
 - např. zlepší schopnost soustředit se, pozitivní účinek na ovlivnění krátkodobé paměti, zlepšení pozornosti, pamatovat si více informací, dokončení činností do konce
 - do měsíce by se měly nějaké změny dostavit
 - farmaka jsou vždy s určitým rizikem

- **psychoterapie**
 - o nezbytná součást komplexní péče → osvědčila se **kognitivně-behaviorální psychoterapie**
 - odměny a tresty – lepší motivovat odměnou → zvnitřní si správné chování
 - monitoring pocitů a chování v určitých situacích, identifikování chování, vysvětlit žádoucí chování a ocenit, přesně ukázat dítěti, co je nežádoucí a naopak ukázat, jak to má vypadat
 - o děti se učí řídit své chování, rodiče se učí, jak k dítěti přistupovat a jak mu pomoci se zvládnutím běžných denních situací
 - o individuální i rodinná
 - o kombinace farmakoterapie a behaviorální terapie se ukazuje jako nejúčinnější léčebný postup
- **edukace rodičů**
 - o mělo by být v PPP, aby rodiče projevy pochopili
 - o pozitivní posilování žádoucího chování a ignorace nežádoucích jen do určité meze
- **alternativní léčba**
 - o diety, vitaminy přírodní léky (ženšen, ginko biloba,...), homeopatie, čínská medicína – doplňky uklidňující, tak povzbuzující
 - o je třeba vždy se o alternativní léčbě poradit s lékařem
 - o vhodnost přípravku, nežádoucí účinky,...
- **biofeedback** (EEG trénink)
 - o specifická metoda pro posílení žádoucí aktivizace nervové soustavy
 - o určena především pro trénink pozornosti, soustředění, sebeovládání a sebekázně, stresovou odolnost
 - o umožňuje regulaci frekvence el. aktivity mozkových vln → autoregulační učení mozku pomocí tzv. biologické zpětné vazby - mozek dostává okamžitou, cílenou a přesnou informaci o „rozladění“ mozkových vln
 - o Dítě má k hlavě připojeny elektrody, které snímají mozkové vlny. Ty třídí program do frekvenčních pásem a převádí je do digitální podoby. Terapeut tento proces sleduje na počítači. Počítač zpracuje signál a zajistí zpětnou vazbu. Průběh mozkových vln před sebou klienti vidí na obrazovce v podobě videohry, kterou hrají pouze silou své myšlenky. Hru ovládají tedy jen činnosti mozku. Pokud narůstá aktivita mozku v žádoucím pásmu, je hráč odměňován úspěšnými výsledky. Dostává-li se ale aktivita do pásma nežádoucího, úspěch ve hře mizí.
 - o v mozku se pomocí EEG tréninku rozvíjí proces učení nových a vhodnějších frekvencí mozkových vln. (postupné osvojování a následné automatické využívání)
 - o nepředstavuje žádná rizika, nemá vedlejší účinky a není návykový
 - o dosažený výsledek je trvalý
 - o délka tréninku závisí na závažnosti potíží a věku
 - o průměrná doba tréninku je 6 měsíců

Intervence dle autorů

Rief a O'Dell, Cook

- **úprava režimu** a prostředí za **podpory rodinných příslušníků** a školy
 - o umožnit během vyučování častější přestávky, ale současně ne úlevy v podobě ubrání učiva
 - o umožnit během vyučování více pohybu – např. donést třídní knihu jinému pedagogovi apod.
 - o upravit prostředí ve třídě tak, aby dítě moc nerozptylovalo (zdi ve třídě jsou značně přepřádané obrázky, výukovými tabulemi – násobilka, vyjmenovaná slova apod.), aby mělo možnost se soustředit pouze na výuku
 - o doma regulovat volný čas dítěte (netravit celý čas u PC her apod.)
- **pozitivní posilování žádoucího chování** (výchovný přístup vycházející z behaviorální terapie) → nejlepší strategie jak dosáhnout změny v chování žáka a přitom budovat sebeúctu a respekt
 - o „Mám radost, že xxx...“, „Chválím xxx za to, že...“, „XXX, cením si toho, že...“, „Líbí se mi, že xxx...“
 - o zasloužená pochvala a uznání
 - o odměňovat určitými výsadami, příp. hmatatelné odměny (samolepky, dobroty,...)

OBECNÉ RADY

- **obecné úlevy vedoucí k pocitu pohodlí a zvýšení rozsahu pozornosti**
 - o umožnit volnost při držení těla, dovolit sezení v různých pozicích, vstávání, ležení, občasně lezení a nahoru a dolů, běhání se vzkazy a chvilkovou chůzi
 - o možnost „posuvných lavic“, výměna „chodících dětí“ za „stále mluvící děti“ mezi učiteli
 - o kreativita a otevřenost vůči novým myšlenkám

STÁTNÍ ZÁVĚREČNÁ ZKOUŠKA - PSYCHOLOGIE

- umožnit přestávku, i když není v plánu
- **obecné úlevy ve škole**
 - volnost při zaujímání tělesné polohy (ne potenciálně nebezpečné tělesné pozice!)
 - méně psaní, kratší písemné úlohy (několik kratších lepší než jedna dlouhá)
 - více času na psaní
 - dovolit psací stroj nebo počítač
 - umožnit psát na tabuli jako alternativu k psaní na papír
 - známkovat spíše obsah než kvalitu (nebo každé zvlášť)
 - rozstříhat papír se zadáním úloh na čtyři části a dávat po jedné
 - nepoužívat úlohy ze psaní a matematiky jako trest
 - být milý a trpělivý
- **obecné úlevy doma**
 - volnost při držení těla
 - krátké aktivity s přestávkami
 - odpočinek před obtížnou aktivitou
 - výživné svačiny
 - uspořádat sezení u stolu – dítě by mělo sedět tam, kde je dostatek místa k pobytu a může měnit pozice
 - být milý a trpělivý
- **obecné úlevy pro situace na veřejnosti**
 - volnost při držení těla dle bezpečnosti a společenské situace
 - dostatek místa pro volný pohyb
 - krátké aktivity (delší s častějšími přestávkami)
 - omezit dobu čekání na minimum (procházení se během čekání)
 - během čekání hrát tiché hry, hrát si s hračkami nebo dělat aktivity, na kterých se spolu s dítětem podílí i ostatní
 - pozměnit nebo se vyhnout problémovým činnostem a aktivitám

Zelinková

- východiskem rozbor všech dostupných informací vyplývajících z diagnostiky
- účastníci reedukačního procesu: dospělí (rodina i škola), vrstevníci, samo dítě

Základní postupy

- pozitivní posilování s mírnými tresty – následuje ihned po splnění úkolu, pochvaly se vztahují i na úkoly, které jsou pro mladší děti
- častá zpětná vazba – vede k optimalizaci chování, pochvala – posílení žádoucího chování, zpětná vazba nesmí rušit při vykonávání úkolu
- pokud zpětnou vazbou upozorňujeme na chybu, měli bychom dát doporučení, jak se chyb vyvarovat
- zachováváme klid, mluvíme klidným hlasem, preferujeme kontakt z očí do očí
- instrukce a pokyny – obsahovat by měly pouze několik kroků, klademe větší důraz na dokončování úkolů než na chování
- úkoly jednoduché, splnitelné a krátké – možné rozdělit delší úkol na více kroků, které zadáváme postupně
- nediskutujeme o vhodnosti chování – dospělý stanovuje mantinely, které se musí dodržovat, dítě musí pochopit, že mu dospělí rozumějí a chtějí mu pomoci
- spolužákům, kamarádům sdělit přijatelnou formou podstatu obtíží – dítě se musí cítit součástí kolektivu
- respektování stylu učení – zahrnuje charakteristické kognitivní, afektivní a fyziologické způsoby chování, většinou je typický globální styl učení (vnímá především celek):
 - předkládat úkol jako celek
 - nechat sbírat informace různými cestami, nepředpokládat systematickост
 - personalizace obsahu
 - dát problému strukturu
 - utváření automatismů
 - sledujeme, co dítě dělá a co si myslí
 - skupinová práce s výměnou názorů, nápadů
 - pomůcky – příliš mnoho pestrosti, podnětů a pomůcek dítě rozptyluje
- nácvik metakognitivních strategií – učení se o vlastním stylu učení (jak a proč se učím)
 - řízení sebe samého, pozorování svých pracovních postupů, sebehodnocení
- sebekontrola a sebehodnocení – vedeme dítě k uvědomování si svého chování, hodnotilo je, snažilo se nejdříve přemýšlet a potom jednat
- optimismus a pevné nervy dospělých
- pravidelný denní režim – dostatek spánku, strava, příprava na vyučování

Reedukace v USA a Anglii

- USA - časté spojení farmakoterapie s behaviorálními metodami, zejm. operativní podmiňování
- Anglie – modifikace chování

STÁTNÍ ZÁVĚREČNÁ ZKOUŠKA - PSYCHOLOGIE

- medikamentózní léčba – v 75% zlepšení koncentrace, cílenosti aktivit, zlepšení sociálního chování, redukce agresivity a impulzivity
- vedlejší účinky: nechutenství, problémy se spaním
- psychologické postupy – trénink rodičů a úprava prostředí třídy

Přístupy

Přístup k dítěti s ADHD

- přístup k dítěti není jednoduchý – měli by se podílet všichni, kteří dítě vychovávají nebo s ním mají blízký vztah
- obecně je třeba vytvořit atmosféru porozumění a spolupráce
- zásady dle Matějčka:
 - o **trpělivost**, klid
 - o **povzbuzovat**, chválit, nejen za dobrý výkon, ale hlavně za projevenou snahu
 - o **pravidelný režim**
 - o **spolupracovat s dítětem** – vychovatelé by měli zabránit nevhodnému chování a nebezpečí vzniku chyb
 - o **málo a často** – vyplácí se pracovat více nárazově než dlouhodobě a soustavně
 - o **využít zájem** – pokud se objeví nějaká záliba dítěte, využijeme toho
 - o **zabránit pocitům méněcennosti** – vychovatelé by měli chránit před opakovanými neúspěchy
 - o vytvořit ovzduší spolupráce v rodinném prostředí – dávat dítěti lásku, ukazovat ochotu pomáhat a brát ho takového, jaký je
 - o **spolupracovat se školou**, s učiteli – jestliže dítě nerozumí svému chování, trpělivě mu ho vysvětlit
 - o **častá zpětná vazba** – vede k optimalizaci chování (potřeba vysvětlit zásady správného chování, pokud dítě nechápe)
 - o **vhodná volba povolání** – nesmí být stereotypní na stejném místě; vhodná jsou zaměstnání závislá na přírodě, počasí, roční době, střídání pracovišť, se zvířaty, potravinářské řemeslo, rukodělná řemesla

Přístup k dítěti ve škole

- aby seděl v blízkosti učitele (posazení od oken k místu učitele)
 - o pokud máme pocit vyčlenění ADHD dítěte, tak posazení pojmem jako soutěž např.
- důležitý je pro žáka dotyk - povrchová (hlazení --> sociální komunikace); tlaková (důležitý, jistý dotyk)
- často to souvisí také se změnou stravy (cukr např.) --> je dobré omega 3
- dítě s ADHD jinak pracuje se smysly, tělesně a využije více energie
- komunikace: volit kratší věty, klidný, zpomalený hlas, hlubší, jednoduché komentování akce
- často je ADHD pro učitelky nakažlivé :D jednat vždy v klidu, nikdy nevyvádět, postarat se o sebe (snažit se myslet na naše tělo - nohy, ruce, záda,...) a až poté o dítě
 - o dítě s ADHD je velmi citlivé - dítě začíná přebírat náš postoj (zrcadlové neuro.....)
- hyperkinetická porucha je postižení --> s ADHD nelze udělat nic, musí pracovat se sebou, prostředím a působit takto na dítě nepřímou + postupně stanovovat hranice (i když si dlouho musí vyzkoušet, že tam ta hranice opravdu je, až později si zvykne na hranici a zvykne si, že jedná strukturovaně)
- zapojovat rodiče do terapie!!

Nevhodné výchovné postupy

- výchova rodičů je jednou ze složek, která může také ovlivnit vývoj dítěte s poruchou pozornosti (může veškerou snahu všech „zainteresovaných“ zmařit)
- správné postupy totiž dokáží zmírnit nežádoucí projevy dítěte na minimum
- nevhodné výchovné postupy:
 - o **nejednotná výchova**
 - rodiče se vzájemně nebo s prarodiči nedohodnou na jednom stejném výchovném opatření
 - rozpory ve výchově důsledkem rodičovských sporů a schválností (např. oddělené domácnosti)
 - o **perfekcionistická výchova**
 - příliš náročná, autoritativní, přísná výchova zahrnující tvrdé rozkazy, příkazy, zákazy a tresty
 - výchova dítěte s ADHD vyžaduje důslednost systém a řád, ale ne necitlivá přístup a extrémně tvrdé zásahy
 - v rovnováze má být láska k dítěti, cit a pochopení pro jeho problémy a také diplomacii
 - o **příliš liberální, uvolněná výchova nebo úzkostná, ochraňující, rozmazlující**

- výchova, kdy je vše povoleno – dítě si může dělat, co chce – to, co provede, se přehlíží nebo je bráno na lehkou váhu či dokonce obdivováno
- chybí řád, dítě neví, co smí a co ne → subjektivní pocit zmatku
- **nedůsledná výchova, nevyvážená**
 - podobná nejednotné výchově – jeden vychovatel není důsledný ve svých výchovných požadavcích
 - chybí řád, systém, dítě je zmatené a neví, co je správné není kontrolováno – využívá velmi brzy situace ke svému prospěchu

Důsledky ADHD anebo dospělost

- příznaky a projevy ADHD se během vývoje mění
- někteří z této poruchy „vyrostou“, ale u 35-60% lidí zůstanou
- často ustupuje hyperaktivita a zůstávají spíše problémy s pozorností, labilitou, dráždivostí a impulzivitou
- může také přetrvávat vnitřní neklid ventilovaný neurotickými návyky – pohrávání si s prsty, tužkou
- často tito lidé ztrácejí věci – mobilní telefon, diář, peněženku, klíče,...
- mají problémy udržet si ve věcech pořádek, rádi se vrhají do nových věcí a často se jim jich pak nakupí tolik, že nestíhají
- obtížně dokončují započaté úkoly, nemají přehled o své finanční situaci
- střídají partnery nebo mají problém soustředit se na cokoliv včetně sexuálního života
- v horších případech se rizikově přejíždají nebo jsou náchylní k jinému rizikovému chování
- dospělí s ADHD mohou cítit, že jejich výkon neodpovídá jejich schopnostem, mohou opakovaně selhávat jak ve vztazích, zaměstnání, tak studiu
- často podléhají depresím, únavovému syndromu, snadněji sahají po návykových látkách
- v nejhorších případech se vyskytují pokusy o sebevraždu, sebepoškozování → žít ve světě, který není při tyto lidi srozumitelný – zejména po stránce sociální
- odborníci poukazují na:
 - **včasnou diagnózu** – tedy již v dětství, aby měl jedinec možnost naučit se s poruchou pracovat
 - v současné době se na diagnostice podílí psycholog z PPP, psychiatr, neurolog nebo klinický psycholog
 - **špatná diagnóza** – ADHD má více projevů a stává se, že je diagnostikováno jiné onemocnění (úzkosti, deprese)
 - ADHD tak není včas léčeno, je léčena jiná porucha (která se ve své podstatě ani jako taková nevyskytuje)
- oblasti, ve kterých se dá zjistit, jak se jedinec s poruchou vypořádal:
 - **profesní kariéra** – protože ve škole se těmito lidem tolik nedařilo – snaží školy zbavit
 - **osobní vztahy** – od dětství tito lidé zažívají nezájem vrstevníků – prudkost, sociální nevyzrálost → často jsou méně přijatelnými partnery pro život
 - **začlenění se do společnosti** – sklon k asociálnímu chování nebo k sebestrukci, mohou reagovat ve stresových situacích nepřiměřeně

Vyhláška č. 27/2016 Sb.; o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných

- **žák se speciálními vzdělávacími potřebami**

Zdroje:

- PUGNEROVÁ, Michaela a Jana KVINTOVÁ. *Přehled poruch psychického vývoje*. Praha: Grada, 2016. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5452-9.
- Cahová, Pejčochová, Ošlejšková. *Hyperkinetická porucha/ADHD v dospívání a dospělosti: diagnostika, klinický obraz a komorbidita*
- SVOBODA, M. (ed.) 2015. *Psychopatologie a psychiatrie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0976-8.
- O'DELL, Nancy E. a Patricia A. COOK. *Neposedné dítě: Jak pomoci hyperaktivním dětem*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, spol. s.r.o., 1999. ISBN 80-7169-899-1.
- RIEF, Sandra F. *Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole: praktické postupy pro vyučování a výchovu dětí s ADHD*. 3. vydání. Praha: Portál, s.r.o., 2007. ISBN 978-80-7367-257-7.
- ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. a kol. *Dětská klinická psychologie*. 2006. Praha: Grada Publishing.. ISBN 978-80-247-1049-5.

PSYCHICKÁ DEPRIVACE, SUBDEPRIVACE

18. Psychická deprivace (vnější a vnitřní podmínky vzniku), následky psychické deprivace, subdeprivace.

PSYCHICKÉ POTŘEBY

Základní psychické potřeby (dělení dle Pugnerové i Vágnerové)

- **potřeba** = vzájemný stav nerovnováhy mezi podmínkami organismu dítěte a podmínkami jeho prostředí
 - o emoční prožitek, který se projevuje jako pociťovaný stav nedostatku nebo přebytku něčeho
- základem pro zdárný vývoj dítěte je úplná a funkční rodina → plní řadu biologických, ekonomických, sociálních a psychologických funkcí → považujeme ji za jednu z nejdůležitějších sociálních skupin, v níž jedinec žije
- nestačí pouze uspokojování biologických, ekonomických potřeb, je velmi důležité uspokojovat i psychické potřeby
- vycházíme tedy ze základních psychických potřeb člověka
- do 4-5 měsíců života dítěte by nemělo dojít k rozmazení dítěte – ani při okamžité/rychlé reakci na nějakou žádost dítěte (musí být však stálý režim, rituály,...)
- psychické potřeby trvají po celý život → nejsou to jen potřeby dětí
- **potřeba:**
 - o **stimulace** (podněty v přiměřené míře a variabilitě)
 - člověk musí rozeznat, co je málo a co už je moc - musí být k dítěti velmi vnímavý
 - o **smysluplného světa** (v podnětech musí být řád, systém, režim,...)
 - dítě se rodí v podstatě do chaosu, proto potřebuje průvodce (vychovatele, rodiče) --> můžeme zavést systém, rituály, řád, kdy si dítě zvykne a získává jistotu
 - dítě se potřebuje čít, získávat zkušenosti, hledat pravidelnosti a orientovat s v prostředí
 - o **jistoty a bezpečí a lásky** (kladný a trvalý citový vztah)
 - pomocí této potřeby je zabezpečeno to, že dítě zažije kladný dlouhodobý trvalý citový vztah --> zjistí, že když se mají rodiče a sourozenci rádi, je to trvalý vztah
 - **bezpodmínečná láska** = i když udělá člověk něco špatného, rodina ho bude i tak milovat (neznámá to ale, že se rodině tato chyba líbí) - je špatně: *!!mám tě ráda, jen když něco děláš, když něco dokážeš, budu tě milovat!!*
 - když nám dítě řekne "nemám tě rád" - nikdy nesmíme odpovědět to samé, spíše mu říci opak "to mě mrzí, že mi to říkáš, já tě ráda mám a vždycky budu, ale toto se mi nelíbí, jak se chováš", je možné se otázat "proč?" u starších dětí
 - dítě by mělo vědět, že i když se mají lidé rádi, přichází překážky, a ne vždy je to sluncem zalité, přichází mraky, bouří se, ale po čase se opět vyčáslí
 - o **sociálního kontaktu** (každý má potřebu být přijímán a někam patřit)
 - každý potřebuje být někde přijímán, někam patřit, najít si své místo na světě
 - také potřeba sebezaplnění, nezávislosti a osobní integrity → nejdříve je dítě závislé na matce a myslí si, že jsou jedna osoba – později zjišťuje, že má vlastní já a čím dál více je na matce nezávislé – potřebuje se časem osamostatnit, samo se rozhodovat, něčeho dosáhnout
 - o **otevřené budoucnosti** (sdílení společné budoucnosti)
 - umožnění upokojení prožívání osobního běhu života
 - i když nám bude 18, neznámá to, že půjdeme od rodiny a kontakt tímto skončí - pořád budeme patřit do rodiny, máme se kam vrátit, máme jistotu a víme, že nás někdo miluje, že někam patříme
 - ztráta perspektiv, uzavřená budoucnost vede k zoufalství

H. A. Murray

- představitel komplexní teorie motivace, americký psycholog
- autor klinicky úspěšného testu osobnosti (TAT = Thematic Aperception Test)
- **teorie osobnosti** (personologie) – pojmy:
 - o **téma** – výsledek interakce mezi tlaky (presses) a potřebami (needs), fungují zde zpětnovazební mechanismy

- **tlaky** – vnější síly, mohou být pozitivní (touha něco získat) a negativní (něčemu se vyhnout); tlaky α (objektivní okolnosti vyvolávající tlak) a tlaky β (subjektivní zpracování tlaku α , které je podstatné pro jednání)
- **potřeby** – dvě hlavní skupiny (v díle „Explorations of personality“ 1938)
 - **viscerogenní** (primární) potřeby, vrozené, jsou utvářeny periodicky se opakujícími fyziologickými procesy; potřeby nedostatku (kyslík, potrava, tekutiny), přebytku (sekrece, defekace), obrany a úniku (škodliviny, anomálie, bolest)
 - **psychogenní** (sekundární) potřeby, získané, odehrávají se převážně na nevědomé úrovni, jsou zakotveny v psychickém, povahovém založení, jejich vzorce tvoří podstatu osobnosti, jsou spojeny také s neživými předměty (zisk, uchovávání, vytváření, udržování)
- zvláštní postavení má *sexuální potřeba*, která se objevuje mezi cyklicky se opakujícími V potřebami i mezi P motivy
- někdy ještě skupina *skrytých potřeb* – odnož P potřeb (obava zůstat bez pomoci, narcismus, ponížení)
- oproti Maslowovi nepřijímá potřebám hierarchické dělení, ale situační – potřeby na stejné úrovni a aktualizují se na základě vnitřních a vnějších podmínek

PSYCHICKÁ DEPRIVACE

Terminologie a definice

- psychologický stav vzniklý následkem takových životních situací, kdy subjektu není dána příležitost k uspokojení některé jeho základní psychické potřeby v dostačující míře a po dostatečně dlouhou dobu (Langmeier, Matějček)
- **deprivace** = stav, kdy některá z objektivně významných potřeb (biologických či psychických) není uspokojována v dostatečné míře, přiměřeným způsobem a po dostatečně dlouhou dobu (Vágnerová)
- **deprivant** a **deprivantství** jako „jedince, kteří z biologických, psychologických či sociokulturních důvodů nedosáhli lidské normality či o ni přišli“ (Koukolík, Drtilová 2006)
- mezi základními zátěžovými situacemi patří k těm nejzávažnějším zátěžovým vlivům, které mohou nepříznivě ovlivnit aktuální stav jedince, tak jeho psychický vývoj
 - **frustrace** – nejjemnější zátěžová situace; v uspokojení potřeb brání nějaká překážka; dlouhodobá frustrace je deprivace
 - **deprivace** – dlouhodobé neuspokojení potřeb – sociálních, fyzických, psychických; biologická deprivace končí smrtí
 - **stres** – krátkodobý stres aktivuje člověka, motivuje ho k vyššímu výkonu / dlouhodobý stres má mnohem závažnější dopady - člověk začíná být náchylný k dlouhodobým nemocem
 - **konflikt** – konflikt 2 pozitivních výběrů – nejsnazší; konflikt mezi 2 negativními výběry je mnohem závažnější; konflikt mezi negativním a pozitivním výběrem.

Typy deprivace (Pugnerová, Konečný)

- **biologická** - nejsou dostatečně uspokojeny základní biologické potřeby (jídlo, spánek, odpočinek, pití, teplo, pohlavní styk) – ohrožuje tělesné i duševní zdraví a při dlouhodobějším trvání vede k onemocněním nebo dokonce až smrti
- **emocionální** - nemožnost vytvoření si pozitivního vztahu ke světu a k sobě samému
 - vzniká z důvodu strádání ve formě stabilního a spolehlivého vztahu s matkou (matka nejevící zájem, zanedbává – nejcitlivější 0-3 let) (pozn. pokud je uspokojováno bezpečí a láska, dítě si pozitivní vztah normálně vytvoří)
 - → dítě se může uspokojovat jiným náhradním způsobem (zaměření se na jídlo, hromadění věcí apod.)
 - **důsledky**: neschopnost či snížená navazovat a udržovat trvalejší a spolehlivé vztahy s lidmi, neschopnost či snížená udržet si pocit vnitřní jistoty a vyrovnanosti
- **sociální** - nedostatek mezilidských kontaktů
 - emigrace v minulém režimu - když lidé utekli do jiné země (neuměl jazyk, děla podřadnou práci) - mohli dojít k deprivaci, než se aklimatizovali
 - dnes např. osoby dlouhodobě upoutané na lůžku v důsledku nemoci či postižení, dále např. i děti s ADHD, „vlčí“ děti
- **kognitivní** – deprivace v oblasti potřeby učení → výchovné a výukové zanedbání
- **senzomotorická** – strádání zapříčiněné nedostatkem podnětů a pohybu
 - dnes je situace lepší - ale pokud nemá tuto potřebu saturovanou --> hledá ho na sobě (kde ho bolí, jak se rána hojí, apod.)
 - nejčastější hlavně u dětí s postižením, dětí zanedbávaných, týraných, dlouhodobá hospitalizace, vězení

Podmínky vzniku deprivace

- = podmínky, za kterých dochází k psychické deprivaci dítěte, rozlišujeme na vnější a vnitřní
- **exogenní** (vnější)
 - **ústavní výchova, úplná kolektivní péče**
 - děti umístěné do dětského domova, výchovného ústavu či ústavu sociální péče
 - mají málo citových vazeb a důsledkem je, že zaostávají v různých oblastech (např. řeči a myšlení)
 - důsledkem úplné kolektivní péče bývá sociální nezralost (nesamostatnost) dětí
 - **částečná kolektivní péče**
 - doplňuje výchovu v rodině – jedná se o jesle, MŠ, stacionáře, školy apod. "
 - přizpůsobení dítěte vždy záleží na tom, jaká je jeho osobnost a za jakých okolností je do částečné kolektivní výchovy umísťováno
 - **deprivace v rodině**
 - mezi podmínky, za nichž dochází k deprivaci v rodině, řadíme např.:
 - nedostatek sociálně-emočních podnětů
 - nepřítomnost jednoho z rodičů
 - neschopnost rodiče navázat s dítětem citový vztah
 - psychická onemocnění rodičů
 - ženy-matky z náročných manažerských pozic, které role v domácnosti neuspokojuje
 - týrané děti
 - závislost v rodině – alkohol, drogy
 - **deprivace vzniklá v důsledku negativních jevů z širšího společenského prostředí**
 - dítě žije v rodině, ale je úplně nebo částečně izolováno od širšího společenského prostředí
 - druhým příkladem je přírodní katastrofa – dočasná separace dítěte od rodiny
- **endogenní** (vnitřní)
 - **vývojové podmínky jedince**
 - tzv. kritické období pro vytvoření citového příklonu k určité osobě je v kojeneckém období, v sedmém měsíci dítěte – aby dítě mohlo navázat specifický vztah k matce, musí umět rozlišit zrakem obličej matky od jiné osoby
 - **rozdíly podle pohlaví**
 - např. ve zralosti pro školu bývají chlapci častěji méně zralí než dívky, chlapci bývají více citově závislejší na matce
 - **konstituční (osobnostní) rysy**
 - temperamentové charakteristiky (aktivita, přizpůsobivost změnám, intenzita reakcí aj.)
 - Langmeier a Matějček rozlišili nejčastější typy osobnosti deprivovaných dětí
 - **sociálně hyperaktivní** (sociálně aktivní, tendence k mazlení a předvádění, příznačná je pro ně "lepivost" při navazování sociálního kontaktu, což odráží potřebu lásky)
 - **sociální provokativní** (domáhá se pozornosti provokací a agresí)
 - **útlumový** (apatický, sociální nezájem; je nejhorší ze všech typů - dítě nemá zájem o žádné kontakty, může skončit v ústavu pro mentálně retardované)
 - **dobře přizpůsobený ústavní péči** (dobře přizpůsobený citově chudému prostředí, v realitě může dojít k zahlcení city a dítě to nezvládne)
 - **substituční** (náhrada v jídle, škodolibosti, sexuálního uspokojení)
 - **patologické rozdíly**
 - jedná se o deprivací podmínky, které působí rozdílně na děti zdravé a na ty s postižením – jsou případy dětí, jejichž organické poškození může snižovat vnímavost dítěte vůči deprivaci – např. děti s těžkou mentální retardací

Projevy

- ovlivněné genetickými dispozicemi, primární zkušeností (zda byly všechny potřeby zabezpečeny do 3 let) a možností získat náhradní zdroj uspokojení
- mohou být velmi rozmanité (Pugnerová, Konečný- viz níže)

STÁTNÍ ZÁVĚREČNÁ ZKOUŠKA - PSYCHOLOGIE

- **opožďení ve vývoji** (nerovnoměrnost vývoje, změny v prožívání, chování a uvažování)
- **opožďení/zbrzdění kognitivního vývoje** (nemusí být postiženy, ale bývají nedostatečně využívány)
- **opožďení ve vývoji řeči** (opožďení po stránce skladebné a obsahové, chudá slovní zásoba, osobní zájmena se objevují později; pojmenují věci na obrázku, ale obtíže s dějem a smyslem; slabší sociální užití, neprochází obdobím otázek „proč?“; chybí sdělování zážitků, nadějí, těšení, přání do budoucna)
- **opožďení ve vývoji sociálních a hygienických návyků** (udržování čistoty, oblékání, sebeobsluha)
- **opožďení v oblasti hrubé a jemné motoriky** (horší ovládání hlavičky, schopnost sedět, samostatná chůze)
- **povrchnost v emocionalitě** (nediferencovanost citů a sociálních vztahů, povrchní vztahy, chudší duševní vzor)
- **menší schopnost samostatně** pracovat - rozptyluje se vedlejšími podněty, schopno rychlého pracovního zácviku
- **nezralost pro školu** (emoční nezralost, nezralost v pracovních a sociálních návycích, v grafomotorice)
- **delikvence** starších dětí a mladistvých (opakované a drobné krádeže, toulky, záškoláctví, lhaní, zlomyslnost, agresivita, samotářství, nedrží sliby, svádějí vinu na druhé, bez lítosti a pocitů hanby)

Následky (Vágnerová + Kvintová)

- **egocentrismus** – přirozeně typické pro předškolní věk, při vstupu do školy by se měl měnit v altruismus; pokud je dítě deprivováno – egocentrismus
 - **kognitivní, emocionální a jazyková oblast**
 - o chudší slovní zásoba, špatná jazyková citlivost – děti jdou do regrese = nejsou stimuly, neznají zdrobněliny
 - o zvýšená úzkostnost
 - **profesní uplatnění**
 - o školní prospěch pod úrovní schopností
 - o úroveň dosaženého vzdělání, dosažení ekonomické soběstačnosti, tj. schopnost pracovat
 - **partnerská a rodičovská role**
 - o problémy v partnerských vztazích
 - o rodiče bývají nejistí ve výchově svých dětí
 - o děti, které nezažily trvalý vztah, často v dospělosti střídají partnery - 20% dětí těchto rodičů skončí v DD; rodiče nejsou schopni zabezpečit jejich potřeby.
 - **obecná sociální adaptace**
 - o sociální nediferencovanost – přilnou ke komukoli = nekvalitní partneři
 - o neschopnost respektovat pravidla (i autority), užívat standardní strategie chování a stát se přijatelným členem společnosti – přijetí role dospělého
 - o podle Matouška se předpokládá, že 60 % lidí, kteří jsou ve vězení, byli v dětství citově deprivováni
- ⇒ Jedná se o měřítko zařazení do společnosti

Obranné mechanismy

- nevědomé mechanismy, které zkreslují skutečnost tak, aby ochránily ego jedince: racionalizace, útěk do fantazie, vytěsnění, projekce (promítám svá přání do někoho jiného)
- obranné mechanismy citové deprivace: změna objektu, substituce (jídlo, hromadění věcí, sexuální uspokojování), rezignace (útlum, apatie, nezájem)

Náprava

- hloubka a stálost citových vztahů, toleranci k poruchám, společnou životní perspektivu

PSYCHICKÁ SUBDEPRIVACE

- mírnější varianta deprivace

Definice

- variantou deprivační zkušenosti, která je v našich současných sociokulturních podmínkách mnohem častější
- **Z. Matějček**: dítě není v hierarchii hodnot rodičů na žádoucím místě
- riziko → obtížněji identifikovatelná (Matějček, Kovařík, Bubleová)
- často vzniká v úplných *dysfunkčních* rodinách (děti mohou mít dobré materiální zabezpečení, dobré vzdělání, ale mohou strádat v citové oblasti)

Projevy

- **snížená akceptace dítěte** - rodiče mluví o dítěti příliš kriticky, hodnotí je negativně, nenalézají nic pozitivního, minimální citová angažovanost v projevu rodičů
- **snížená empatie k dítěti** - rodiče nejsou schopni rozumět potřebám a pocitům svého dítěte, interpretují je nepřiměřeně
- **snížená frekvence interakce** - rodiče se dítětem příliš nezabývají, málo s ním komunikují, netráví s ním volný čas, dítě je doma často samo a nikdo si ho nevšímá

Důsledky

- faktory:
 - o **biologické** - menší odolnost k biologickým zátěžím, časté nemoci, úrazy, sklon k obezitě
 - o **psychologické** - oblast sociálních vztahů, horší postavení ve skupině, hodnocení jako rváči nebo zbabělci, často horší prospěch z nedostatku využívání IQ
- profesní důsledky:
 - o **profesní uplatnění** - má IQ potenciál, ale deprivace ho nerozvine (práce na nižší úrovni, než na co mají potenciál => frustrace -> delikventní parta
 - o **partnerská a rodičovská role** - když nemá svoji zkušenost s dlouhodobým kladným citovým vztahem, nemusí umět se tak chovat k ostatním (záleží kdy, jak dlouho je deprivováno – neustálé hledání lásky, až promiskuitní) - jsou i výjimky
 - o **obecná sociální adaptace** - adaptace na podmínky kolektivu je nižší/horší, přizpůsobivost pravidlům, zákonům a normám je obtížnější, nedostatek sebeovládání

Náprava

- **hloubka a stálost citových vztahů**
- **toleranci k poruchám a problémům ve vývoji dítěte**
- **společnou životní perspektivu**

SYNDROM CAN

- syndrom týraného, zneužívaného a zanedbaného dítěte
- CAN = Child Abuse and Neglect syndrome
- tělesné, psychické (emocionální) a sexuální poškození dítěte, které je výsledkem nenáhodného zásahu či zacházení s dítětem, a jehož nejvyhraněnější podobou je usmrcení dítěte
- CAN = jakákoliv nenáhodná aktivita osoby vůči dítěti v dané společnosti nepřijatelná, která poškozuje vývoj dítěte, popřípadě způsobuje smrt
 - o při **nehodě** (např. špatné usazení do sedačky - bouračka - následky) --> ~~syndrom CAN~~
- dítě je znevýhodňováno ve společnosti
- **máme ze zákona ohlašovací povinnost** --> rodič si nemůže dělat úplně vše co chce
- profesor Langmeier, Matějček, Dunovský
- 3 varianty:
 - o **zanedbávání dítěte** (nižší interakce, nedostatečné uspokojování jeho potřeb, citová deprivace, sociokulturní deprivace) – formy deprivace se mohou objevit, ale týrání je o level víc.
 - o **týrání fyzické či psychické** (nadměrné tělesné trestání, bití, psychické týrání)
 - o **sexuální zneužívání** (zneužití moci nad dítětem pro sexuální uspokojení dospělého)
- charakteristické znaky:
 - o dítěti je ubližování a ono fyzicky či psychicky trpí a tato zkušenost ohrožuje jeho další vývoj
 - o týrající osoby jsou velmi často jeho rodiče, kteří by měli být zdrojem jistoty a bezpečí
 - o znamená pro dítě jednak depriváční zkušenost a i silný stres
- obránné mechanismy (nevědomé)
 - o role špatného dítěte – dítě trest přijme, představa spravedlivého trestu, pocity viny
 - o lpění na týrajících rodičích – proč to tak je? Je to to jediné, co zná, neví, že se může mít lépe, je to jejich jediná jistota (i když špatná)

STÁTNÍ ZÁVĚREČNÁ ZKOUŠKA - PSYCHOLOGIE

- o opakování negativního prožitku – opakování traumatu, již zpracovaném ve fantazii, může dítěti přinést přijatelnější interpretaci, jak se se zátěží vyrovnat (při opakovaném traumatu snad dítě pochopí, proč tomu tak je, možná je i provokace dítěte k opakování např. výprasku)
- o Identifikace s agresorem – agresor ve škole a šikana
- etiopatogeneze:
 - o **makrosystém** (legislativa, média, celá společnost - například fyzické tresty,...)
 - o **mezosystém** (náboženství - např. prodej náboženských knih s matkou, škola,...)
 - o **mikrosystém** (výchovné styly - autoritářský, sociální status rodiny - chudé či velmi bohaté rodiny; rodiče – sklony reagovat násilím (psychopatici, duševně nemocní, alkoholici, toxikomani), soustředění na své problémy a dítě berou jako zátěž (nezaměstnaní, zatížení stresem, kompenzující si pocit méněcennosti), dítě na obtíž protože mají jiný hodnotový systém (kariéristi), trestání partnera přes dítě (v době rozvodu, partner si kompenzuje křivdy))
 - o **ontogenetický vývoj** (biologické zvláštnosti - postižené děti se výrazně častěji stávají oběťmi šikany, osobnost rodiče,...)
 - o **osobnost jedince** (agresivní, nezdrženlivý, dráždivý, výbušný, nezodpovědný, izolovaný, neuplatňující se ve společnosti, emočně chladný) → lze spatřovat snahu uspokojit různá nutkání a frustrace pravděpodobně již dříve narušené psychiky//nesrozumitelné chování (handicap, ADHD), nadměrně zatěžované, nesplňují očekávání, vymáhající uspokojování svých potřeb provokací)
- důsledky týrání:
 - o fixace negativního sebehodnocení (nízké a negativní sebevědomí)
 - o nedostatek sebedůvěry a nízké sebehodnocení
 - o destruktivní a agresivní tendence
 - o nebezpečí, že se samo stane týrajícím rodičem (40%)
- v současnosti se řadí:

Fyzické týrání

- problematika fyzického týrání není v ČR dořešena legislativně
- dělení:
 - o **tělesné týrání aktivní formou** – způsobuje dítěti fyzickou bolest zanechávající stopy
 - např. bití rukou či gumovou hadicí, popálení, opaření, kopání, kousání, řezání, kroucení a svazování končetin, nedostatek ochrany před násilím,...
 - o **tělesné týrání pasivní formou** – způsobuje dítěti fyzickou bolest nezanechávající stopy
 - např. dušení, otrava, opakované vystavování lékařskému vyšetření, sexuální zneužívání
- dle typu poranění:
 - o **zavřené**
 - **otřesy** (mozku – ztráta vědomí, míchý – třesení s dítětem za použití velké síly)
 - **pohmoždění**, kousnutí (viditelné na kůži, modřiny, odtržení kůže až pohmoždění vnitřních orgánů)
 - **vytrhávání vlasů**
 - **poranění svalů, cév, šlach, kloubů, kostí** (zlomeniny pažní nebo stehenní kosti do dvou let je zvláštní)
 - **poranění hlavy**
 - **poranění nitrobřišních orgánů** (poranění jater, sliznice, žaludku,...)
 - o **otevřené**
 - **rána na hlavě, nitrooční poranění, bolesti hlavy, závrať, bezvědomí**
 - **popáleniny**
 - **bolesti břicha**
 - **fraktury dlouhých kostí**
- nejčastěji v oblasti rodin, není zde láska ani soucit s dítětem
- při použití předmětu nevíme, jakou bolest cítí dítě (při použití ruky cítí bolest i rodič)
- **batole** - nelze se úplně vyhnout fyzickému nátlaku
 - o např. batole sahá na elektriku, leze z okna, bere nůž --> strhnutí batolete na zem, plácnutí přes ručičku
 - o je velmi důležité, aby matka byla na dítě jemná, milá, utěšující, hladila ho, mazlila se s ním --> v dospělosti se to odráží na sexuálním chování k partnerce/partnerovi

Psychické týrání

- vždy při fyzickém týrání dochází k emocionálnímu utrpení dítěte
- citová deprivace (v extrémním případě mohou psychicky týrané děti zemřít)
- v ČR zaznamenáno 10 000 psychicky týraných dětí

STÁTNÍ ZÁVĚREČNÁ ZKOUŠKA - PSYCHOLOGIE

- nejčastější formou - děti často vtaženy do konfliktu mezi rodiči
- patří sem:
 - **vtažení do konfliktu mezi rodiči** (např. dítě dostane od otce hračky/dárky, přijde k matce, která je vyhodí)
 - **ponižování**
 - **kritizování**
 - **zesměšňování**
 - takové **chování bez uspokojování potřeb dítěte** (žádná láska)
 - citová deprivace (u malých dětí), starší děti nemají uspokojené emocionální potřeby --> z těchto dětí se často v dospělosti stávají squatteři, závislí na drogách/alkoholu, bezdomovci
 - když nemá materiální zabezpečení (počítač, telefon, značkové věci) se sem též řadí, protože cílem je snížení sebe systému dítěte (cítí se méněcenný oproti ostatním)
 - **vnucení role** (*hyperprotektivita* - odepírání zodpovědnosti, samostatnosti a kontaktu s vrstevníky; *role dospělého člověka* - dítě nikdy nemůže převzít zodpovědnost za mladšího sourozence, domácnost a podobně)
 - **izolace** (např. třída splní úkol, jedno dítě úkol nemá - učitelka donutí dítě, aby úkol dodělalo a nebude hrát s ostatními hru)
 - **srovnávání** (např. "Tvůj sourozenec je lepší v", "Sousedovic Pepíček chodí s odpadky, ty ne....." - dítě, když uvidí Pepíčka, tak ho bude nesnášet, protože zhodnotí, že rodiče by měli radši Pepíčka. " "Já ve tvém věku....." - často slova rodičů)
 - **time out** (např. puberták vytáčí rodiče, rodič už cítí, že vybuchne - dá time out - oba odejdou a po chvíli se v klidu opět sejdou a problém vyřeší --> **NIKDY NE VÍCE NEŽ DEN** - jednalo by se o psychické týrání)
 - **upřednostňování** (např. kluci dostávají rohlík se šunkou, dcera pouze rohlík s máslem; nebo si dcera může vzít jogurt až po té, co kluci řeknou, že ho nechtějí)
- dopady na dítě:
 - stažení se do sebe, ustrašenost, úzkostnost, snadno se rozpláče
 - nízká sebedůvěra a sebehodnocení, vzdává se často
 - obtížně vyjadřuje svůj názor, požadavek, přání, nedokáže se prosadit
 - v jiném případě může jednat agresivně, v chování je patrné kopírování dospělých, kteří s ním takto zacházeli
 - problémy v jednání s lidmi, v mezilidských vztazích vůbec
 - výskyt poruch chování (lhaní, záškoláctví, útoky z domova,...)
 - psychosomatické obtíže (bolesti hlavy, břicha, kožní nemoci, zvýšená tělesná teplota neznámého původu,...)
- s psychickým týráním se můžeme setkat i v rámci širšího okolí – „**šikana**“ (ponižování, nadávky, zesměšňování), v současné době jde především o „**kyberšikanu**“ (šikanování na nových informačních a komunikačních technologiích – internet, mobil → sociální sítě apod.)
- **ŠIKANA** z francouzského slova "chicane" = zlomyslné obtěžování
- šikanování je agrese vůči jedinci v závislém postavení (někdo, kdo je slabší - nižší sociální status --> ne pouze ten fyzicky slabší, menší,...)
- úmyslné jednání, které je namířeno proti jinému subjektu a které snižuje jeho lidskou důstojnost (musí zde být jednoznačně úmysl --> dochází k snížení lidské důstojnosti oběti - zesměšňování, posmívání,...)
- stupně šikanování (Kolář Michal - doporučení si přečíst nějakou publikaci)
 - **ostrakismy** (střepiny)
 - objevují se všude (vytrhnutí stránky s úkolem, počmárání sešitu,...)
 - učitelé musí neustále své žáky kontrolovat (při potyčkách nemá smysl použít tresty, v tomto případě stačí napomenutí --> když děti přesáhnou určitou mez, je nutné zasáhnout a potrestat)
 - počítají se sem i nepěkné přezdívky, které snižují lidskou důstojnost dítěte
 - učitel nesmí používat přezdívky, když oslovuje, musí všechny stejně
 - **zvýšení agrese**
 - tehdy, když spolu děti tráví většinu času - školy v přírodě, letní tábory, dětské domovy, internáty, přetažení dětí ve škole (víceletá gymnázia, uzavírání známek, mnoho testů)
 - pokud je ve skupině pouze jeden agresor, nehrozí, že by se šikana přesunula do třetího stupně
 - **vznik jádra**
 - pokud má agresor alespoň jednoho příznivce, častokrát se šikana přesune právě do tohoto třetího stupně (agresor chce získat prestiž, pozornost, aby ho ostatní uznávali --> jádro útočí na oběť, ostatní pozorují a povzbuzují ho, tím pádem agresor získává vyšší sociální statutu)
 - poslední stupeň šikany, kdy je učitel schopen zasáhnout a něco udělat - měl by využívat sociometrie --> učitel musí být vnímavý
 - **vítězství agresorů**
 - neexistují bonzáctví, u ostatních dětí dojde též k touze po moci jako má agresor a přidávají se k němu (šikana je jako "virus")
 - učitel je nerespektován, ztrácí autoritu --> většinou nemůže nic dělat
 - **totalita**
 - oběť je ohrožena na životě (např. nacistické sklony / rozdělení třídy na vůdce, poddané,...)
- Proč se slušné děti nakonec přidají k agresorům?
 - pokud se šikana neřeší již od počátku a šikana dojde na čtvrtý stupeň - ostatní děti se stávají agresory
 - **kognitivní disonance** (nevhodný, neodpovídající vztah mezi poznáními - zahrnutý veškeré postoje, názory, přesvědčení, vědomosti a víra daného jedince)

STÁTNÍ ZÁVĚREČNÁ ZKOUŠKA - PSYCHOLOGIE

- označení pro výchozí stav, který vede aktivity orientované na snížení tohoto nesouladu
- člověk se snaží z tohoto nesouladu dostat
- **imitace** - malý kluk přijde do třídy a vidí, že ostatní kopají oběť - kluk se nezastane oběti --> změní své chování a přidá se k agresorům, přijdou ale silné emoce a kluk má pocity viny --> snaží si to rozumově vysvětlit - asi si to oběť zasloužila, dělají to všichni --> změní své chování, emoce a racion

Sexuální zneužívání

- CSA – syndrom sexuálního zneužívání (Child Sexual Abused syndrome)
- Každý akt vůči dítěti, vázaný na jakoukoliv sexuální aktivitu
- vtažení dítěte do sexuálního kontaktu za účelem uspokojení sexuálních potřeb pachatele
- u nás kategorie do 15 let
- typy:
 - **nekontaktní sexuální chování** – dotyčný mluví, co by rád s dítětem dělal, komentuje jeho tělo
 - **kontaktní sexuální chování** – **nepenetrativní aktivity** (dotýkání se, mazlení na genitálu či prsou předměty, rukou, genitálem), **penetrativní aktivity** (sexuální proniknutí prsty, genitálem,...)
- **pedofilie**
 - v překladu láska k dítěti
 - deviace
 - je velmi nepravděpodobné, že takový člověk unese, zneužije či zavraždí oběť (pokud má pouze tuto deviaci)
 - často tento člověk pracuje s dětmi (trenér, vedoucí,...) - hladí dítě, svléká a obléká ho, mluví s ním
 - *Kulhánek - zneužil a zavraždil chlapce --> měl ale více deviací - homosexuální pedofilní sadista*
 - *Kalínský (sbor v Praze, 17 letý sborníček) --> zatáhl si dívky ze sboru do svého hotelového pokoje - skončil ve vězení jako pedofil (ale pedofil si nevybere 14 letou atraktivní dívku, spíše 5 leté dítě... zřejmě nebyl pedofil, ale něco jiného)*
 - statistiky: oběti - 75% dívky / 25% chlapci; pachatelé - 95% muži / 5% ženy
- **incest**
 - pohlavní styk příbuzných (sourozenci, rodiče, prarodiče)
 - statistiky:
 - až 5x více případů máme na území ČR
 - 72% pachatel volí jinou aktivitu než koitální (z důvodu prokazatelnosti)
 - nejčastějším pachatelem je otec (80%)
 - 20% matek ohlašuje incest, 80% tvrdí, že neměly ani tušení
 - 20% matek to opravdu nevědělo a ihned to nahlásí, 80% to ví a neohlašuje
 - nejčastěji ohlašuje škola
 - spouštěčem je často matka - otec s ní nemá partnerský podsystém, a tak je otec nucen si tento podsystém vytvořit s dcerou (nejdříve se o dítě hezky stará, při zrání druhotných pohlavních znaků dítěte se začne projevovat)
- důsledky:
 - smrt dítěte - dítě není schopno zabránit traumatickým situacím a spáchá sebevraždu (není časté)
 - PPP - porucha příjmu potravy (běžná motivace: dívky chtějí být dokonale štíhlé)
 - u sexuální zneužívání je jiná motivace - nechtějí vypadat jako žena, aby se nelíbila
 - často mají tyto děti (dívky) mají problém najít si v budoucnu partnera
 - náhled na sexualitu – může být až promiskuitní chování
 - somatické potíže
 - behaviorální poruchy (chování)
 - emocionální poruchy
 - psychiatrické onemocnění - deprese, mnohočetná porucha osobnosti
 - **mnohočetná porucha osobnosti**
 - dítě pozná, když má dojít ke zneužití (matka odjela, má noční, apod.)
 - aktivně se nebrání -> **disociují trauma** (tělo nechají v pokoji a přesouvají se na jiné místo, kde jim je dobře) - jestliže se takto naučí reagovat v zátěžových situacích, v budoucnu je pravděpodobné, že bude mít mnohočetnou poruchu (2 a více osobností, kdy jedna nemá kontrolu nad druhou)
 - dítě nemusí mít přátelé (myslí si: doma mi ubližují, ve společnosti to bude to samé...)
 - mluví/má sexistické hlášky, dívky se líčí, nosí mini sukně, koketují,...
 - v kresebné technice se to dá rozpoznat (do 10 let)
 - souvisí to také s emoční deprivací dítěte
 - **sekundární viktimizace** – může se stát, že při projednávání zneužití, mohou být oběti sekundárně viktimizovány, oběť je pak traumatizovaná dvojnásobně i necitlivým vyšetřováním, musí se posoudit psychický stav oběti

Zanedbávání

- nedostatek péče o dítě – pasivní přístup k dítěti
- většinou toto souvisí s neuspokojeným materiálním zajištěním rodiny
- zabývá se tím OSPOD (*Informační portál pro orgány sociálně-právní ochrany dětí*)

STÁTNÍ ZÁVĚREČNÁ ZKOUŠKA - PSYCHOLOGIE

- dělí se na **těžké zanedbávání** (výživy či ohrožení zdraví a života dítěte) a **všeobecné zanedbávání** (v oblasti jídla, lékařské péče, hygieny, izolace od okolního světa, ...)

Systémové týrání

- selhání systému (*selhání státu*)
- např. stát sebral děti matce, která je týrala - byly v Klokanku a dobře se vyvíjely --> stát je dal sestře matky, Klokanku ale upozorňoval, že tato žena chce dávky a není vhodnou --> stát ji děti stejně přidělil - jedno nepřežilo
- např. stát často sebere dítě, které nebylo nijak týrané, ale měli např. problém, že se jim do pokoje nevešla další postýlka/není splachovací záchod/neteče teplá voda - místo toho, aby stát materiálně pomohl rodině (*ústavy vychází výrazně drahé, než by vyšla materiální pomoc -- > nyní se častěji tyto děti dávají do pěstounské péče*)
- např. výměna manželék - na deset dní odchází matka u dítěte (hlavně od malých dětí je to špatně)
- **sekundární viktimizace**
 - o vystavení dítěte nadbytečné psychické zátěži v souvislosti s vyšetřováním
 - o např. při vyšetřování říkali policisté slova jako penis, vagínu, koitus, apod. --> dítě je zmatené, prožívá trauma znovu - je natáčeno na kameru,...
 - o dítě by mělo být vyslýcháno jen jednou - natáčeno na kameru, aby se tento záznam mohl použít pro soudního znalce, u soudu a dítě se tak nemuselo účastnit
 - o vyšetřovatel pracuje s panenkami (Jája a Pája - maní všechny otvory a pohlavní znaky) - na kameru dítě ukazuje na panenkách k jakému kontaktu došlo

Rituální týrání

- **Munchausen - syndrom by proxy**
 - o takovému člověku chybí nemocniční péče ("láska")- pacient si nače různé diagnózy a jde do nemocnice, kde předstírá, že mu něco je ---> lékař se začne zajímat o zajímavou diagnózu a stará se o něj - snaží se přijít na to, co mu je (baron Prášil - předstírání nemoci)
 - o často se stává, že lidé týrají své děti a snaží se vyvolat příznaky různých onemocnění (*vpichují jim bakterie, že mají Aspergerův syndrom vsugerují psychologům, kteří jim ho potvrdí, dávají jim různé léky,...*) a chodí s nimi do nemocnice, všude říkají, co jim je, chtějí pozornost a aby se o ně lékaři starali

Zdroje:

- LANGMEIER a MATĚJČEK. Psychická deprivace v dětství
- PUGNEROVÁ, Michaela a Josef KONEČNÝ. *Patopsychologie se zaměřením na psychologii handicapu*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-3058-4.
- PUGNEROVÁ a KVINTOVÁ. Přehled poruch psychického vývoje, kapitola Psychická deprivace
- PŘIBYL, Hugo. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf, 2015. Jessenius. ISBN 978-80-7345-437-1.
- ŘÍČAN, Pavel a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Dětská klinická psychologie*. 4., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1049-8.
- SVOBODA, Mojmir, Dana KREJČÍŘOVÁ a Marie VÁGNEROVÁ. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-545-8.
- VÁGNEROVÁ, Psychopatologie pro pomáhající profese

NÁHRADNÍ PÉČE

19. Náhradní rodinná péče, systém a možnosti.

Definice (Matějček)

- forma péče o děti, kdy je dítě vychováváno „náhradními“ rodiči v prostředí, které se nejvíce podobá životu v přirozené rodině
- má nahrazovat prostředí přirozené rodiny
- u nás - adopce (osvojení) a pěstounská péče
- *pozn. pomocí NRP můžeme napravit a zmírnit dopady deprivace*

SYSTÉMY NÁHRADNÍ RODINNÉ PÉČE

- tvoří adopce (osvojení) a pěstounská péče, své místo zde zaujímá i ústavní péče
- než dojde k náhradní rodinné péči, dítě se dostane z vlastní rodiny – buď se „přičiní“ OSPOD (= orgán sociálně-právní ochrany dětí), nebo dětský lékař, škola, sociální pracovníce
- odnětí dítěte z rodiny vždy projednává soud a ten také pak určuje, zda bude dítě do rodiny vráceno



Adopce

- neboli **osvojení**
- považováno za nejdokonalejší formu náhradní péče
- zanikají práva a povinnosti biologických rodičů a vznikají nové vazby a práva a povinnosti k náhradním rodičům s tím, že automaticky vznikají vztahy náhradních rodičů (sourozenci, prarodiče apod.)
- náhradní rodiče jsou zapsáni do matriky do rodného listu
- kdy je možné adoptovat: děti musí být **právně volné** (buď biologičtí rodiče podepsali adopci, nebo byli zbaveni soudem), děti se mohou adoptovat i postižením/nemocí (noví rodiče s tím však musí souhlasit)
 - o před rokem 2006 pokud rodiče projeví zájem (třeba pošlou alespoň korespondenční lístek), tak dítě nemohlo být dáno k adopci → DNES je to tak, že rodiče mohou být zbaveni práv a povinností soudně
 - souhlasem rodičů, kteří se zřeknou práv a povinností
 - úmrtím rodičů
- podmínky k adopci: **přirozený generační rozdíl** mezi dětmi, **sezdání** pár (jedinec moc šancí nemá, pouze kdy např. souhlasí s dítětem z minority, postiženým dítětem), **trestní bezúhonnost**, **finanční prostředky**, bezpečné **zázemí**, absolvování **psychologických testů** → žádost bývá vyřízena často až několik let (3-5 let)
- **preadopční péče** - 3 měsíce probíhá zkušební doba, kdy se mají starat o dítě na své náklady, poté vzniká adopce (pokud zájem i správná péče trvá)
- kdo často adoptuje: bezdětné páry; rodiny, jimž dítě zemřelo, a další již nemohou mít biologickou cestou; rodiny s jedním dítětem
- odvolatelnost adopce:
 - o po uplynutí 3 let od rozhodnutí o adopci již nelze osvojení zrušit (do roku 2014 se dělilo na zrušitelné a nezrušitelné)

STÁTNÍ ZÁVĚREČNÁ ZKOUŠKA - PSYCHOLOGIE

- **zrušitelné osvojení** – do roku se mohou objevit poruchy a vady (osvojitelé mají právo znát vady), k adopci může jít i postižené dítě (většinou však jde do pěstounské péče)
- **nezrušitelné osvojení** – po uplynutí doby zrušitelného osvojení
- **kdy sdělit, že je dítě adoptované:**
 - Matějček („Co řekneme osvojenému dítěti“) doporučuje, aby dítě bylo o **adopci informováno**
 - nový občanský zákoník dokonce zavádí povinnost osvojitele informovat osvojence o tom, že byl osvojen, a to nejpozději do zahájení povinné školní docházky
 - osvojenému dítěti by se to mělo **vždy říct – 1,5 roku** skrz nějakou pohádku a později říci, pamatuješ si, jak jsme si povídali o,... a říci mu to; nebo například oslavovat "druhé narozeniny", kdy si dítě přinesli domů; říci mu to kladně (my jsme byly hrozně rádi, že jsme mohli získat takové miminko jako ty, nejkrásnější ze všech,...); pokud dítě bude hledat biologické rodiče, náhradní rodiče by to měli akceptovat
 - osvojitelé se často obávají pubescence – strach, že jim to dítě „vmete“ do tváře – není důvod neříct dítěti již malému, zjištění v pubertě mnohem horší následky – útěky z domova

Nečekat, až se bude dítě ptát. Vhodná doba pro sdělení jsou 3 roky (i předškolní věk). Není vhodné čekat do školního věku, min. před zahájením povinné školní docházky by to mělo dítě vědět, i sociální okolí.

Pozdější sdělení je vždy problematické. Se zvyšujícím se věkem dítěte může nastat zásadní obrat ve vlastním původu, rodičích, dětství. Dítě bývá křečovitě, šokované ze ztráty jistoty. Může vzniknout napětí, které se mění v agresivitu zaměřenou proti rodičům.

Jak navodit, tak závažné sdělení. Doporučuje se nepřipravovat situaci, spíše využít pohádku o dětech, v televizi, povídání babičky nebo dědečka o svém dětství a navázat na ně vlastním vyprávěním „Jak jsme si tě vzali z kojeneckého ústavu...“ (nazývat věci pravými jmény) „... nemohli jsme mít děti a po dětech jsme hrozně moc toužili. Šli jsme do jednoho ústavu, kde jsou děti, které nemají svoji maminku a svého tatínka. A byl tam takový kluk, tak hezky se na nás díval, a my jsme si řekli, že bychom chtěli jenom toho a žádného jiného. A to jsi byl ty! A od té doby jsme byli tvoje maminka a tatínek. A když jsme tě dostali, to byl nejkrásnější den našeho života! Měli jsme hrozně velikou radost!“ Rodiče pak mohou s citem přidávat informace a vysvětlení podle otázek dítěte, ale nesmí nic měnit: například mohou vysvětlit, co je to kojenecký ústav, že tam bydlí děti, jimž maminka a tatínek umřeli nebo byli nemocní, takže se o ně nemohli starat, takže si tam chodí pro děti lidé, kteří děti mít nemohou a moc by nějaké chtěli apod.

Nejšťastnější den života. Takto bývá označen den, kdy rodiče dítě přijali, takže v některých adoptivních rodinách jsou to druhé narozeniny dítěte, které se slaví.

Rodina se může vydat do ústavu, ve kterém si dítě vyzvedli. Je lepší tento den připomínat než zatajovat.

O biologických rodičích se zásadně neříká nic špatného. Rozhodně se nedoporučuje vyvolat v dítěti vděčnost zdůrazňováním špatných vlastností biologických rodičů. Opuštění dítěte biologickými rodiči je vhodné svést na přítomnost nemoci (nemoc morální, duševní). V případě této rady se doporučuje zdůrazňovat společné prožitky adoptivních rodičů a dítěte od raného dětství („... to jsi byl ještě takhle malinký...“ apod.). Nenavádět dítě k tomu, co má říkat, pokud by se někdo ptal.

- zákon a mezinárodní smlouvy umožňují **mezinárodní osvojení**
 - přichází v úvahu v případě, že se nedaří najít dítěti rodinu v zemi původu
- v dnešní době lze dítě adoptovat i v pozdějším věku, ale běžně k tomu moc často nedochází
 - u starších dětí v předškolním věku dochází spíše k pěstounské péči
 - jsou rodiče s handicapem a přímo požadují dítě s tím samým handicapem – opět se tato situace objevuje minimálně
- v zákoně je možnost, že si dítě osvojí jedinec, ale nestává se to (preferencí sezdaných, téměř podmínka)
- osvojení dítěte manžele matky – náhradní rodiče se rozvedou, matka si najde nového partnera, ten může dát návrh k osvojení, když se původní otec zřekne práv a povinností

Pěstounská péče

- většinou se týká starších dětí, které nejsou vhodné pro adopci, neboť např. nejsou zcela zdravé, jsou z odlišného etnika nebo jsou ze sourozenecké skupiny či nejsou právně volné (rodiče se o děti zajímají, ale nemají podmínky pro jejich výchovu)
- určitou **formou smlouvy mezi státem a rodinou** v tom smyslu, že podléhá kontrole státních úředníků (na rozdíl od adopce)
- dohled je zajišťován OSPODem prostřednictvím sociálních pracovníků

- pěstouni **nemají rodičovská práva** a **nemají** vůči dítěti **vyživovací povinnost**, **nejsou zákonnými zástupci** dítěte (práva a povinnosti zůstávají biologickým rodičům)
- při svěřením dítěte do pěstounské péče nemusí být rodiče zbaveni rodičovských práv
- většinou je dítě (max. tři děti) svěřeno do vhodné přirozené rodiny – preferována je úplná rodina, ale ani ženy-samoživitelky nejsou vyloučeny z řad žadatelů
- **nezprostředkovaná – individuální pěstounská péče**
 - o prostřednictvím **prarodičů**
 - o prostřednictvím **ostatních příbuzných** (tet, strýců)
 - o oba pěstouni vykonávají svá zaměstnání
- **zprostředkovaná**
 - o **individuální pěstounská – klasická pěstounská péče**
 - prostřednictvím cizích osob (jako dlouhodobé řešení)
 - oba pěstouni vykonávají svá zaměstnávání
 - o **skupinová pěstounská péče**
 - prostřednictvím pěstounských rodin (pěstounské páry, tzv. na principu manželském, „velké rodiny“) a SOS dětských vesniček (matky-pěstounky, tzv. na principu mateřském, „dětské vesničky“)
 - **SPP na principu manželském** (velké rodiny) vznikla koncem 60. let minulého století
 - do roku 1973 nazývána „dětským domovem rodinného typu“
 - pěstouni vychovávají skupinku maximálně 8 dětí různého věku, sourozeneckých dvojic/trojic
 - pěstounka dostává finanční příjem, PP je v podstatě její „pracovní“ náplní
 - **SPP na principu mateřském**
 - reprezentována tzv. **SOS dětskými vesničkami**
 - první vesnička vznikla v roce 1949 v rakouském Imstu (doktor Herman Gmeiner) – péče o ohrožené děti, které byly z různých důvodů vytrženy ze své původní rodiny (původně zejm. po válce)
 - první SOS dětská vesnička u nás vznikla podle zahraničních vzorů v Doubi u Karlových Varů (1970), druhá u Bystřice pod Hostýnem a třetí v Brně
 - v SOS dětských vesničkách žije asi 90 dětí
 - uměle vytvořené městečko/vesnička, dělá se nábor na matky pěstounky, které zde bydlí, je zde chůva (dochází každá den do práce), odborná pomoc (odborníci - speciální pedagog, logoped, lékař,... - dojíždí do městeček a řeší problémy dětí)
 - mužský činitel by měl být zastoupen vedoucím dětské vesničky-mužem a dále údržbářem (někdy vznikly manželské dvojice, které buď z vesničky odešly a působily jako velká rodina, nebo ve vesničce zůstaly) a dále tam jsou tzv. tety (pomocnice)
 - matkami se stávají často ženy vdovy, které mohou mít i děti - často bydlí daleko nebo v zahraničí a ženy mají potřebu se o někoho starat, ženy, které nemohou mít děti a jsou bez přítele/manžela
 - matka pěstounka by tam měla být celou jednu generaci, pak může odejít
 - v samotných domcích žije v průměru 8 dětí, navštěvují MŠ a ZŠ v místě bydliště s ostatními dětmi z okolí
 - o **pěstounská péče na přechodnou dobu!!!** (důležité)
 - legislativně upravena od roku 2013, zájem o tento typ péče stoupá (2015 – 421 dětí)
 - služba placená státem
 - vychází z poznatku, že výchova v rodině je pro novorozence nenahraditelná a psychologové poukazují na to, že i „cizí“ rodiče jsou lepší než pobyt v kojeneckém ústavu – nejčastěji jde o děti ve věku novorozeneckém a kojeneckém
 - profesionálním pěstounem může být vždy jeden z partnerů (obvykle to bývá manželka)
 - rodina si dítě nevybírám, přijímá takové, které je třeba umístit do rodiny

STÁTNÍ ZÁVĚREČNÁ ZKOUŠKA - PSYCHOLOGIE

- doba pěstounství je různá, může to být v rozmezí např. od 2,5 měsíce až po téměř rok (z psychologického hlediska se dbá na to, aby předání dítěte proběhlo ještě dříve, než dojde k separační úzkosti, tj. kolem sedmého až osmého měsíce)
- pěstouni se starají o novorozence nebo kojence až do doby, kdy se stane dítě tzv. právně volné a najdou se vhodní rodiče (adopce)
- **hostitelská péče**
 - krátkodobá a časově určená náhradní péče o děti, které nejsou tzv. právně volné
 - náhradní rodiče si berou dítě z ústavu kolektivní péče například na víkend, Vánoce nebo prázdniny (vždy však v předem určeném termínu dítě vrací do ústavu kolektivní péče)
 - je určen starším dětem žijícím dlouhodobě v ústavní péči (tyto děti potřebují prožívat a poznávat běžný život ve funkčních rodinách)
 - dítě, které má navázány vztahy v hostitelské rodině, může získat svou kotvu v životě
 - pozitivem tohoto typu péče je možnost pochopení pojmu rodina
 - není dosud právně ukotven
- **poručenství**
 - jedná se o speciální formu pěstounské péče (v pěstounské péči se ocitne dítě právně volné)
 - pěstouni se mohou stát zákonnými zástupci dítěte, ale nejsou uvedeni v jeho rodném listě (tam zůstávají jména biologických rodičů dítěte)
 - skládají vůči dítěti tzv. poručenský slib, ve kterém se zavazují k převzetí rodičovské zodpovědnosti a ke správě majetku dítěte
 - poručenství ustanovuje soud, pokud rodiče dítěte zemřou nebo jsou zbaveni rodičovské odpovědnosti
 - zaniká:
 - zletilostí dítěte
 - zletilostí rodiče v případě, že byl rodič nezletilý
 - osvojením nezletilého dítěte
 - pravomocným rozhodnutím soudu, kdy se rodiči navrací plná způsobilost k právním úkonům
 - pravomocným rozhodnutím soudu, kdy se rodiči navrací rodičovská zodpovědnost
 - smrtí nezletilého či poručníka
 - pravomocným rozhodnutím soudu na žádost poručníka
 - rozhodnutím soudu z jiných důvodů

Ústavní péče

- vedle adopce a pěstounské péče existuje další forma náhradní rodinné péče, a to úplná kolektivní péče
- taková forma péče o děti, jež nemohou být vychovány ve své vlastní rodině a nejčastěji jsou vychovávány v péči ústavní, většinou až do své dospělosti
- klasickými modely ústavní výchovy jsou dětská zařízení v resortu školství:
 - **dětské domovy**, (3 – 18 let)
 - popř. ukončení přípravy na povolání, tzn. statut studenta (26 let)
 - **Fond ohrožených dětí** (Klokánky)/**dětská centra** (Ostrůvek, Chovánek) (do 3 let)
 - dříve: **kojeneckých ústavech** a do 3 let v **batolecích domovech** spadajících do MZ
- skladba dětí: děti s postižením, romské děti, děti zatížené sociální patologií a alkoholismem (rodiče dětí nejsou schopni plnit rodičovské role)
- děti se často vyznačují výraznou sociální nevyzrálostí a malou sociální zkušeností
- pozn.: další formou ústavní péče jsou např. **ústavy sociální péče**, které přijímají děti s těžším stupněm mentálního postižení nebo kombinacemi postižení smyslového, tělesného a mentálního, jež nemohou vyrůstat v rodině
 - jedná se o různé typy zařízení s trvalou péčí
 - spadají do resortu Ministerstva práce a sociálních věcí

Střípky z historie kojeneckých ústavů

- původně umisťovány děti převážně ze zdravotních důvodů (s nízkou porodní hmotností, vyžadující umělou výživu a děti, které bylo nutné izolovat od nemocných rodičů (tuberkulózních) apod.)
- od začátku 60. let se pojetí kojeneckých ústavů změnilo a původní zdravotní důvody byly nahrazovány čím dál více sociálními.
- v 70. letech klesl počet dětí přijímaných do těchto zařízení díky politickým opatřením ve smyslu materiální stimulace rodin ve prospěch péče o děti.
- 80. léta – vlna přibývání dětí → čím dále větší výskyt dětí s postižením
 - o začal se objevovat nový fenomén – opuštěné dítě
 - o do kojeneckých ústavů byly přijímány někdy (krátkodobě) děti i se svými fenomén – *opuštěné postižené dítě*, který trvá dodnes, v důsledku *práva rodičů na zdravé dítě*
 - o do kojeneckých ústavů byly přijímány někdy děti i se svými matkami ze zdravotních a sociálních důvodů (dnes azylové domy pro matky s dětmi)
- v každém zařízení pracoval dětský lékař a psycholog (podílel se na diagnostice a pozorování dítěte)
- o děti od 3-5 let pečovaly buď zdrav. sestry nebo tety (vzdělané v pedagogice a psychologii)

Právní úprava náhradní rodinné péče

- primárně upraveno zákonem č. 89/2012 Sb. (občanský zákoník) a zákonem č. 359/1999 Sb. (zákon o sociálně-právní ochraně dětí)
- **základní vnitrostátní normy**
 - o Listina základních práv a svobod – čl. 32 odst. 4 – Děti mají právo na rodičovskou výchovu a péči. Práva rodičů mohou být omezena a nezletilé děti mohou být od rodičů odloučeny proti jejich vůli jen rozhodnutím soudu na základě zákona
 - o zákon č. 89/2012 Sb. občanský zákoník
 - o zákon č. 359/1999 Sb. zákon o sociálně-právní ochraně dětí
- **další vnitrostátní normy upravující nebo dotýkající se institutu náhradní péče**
 - o zákon č. 117/1995 Sb. o státní sociální podpoře
 - o zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách
 - o zákon č. 109/2002 Sb. o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních
 - o zákon č. 110/2006 Sb. o životním a existenčním minimu
 - o zákon č. 111/2006 Sb. o pomoci v hmotné nouzi
 - o zákon č. 292/2013 Sb. o zvláštních řízeních soudních
 - o zákon č. 99/1963 Sb. občanský soudní řád
 - o vyhláška Ministerstva práce a sociálních věcí ze dne 17. prosince 2012 o provedení některých ustanovení zákona o sociálně-právní ochraně dětí
 - o normativní instrukce Ministerstva práce a sociálních věcí ČR č. 5/2013 s účinností od 4. 2. 2013 týkající se dávek pěstounské péče
- **základní mezinárodní úmluvy a předpisy komunitárního práva** přímo upravující nebo dotýkající se institutu náhradní rodinné péče, jimiž je Česká republika vázaná:
 - o Úmluva o právech dítěte – respektovat rodinu jako základní jednotku společnosti a jako přirozené prostředí, ve kterém se mohou rozvíjet a prospívat všichni její členové, zejména pak děti
 - o Úmluva o ochraně dětí a spolupráci při mezinárodním osvojení
 - o Listina základních práv EU
 - o nařízení Rady (ES) č. 2201/2003 ze dne 27. 11. 2003, o pravomoci a uznávání a výkonu rozhodnutí ve věcech manželských a ve věcech rodičovské zodpovědnosti (nařízení Brusel II)

Zdroje:

- PUGNEROVÁ a KVINTOVÁ. Přehled poruch psychického vývoje, kapitola Psychická deprivace
- VÁGNEROVÁ, Psychopatologie pro pomáhající profese

PSYCHOLOGICKÉ ZVLÁŠTNOSTI OSOB S MP, DEMENÍ, KDS

20. Psychologické zvláštnosti vývoje dětí s mentálním postižením; demence, Kannerův dětský autismus.

MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ

Terminologie

- MKN 10 → mentální retardace – MKN-11 → vývojová porucha intelektu
- DMS V → mentální postižení
- dříve **oligofrenie** (slabomyslnost)
 - o pojem popsal Matějček 1987 (poprvé ho zmínil v roce 1975)
 - o pozorována u dětí z rodin, kde není dítě v hierarchii hodnot rodičů na žádoucím místě
 - o mírnější, skrytá forma deprivace
 - o má ovšem závažné dlouhodobé důsledky
 - o viz tzv. pražská studie o nechtěných dětech (Dytrych, Matějček, Shüller, 1975) - dítě rozvod zažívá na vyšší úrovni vývoje a prožívá t s oběma rodiči, nešlo tedy o deprivaci, protože nebyla od mala – v této skupině se tedy klasická subdeprivace neprokázala (spíše je dítě neurotické)
 - o další studie Matějčka a kol.: otec alkoholik, osamělé matky, rozvedené rodiny v dnešní době častější
- **opožděný psychický vývoj**
 - o přechodná porucha dynamiky psychického vývoje, která vzniká z vnitřních příčin a vyrovnává se při postupné péči
 - o vyskytuje se u předčasně narozených dětí, s nízkou porodní hmotností, po delším somatickém onemocnění...
 - o psychické opoždění se může vyskytnout pouze v některém vývojovém období, bez zjevné vnitřní či vnější příčiny → v následném období dochází k vyrovnání stavu
- **opožděný psychický vývoj při psychické deprivaci // zanedbaný vývoj**
 - o dochází k němu v rámci závažného projevu psychické deprivace (zejména kognitivní a senzorické) jako důsledek dlouhodobého neuspokojování psychických potřeb (hlavně přísunu podnětů potřebných pro intelektový rozvoj)
 - o vývojové opoždění z důvodu zanedbávání rodičovské péče
 - o můžeme jej zaměnit za mentální postižení (viz např. šternberská dvojčata) → nejde o MP, ani vrozený handicap, spíše o sociální poškození vývoje rozumových schopností
 - o dříve **pseudooligofrenie** = tedy zdánlivá mentální retardace z důvodu bezpodnělného prostředí, ve kterém se dítě nemůže rozvíjet natolik, aby byl plně využit jeho potenciál
- **disharmonický vývoj**
 - o nápadně nerovnoměrný vývoj, kdy je dítě nadprůměrně vyvinuté v jedné oblasti, ale v ostatních zaostává (př. nadprůměrná rozumová oblast, sociální opoždění)
 - o může být projevem začínající organické nebo jiné nemoci (např. schizofrenie) nebo poruchy osobnosti
- **mentální retardace/postižení**
 - o = *organické narušení CNS, které má za důsledek snížení inteligence a snížení dalších schopností – zdůraznění a adaptabilita*
 - o nedostatečný rozvoj intelektových schopností, jehož závažnost posuzujeme podle hloubky postižení (lehká, středně těžká, těžká, hluboká) – různá kritéria (např. IQ kvocient)
 - o **Vágnerová**: souhrnné označení vrozeného postižení rozumových schopností vyznačující se neschopností porozumět svému okolí a přizpůsobit se mu; jde o trvalé postižení, ale je možný posun (omezený)

Etiologie

ENDOGENNÍ FAKTORY

- (vnitřní) - chromozomální aberace a genetické mutace
- dle mnohých odborníků se právě u mentální retardace uplatňuje výrazný podíl vlivu dědičnosti
- do dědičných vlivů řadíme nejen po předcích zděděné nemoci (hlavně metabolické poruchy), které postupně vedou k mentálnímu postižení, ale také to, když dítě dědí po rodičích nedostatek vloh k určité činnosti

- **dědičnost/dědičné vlivy**
 - **polygenní způsob**
 - důsledkem lehčí poruchy inteligence
 - rodiče mívají snížené rozumové schopnosti (krajní varianta normy), nevytvářejí podnětné prostředí pro rozvoj dítěte
 - **monogenní způsob**
 - důsledkem závažnější poruchy inteligence s větší variabilitou
 - např. hydrocefalus, metabolické poruchy (fenylketonurie), Hurlerův syndrom (genet. onemocnění, které postihuje psychické i fyzické schopnosti člověka, často zapříčiňuje smrt v raném pubertálním věku)
 - tyto poruchy inteligence vznikají druhotně jako důsledek dědičnosti, mnohdy postupně
 - dieta, operace – možnost zabránit postupu onemocnění, ale genetický vklad zůstává
 - **chromozomální odchylky**
 - velikost nebo struktura chromozomu se liší od normy
 - př. závažné syndromy, které nejsou slučitelné se životem (např. Downův syn.)
 - **Downův syndrom**
 - trizomie 21. chromozomu
 - **charakteristika:** zavalitější postava, menší hlava, úzká, šikmá oční víčka, výrazná kožní řasa ve vnitřním koutku oka, malá, pootevřená ústa, mohutnější krk, široké ruce s krátkými prsty, nízký vzrůst, časté srdeční a smyslové vady. Intelektově většinou v pásnu středně těžké MR, dobrá schopnost socializace
 - **Williamsův syndrom**
 - delece 27 chromozomů na dlouhém rameni chromozomu 7s
 - **charakteristika:** „Elfí podoba“ (široké čelo, ploché, krátký nos, široká ústa s plnými rty), MR, dobré jazykové schopnosti, dobře rozlišují obličej a jsou sociabilní, úzkostní, hyperaktivní, zájem o hudbu, citliví na zvukové podněty
 - **Angelmanův syndrom**
 - „Syndrom šťastné panenky“ – působí dojmem šťastného dítěte
 - **charakteristika:** světloloslá, modroocí s vyčnívající bradou a špičatým nosem), opožděný vývoj motoriky, nejistá chůze, epileptické záchvaty, řeč se nevyvíjí, bezdůvodný smích, úsměv
 - **Prader-Willi syndrom**
 - (většinou delece) 15. paternálního chromozomu (tedy pocházejícího od otce)
 - **charakteristika:** malá postava, krátké končetiny, úzké čelo, buclatost, drobní, hypotoničtí, málo pigmentová kůže; po 2. roce nadměrná konzumace jídla – obezita, pro získání jídla jsou agresivní, kradou ho; dráždiví, vzteklí, impulzivní se sklony k sebepoškozování, nemají zájem o sociální kontakt
 - MP v návaznosti na pohlaví je nejtypičtějším případem **syndromu lomivého X**
 - postihuje nejčastěji chlapce, přenáší se z generace na generaci
 - **charakteristika:** velké uši, čelo, brada; důsledkem je MP, porucha socializace, poruchy chování, impulzivita, nadměrná dráždivost, sebezraňování, vyhýbání se očnímu kontaktu, lidem, konfliktní k vrstevníkům

EXOGENNÍ

- vnější, působí od početí, v průběhu celé gravidity, porodu, poporodního období i v raném dětství
- mohou, ale nemusí být bezprostřední příčinou poškození mozku nebo plodu dítěte, patří sem:
 - **anorganické příčiny** – fyzikální (mechanické působení, vlivy záření), chemické (vlivy léčiv, jedů, chemických látek)
 - **biologické příčiny** – působení virů, bakterií, plísní, negativní symbiotické vlivy způsobené soužitím matky a plodu
 - **psychosociální příčiny** – negativní vlivy výchovy v rodině, ve škole a jiných výchovných zařízeních (Kysučan, Kuja, 1996)
- **prenatální faktory**
 - **průběh těhotenství**
 - životní styl (alkoholismus, drogy, špatná výživa – veganství), nedostatek vitamínů
 - další teratogenní faktory = škodlivé vlivy, kterým je plod vystavován prostřednictvím matky, lékařů a jiných vnějších vlivů (ionizující záření, RTG záření, léky apod.)

STÁTNÍ ZÁVĚREČNÁ ZKOUŠKA - PSYCHOLOGIE

- onemocnění (virová, toxoplazmóza, zarděnky, infekční - hepatitida, pohlavní choroby)
- pokud je žena starší, měla by navštívit genetickou poradnu
- měl by se průběžně sledovat stav těhotenství
- **perinatální období** (těsně před, během a těsně po porodu)
 - předčasné porození, nízká hmotnost, přiškrcení, uvíznutí v rodidlech - protražovaný porod = dlouhodobí porod, mechanické poškození, hypoxie/asfyxie (snížený přísun kyslíku do mozku/žádný kyslík v mozku) → odumření buněk
 - malé děti, které se narodí s postižením, se dají do inkubátoru, postupně se schladí na 35 stupňů, kde zůstávají 2 dny, poté se opět postupně rozežřeje → je to kvůli zpomalení aktivity mozku, kdy nemusí docházet k odumírání buněk
- **postnatální období** (po narození - do 2/3 let)
 - značná multifaktoriálnost, biologická postnatální poškození, pro která jsou typická pro virová onemocnění (meningoencefalitida, klíšťová encefalitida, meningitida, virózy různého typu apod.), mechanické vlivy jako traumata, mozkové léze při nádorovém onemocnění, onemocnění vedoucí k deterioraci inteligence (Alzheimerova choroba, Parkinsonova choroba, alkoholové demence, schizofrenie)
 - psychosociální postnatální poškození, která jsou způsobena negativními psychosociálními vlivy, jež mohou vést ke vzniku neuróz, emočních a smyslových deprivací, k narušení sociálních vztahů, k celkovému narušení mentálního a sociálního vývoje apod., (senzorická, citová, sociokulturní deprivace, děti vyrůstající v nepřátelském, nepodnětném rodinném prostředí, institucionální péči)

Klasifikace

Dle etiologie (viz výše)

Dle závažnosti postižení

- užívá se hodnocení dle MKN-10 → je základem v diagnostice, pro lepší vzdělávání
- součástí 5. Kapitoly nazvané „Poruchy duševní a poruchy chování“ zařazené pod písmeno F (00-99)
- **F70-F79 mentální retardace**
 - stupeň mentálního postižení je dán orientačně výškou inteligenčního kvocientu
 - pro výpočet hodnoty IQ se používá vzorec $IQ = \text{mentální věk} \div \text{chronologický věk} \times 100$
 - v závorce je uveden dřívější název (v MKN-8)
 - inteligenční kvocient bývá měřen individuálními inteligenčními zkouškami: Wechslerovy stupnice pro děti či dospělé, inteligenční škály L. M. Termana a M. A. Merrillové
 - měření škálami určuje stupeň mentální retardace jen přibližně
 - v MKN-9 došlo ke stanovení hranice poruchy na IQ 70
 - v kódu rozlišujeme i postižené chování u těchto klientů, a to přidáním další číslice za tečku s číslicí vyjadřující **stupeň postižení**
 - 0 – **žádné** či **minimálně** postižené chování (např. F71.0 – středně těžká MR bez poruch chování – např. u klienta s Downovým syndromem)
 - 1 – **výrazně** postižené chování

F70	Lehká mentální retardace (debilita)	50 - 69
F71	Středně těžká mentální retardace (imbecilita)	35 - 49
F72	Těžká mentální retardace (idioimbecilita, prostá idiocie)	20 - 34
F73	Hluboká mentální retardace (idiocie, vegetativní idiocie)	nejvýše 20
F78	Jiná mentální retardace	často s jiným postižením - kombinace
F79	Neurčená mentální retardace	odmítá spolupracovat, hluboká retardace - leží

- užívá se hodnocení dle MKN-10 → je základem v diagnostice, pro lepší vzdělávání
- slaboduchost (**mírná duševní zaostalost**, nízké IQ 80-70 – hraniční pásmo)
 - pásmo IQ pod nižším průměrem
 - vzdělávání na běžných ZŠ, školní výsledky slabé
 - vykonávají intelektově nenáročnou práci nevyžadující změny a samostatnost v rozhodování
 - př. nerovnoměrně snížených mentálních schopností je tzv. **syndrom idiot savant** (salonní blb)
 - člověk mírně slabomyslný, některé mentální schopnosti dobře rozvinuty (př. paměť), jiné vážnou.
 - jedinec však čte noviny, sleduje módní rubriky a poznatky pak užívá ve společnosti bez vlastního porozumění. Budí dojem vzdělaného, inteligentního člověka
- **lehká mentální retardace (F 70) IQ 69 – 50**
 - asi 70-80% všech MR, 2,6% v populaci
 - velký vliv má dědičnost
 - dřívější terminologie: lehká slabomyslnost (oligofrenie), lehká subnormalita, debilita
 - u dospělých orientační mentální věk 9-12 let
 - v tělesné stavbě se tyto jedinci **nemusí odlišovat** od populace s běžným intelektem
 - somatické vady a poruchy motoriky jsou spíše ojedinělé
 - jelikož jejich tělesné zrání bývá často v rozporu s mentálním deficitem a sociální nezralostí, tak může dojít k určitému zneužití jedinců
 - vývoj: i když dochází během ontogenetického vývoje v daných oblastech k **mírnému opoždění** (cca do 3 let)
 - opoždění vývoje dítěte nemusí být hned od počátku zachyceno
 - retardace se stává zjevnou až na vyšších vývojových úrovních
 - opožděná kresba, zvědavost je na nižší úrovni
 - **opožděný vývoj řeči**
 - **opoždění v určitých sociálních návycích**, ale sociální vazby udržují
 - **vyšší emoční labilita**
 - častá afektivní labilita, popudlivost, impulsivita, pasivita, úzkostnost
 - sebeobsluha: většinou **úplné nezávislost** v **sebeobsluze** a v péči o vlastní osobu, tj. v oblasti stravování, hygieny, oblékání a v praktických dovednostech každodenního života
 - diagnóza, pokud nejde o kombinované postižení, bývá často **stanovena až v předškolním věku**, nebo někdy až po nástupu do školy, kde dítě selhává
 - prochází MŠ bez problémů, neselhávají – činnosti, které nevyžadují abstraktní myšlení
 - běžně se stává, že dítě projde MŠ a nedojde k diagnostice, jsou mnohdy považovány za děti, které jsou vývojově opožděné – neřeší se to
 - ZŠ – testování školní zralosti (řada jedinců jsou odchyceni)
 - pokud to neodhalí školní zralost, tak se to objeví jako problém v prvním ročníku (začíná se pracovat s abstraktním myšlením)
 - většinou navštěvují ZŠ speciální nebo běžnou základní školu (ne všechny děti s mentálním postižením uspějí v normální škole (vypadla základní škola praktická)
 - vzdělávání: většinou jen **problémy ve výuce** (zvládání školních nároků, zjm. teoretická část práce; obtíže se čtením a psaním)
 - snížená schopnost/neschopnost abstrakce (obecně abstraktní pojmy jsou špatně pochopitelné),
 - logického usuzování
 - časté jsou specifické vývojové poruchy učení (dysgrafie, dyslexie)
 - vzdělatelní ve speciálních/běžných ZŠ (pracují s asistentem pedagoga)
 - zaměstnání: mohou vykonávat **méně kvalifikované, nekvalifikované manuální práce**
 - samostatnost: schopni samostatného života, vhodnější je však život ve skupinkách nebo pod dohledem
 - komorbidita: často se k tomu přidává i autismus, epilepsie, poruchy chování – ale ne v takové míře
 - podpora: potřebují **sociální i emocionální podporu**

- **středně těžká MR (F 71) IQ 49 – 35**
 - 12% všech MR, 0,4% z populace
 - u dospělých orientační mentální věk 6 – 9 let (dosahují mentální úrovně dítěte předškolního věku)
 - dřívější terminologie: střední mentální subnormalita, střední slabomyslnost, imbecilita
 - vývoj: **opožďování vývoje** bývá zaznamenáno již v kojeneckém, nejpozději v batolecím období
 - **myšlení je omezené**
 - paměť je mechanická, nejsou schopni abstrakce
 - obtíže v chápání přetrvává do dospělosti
 - taktéž je **omezení** v rozvoji **řeči**
 - výrazně opožděno porozumění obsahu řeči (percepce), i rozvoj expresivní složky řeči
 - rozvoje řeči je značně variabilní
 - někteří jedinci zvládají konverzaci, ať již verbálně, nebo na bázi AAK, jiní stěží vyjádří své potřeby
 - omezené chápání situací, užívání řeči, řeč je obsahově chudá, agramatická, přetrvává dyslálie a celková neobratnost v artikulaci
 - řeč se rozvíjí v předškolním věku
 - **pokroky** těchto dětí jsou **limitovány**
 - sebeobsluha: **omezena** je schopnost **sebeobsluhy**
 - vzdělávání: **edukace** je omezena na **trivium**
 - trivium - osvojí si jen základy čtení, psaní, počítání (ne všichni jsou schopni zvládnout)
 - nároky školní docházky však nezvládají → většinou ZŠ speciální, poté jednoletou školu praktickou
 - „nevzdělavatelní, ale vychovatelní“
 - zaměstnání: schopni vykonávat jednoduchou manuální práci pod dozorem
 - někteří zaměstnání v chráněných dílnách, někteří pracují v rámci ústavní péče (pletení košíků, tkaní koberců)
 - samostatnost:
 - nejsou schopni samostatného života, žijí v rodině nebo v ústavech s celodenní péčí
 - při vnější pomoci se o sebe dokáží částečně postarat
 - komorbidita: mobilita, fyzická aktivita (somatické vady jsou méně časté), kombinace s epilepsií, psychiatrickými onemocněními, dětským autismem
 - podpora:
 - výchova směřuje především k **rozvoji motorických dovedností** – v dospělosti schopnost vykonávat jednoduchou manuální práci (pod dohledem)
 - potřeba **podpory** (např. podporované zaměstnávání, chráněné pracovní místo), **strukturalizace činností**
 - lidé se střední mentální retardací vyžadují určitou míru **podpory po celý život**
- **těžká MR (F 72) IQ 34 – 20**
 - 7% všech MR, 0,2% z populace
 - u dospělých orientační mentální věk 3-6 let (dosahují mentální úrovně dítěte mladšího batolecího věku)
 - dřívější terminologie: těžká mentální subnormalita, těžká slabomyslnost, prostá idiocie, idioimbecilita
 - tato kategorie je v mnohém podobná středně těžkou MR s tím, že veškeré schopnosti jsou sníženy – mnohem výraznější
 - není možné změřit klasickým inteligenčním testem (posuzování schopností)
 - vývoj: neuropsychický vývoj značně **omezen**
 - specifika psychomotorického vývoje jsou **patrná** již v **předškolním věku**
 - **řečový** vývoj **stagnuje** na **předřečové úrovni** (vzácně jednotlivá slova)
 - řeč se buď vůbec **nevytvoří**, anebo zůstává na stupni **základních elementů** projevové složky řeči, tj. pudových hlasových projevů
 - ty jsou obměňovány podle toho, jedná-li se o projev spokojenosti/nespokojenosti či přání

STÁTNÍ ZÁVĚREČNÁ ZKOUŠKA - PSYCHOLOGIE

- narušeny jsou i modulační faktory řeči (zejména její dynamika a melodie)
- echolálie
- využívání systémů AAK (Klenková, 2004)
- jedinci, kteří mají krom poruch intelektu také **poruchy motoriky** (stereotypní, kývavé pohyby)
- **výraz** tváře dává najevo **nízkou mentální úroveň**
- **sebeobsluha**: možnosti sebeobsluhy jsou **výrazně a trvale imitované**
- **vzdělávání**
 - přestože možnosti výchovy a vzdělávání jsou u této kategorie už **značně omezené**
 - důležitá **včasná a systematická péče**, která může přispět k rozvoji motoriky, kognitivních schopností, komunikačních dovedností, samostatnosti a k celkovému zlepšení kvality jejich života
 - lze vypěstovat **jednoduché hygienické návyky** a návyky **sebeobsluhy**
 - ZŠ speciální s rehabilitačně vzdělávacím programem
- **zaměstnání**:
- **samostatnost**: potřeba celoživotní péče a podpory jiných osob (většinou žijí v sociálních ústavech či navštěvují denní pobyty)
- **komorbidita**: často diagnostikováni s kombinovaným postižením – značné poruchy motoriky nebo jiné přidružené vady
 - tělesné deformity, poruchy hybného aparátu, smyslové vady, motorické poruchy s příznaky celkového poškození CNS
 - dětský autismus nebo jiné pervazivní vývojové poruchy
 - poruchy chování, které se projevují stereotypními pohyby, sebepoškozováním, agresí
 - sklon k prudkému, impulsivnímu jednání a k afektům zlosti – často dáno tím, že nerozumíme přáním jedince
- **podpora**: život v rodině je komplikovaný a náročný → jedinci nejsou samostatní, potřebují **péči** při **sociálních i hygienických** návycích
- **hluboká MR (F 73) IQ 20 – 0**
 - 1% všech MR, 0,03% z populace
 - u dospělých MV pod 3 roky
 - **dřívější terminologie**: těžká mentální subnormalita, hluboká slabomyslnost, těžká idiocie, idiocie
 - projevují ve **všech složkách osobnosti**
 - **vývoj**: neuropsychický vývoj bývá celkově omezen
 - velmi omezené rozumění požadavkům či instrukcím nebo jim vyhovět
 - většinou **imobilita** nebo výrazné omezení v pohybu
 - jedinci zpravidla **inkontinentní**
 - časté jsou somatické vady, stereotypní mimovolní pohyby celého těla, sebepoškozování
 - chápání a používání řeči je zpravidla výrazně omezeno
 - komunikační schopnosti bývají maximálně na úrovni porozumění jednoduchým požadavkům a nonverbálních odpovědí
 - někdy pouze elementární neverbální komunikace
 - projevy formou neartikulovaných zvuků, které ojediněle modulují podle momentálního citového rozpoložení
 - ačkoli je motorika, senzorika, kognice, komunikace, sebeobsluha a sociální adaptace u těchto jedinců na velmi nízké úrovni, je třeba i přesto jejich vývoj neustále na odpovídající úrovni stimulovat
 - **sebeobsluha**: lze vypěstovat jen nejelementárnější hygienické návyky a návyky sebeobsluhy
 - **vzdělávání**: možnosti jejich výchovy a vzdělávání jsou velmi omezené
 - **samostatnost**: nutná trvalá péče i v těch nejzákladnějších životních úkonech, stálý dohled
 - **komorbidita**: výskyt závažné neurologické nebo jiné tělesné poruchy, senzorické a motorické postižení, těžké formy pervazivních vývojových poruch, zvláště atypický autismus

Dle formy postižení (klinických symptomů a chování klienta)

- **eretická** (dráždivý, neklidný)
- **torpidní** (netečný, nezájem, pasivita, tupost)
- **nevyhraněný** - proces vzruchu a útlumu je v rovnováze, nebo některý mírně převládá

Specifika psychických funkcí u osob s MP

- ovlivněno stupněm postižení

Vnímání (percepce)

- nejčastěji se zmiňujeme o **zrakové percepci**
 - obecně platí: rychlost a rozsah zrakové percepce bude záviset na tom, jak je vnímaný objekt složitý, jaké je pozadí objektu, poloha
 - osoby s mentálním postižením mají narušené:
 - **výběrovost** - schopnost výběru
 - **figura a pozadí** - schopnost vydělovat figuru z pozadí
 - → osoby s MP si většinou spíše všímají méně podstatný objekt než ten hlavní
 - **zaměřenost** - schopnost pozornosti - soustředit se na to, co potřebujeme
 - existuje i **nezáměrná pozornost**, kdy např. posloucháme na přednášce a projede venku hasičské auto ihned se otočíme
 - → osoby s MP mají oslabenou pozornost záměrnou a zaměřují se na nezáměrnou
 - **rozsah a celistvost**
 - při normální pozornosti vnímáme jakýkoliv předmět v celém jeho rozsahu (celistvě, nejen jeho detaily)
 - → osoby s MP mají toto celistvé vnímání narušeno - vnímá pouze část, detaily nikoliv však objekt jako celek
- nedokonalé vnímání času a prostoru
- dále mají osoby s MP narušenou **hmatovou percepci**
 - **těžko vnímají to, na co sahají** (snížená citlivost)
 - dochází ke snížení vnímání vlastního těla
 - Snoezelen - metoda, kterou je možné procvičovat percepci --> dává podněty
- problémy jsou také ve **zvukové percepci**
 - **narušení percepce fonémů** - mnohdy nerozumí tomu, co bylo vyřčeno (jako když bychom my měli vnímat a rozumět někomu, kdo mluví s plnou pusou)
- velkou roli hraje i věk osoby s MP

Paměť

- funguje **zprostředkovaně** - poznáváme svět kolem sebe ne přímo, ale pamatujeme si poznatky/informace
- **výběrovost**
 - paměť si hlavně pamatuje nějaké jevy podle toho, jak si je vybere (logické souvislosti, emočně podbarvené události) - vybere si to, co se jí hodí
 - **mechanické ukládání** - paměť si bez jakého výběru pamatuje to, co jí dáváme
 - → osoby s MP mají spíše mechanickou paměť (čím více MP, tím spíše)
 - **logické ukládání** - paměť si vybírá, co si bude pamatovat
 - → osoby s MP mají logickou paměť narušenou (útržkovité paměťové stopy, které nemají souvislost)
- **dlouhodobost**
 - **ultrakrátká**
 - **krátkodobá** – většinou nebývá narušena
 - **dlouhodobá** - může být, ale bývá nesouvislá, nelogická - z důvodu narušení paměti (naučené rychle zapomínají a pamětní stopy si vybavují nepřesně, vědomosti neumí včas uplatnit v praxi)
- **druhy**
 - **hudební**
 - **vizuální**

- → osoby s MP mohou mít velmi dobrou smyslovou paměť na úkor jiného druhu (dobrý hudebník,...)
- nové poznatky osvojují pomalu a až po mnohočetném opakování

Myšlení

- poznávací funkce
- hovoříme o poznání zobecněném, zprostředkovaném, při němž k rozvoji poznatků dochází prostřednictvím slov, řeči = funguje pomocí slov
- funguje pomocí slov → důležitý prvek, se kterým pracujeme
- cílem myšlení je hledat vztahy mezi různými jevy či podněty - myšlení nachází vztahy
- funguje na základě **myšlenkových operací**:
 - **syntéza** a **analýza** - nejčastější způsob myšlení, který používáme (nedostatečný proces)
 - **konkrétně** - buď používáme na konkrétní úrovni (začínáme - skládáme, rozkládáme - vidíme to skutečně)
 - **abstraktně** - na vyšší úrovni (využíváme pojmy - nejsou opřeny konkrétní jev)
 - → osoby s MP mají sníženou schopnost abstrakce
 - konkrétní, nedosahuje abstrakce, egocentrické, jedinec se nedokáže odpoutat od svého úhlu pohledu
 - stereotypní, rigidní, ulpívavé (jeví se spíše jako obrana v případě bezradnosti a neznalosti)

Řeč a jazyk

- narušení komunikační schopnosti je jedním z **nejcharakterističtějších příznaků** mentální retardace
- u dětí s mentálním postižením je vývoj řeči **opožděn**, až **omezen**
- již první řečové projevy se zpravidla se značně zpožďují, liší od tzv. normy
- největší **nedostatky** nacházíme v rozvoji **fonematického sluchu**, tj. v nedostatečné diskriminaci fonémů (dítě sice hlásky slyší, ale nerozlišuje, či rozlišuje nedostatečně)
- narušení jak **receptivní**, tak **expresivní** složky
 - jedinec **nerozumí složitějším slovním** obrátům, ironii, humoru nebo nadsázce, vše chápe doslova
 - vyjadřuje se jednoduchými a krátkými větami s konkrétními pojmy, jednoduchým větám lépe rozumí
 - vyskytují se **echolálie** - opakování některých slov nebo částí sdělení; (např. jedinci s poruchami autistického spektra nebo s těžšími stupni mentálního postižení)
 - **malá slovní zásoba**, nedokonalá **gramatika** - značný **agramatismus** (hlavně chyby ve shodě podmětu s přísudkem) a vynechávání částí věty
- nedostatky v **artikulaci** – příčina je ve slabých spojích center jemné motoriky
 - do jisté míry je narušena řeč – formální stránka (čím horší mentální postižením tím horší výslovnost)
 - výslovnost může být setřelá, méně přesná (jedince je vhodné naučit vyjadřovat pocity, vyjádření souhlasu, nesouhlasu...)
- poznamenány **všechny jazykové roviny**
 - ve foneticko-fonologické rovině jazyka problémy v oblasti fonematické diferenciaci hlásek a s nesprávnou výslovností hlásek
 - lexikálně-sémantická rovina jazyka se vyznačuje tím, že pasivní slovní zásoba významně převyšuje aktivní
 - pro aktivní je typické užívání konkrétních pojmů (ve slovníku se vyskytuje převaha podstatných jmen) a absence pojmů abstraktních
 - často dochází k tzv. verbalismu – jedinec s mentálním postižením abstraktní pojem použije, ale bez porozumění jeho významu, neadekvátně komunikační situaci
 - gramaticko-syntaktická rovina jazyka je typická výskytem slovních i větných dysgramatismů
 - obtíže s používáním spojky „protože“ a „ačkoli“
 - převažují jednoduché věty
 - mnohdy je narušen i slovosled ve větě – často kladou na první místo ve větě to, co pro ně má největší význam
 - pragmatická rovina jazyka, jež je spojena se sociální upotřebitelností řeči, je mnohdy narušena tím, že lidé s mentálním postižením často dokážou obtížně vyjádřit svoje myšlenky, formulovat obsah sdělení
- nejčastěji se vyskytuje **dyslálie**, **rinolálie** (huhňavost), někdy také **tumultus sermonis** (breptavost) a **palatolálie**, případně **poruchy hlasu**

STÁTNÍ ZÁVĚREČNÁ ZKOUŠKA - PSYCHOLOGIE

- v případech kombinace s dětskou mozkovou obrnou se vyskytují různé formy dysartrie
- u osob s mentálním postižením hovoříme o tzv. **symptomatické poruše řeči**, tzn., že narušení komunikační schopnosti u dětí s mentálním postižením je symptomem jiného, dominantního postižení (tj. mentální retardace)/pozn. Neubauer nesouhlasí s rozdělením na symptomatické poruchy řeči
- **jazyk** jako kódování
 - → osoby s MP v tomto případě selhávají - porozumění a produkce slov je velmi narušena

Učení

- v nejširším slova smyslu
- existuje mnoho **druhů učení**:
 - **podmiňování** - učíme se tím způsobem, že se na určitý podnět naučíme nějak reagovat
 - **klasické podmiňování** – na nějaký podnět se naučíme reakci; u dětí raného věku → např. když něco zavoní
 - **operantní podmiňování** - naučíme se takovému způsobu chování, který nám přinese nějaký užitek (např. dítě začne řvát, když něco chce a ví, že to maminka udělá) → dá se využít cíleně (Skinner - programované učení - od lehkých úkolů pod nejtěžší)
 - **sociální učení** - postaveno na napodobování vzoru
 - → osoba s MP je schopna sociálního učení, ale je velmi rigidní - naučí se i tomu, co je špatně (není schopna to kriticky zhodnotit)
 - **senzomotorické učení** - propojeno smyslové vnímání a motorické reakce - člověk tak poznává svět
 - → u osob s MP se senzomotorické učení využívá tehdy, když mají těžší MP (např. bazální stimulace)
 - **verbální učení** - učení se jazyku nazpaměť; zisk slovní zásoby (širší pojem než akvizice)
 - → osoby s MP mají problémy s verbálním učením, včetně akvizice
 - **!! nedostatek mluvních vzorů v dnešní době !!**
 - **problémové učení** - naučím se tím, že vyřeším problém
 - → osoby s MP toto učení nezvládají
- omezené, má mechanický ráz, informace a dovednosti se fixují stereotypně, rigidně
- změny návyků dělají potíže v pochopení a přizpůsobení
- trvá delší dobu, než se jedinec něco naučí
- při učení vykazuje pohodlnost a neochotu (nutná velká motivace – jídlo, obl. činnost, pochvala)
- učení probíhá kvůli rodičům, učiteli, ne kvůli sobě samému
- učení musí probíhat za emoční podpory, dítě musí být motivováno emočně, ne kognitivně

Pozornost

- **pozornost nepodmíněnou, bezděčnou**, která se mimovolně zaměřuje na silné podněty z okolí (např. intenzivní zvuk)
- **pozornost podmíněnou, záměrnou**, která je vázána na vůli jedince, má charakter podmíněného reflexu a je z hlediska výchovně-vzdělávacího procesu nejdůležitější
 - vykazuje **nízký rozsah sledovaného pole, nestálost** (fluktace pozornosti) a snadnou unavitelnost, **sníženou schopnost rozdělit** ji na více činností najednou
 - je pro ni charakteristické, že s **nárůstem kvantity výkonu narůstá i počet chyb**
 - jedinec s MP je schopen udržet záměrnou pozornost mnohem kratší dobu než jeho tzv. intaktní vrstevník
 - uvádí se, že děti mladšího školního věku jsou schopny udržet pozornost maximálně 5-10 minut, děti školního věku až 20 minut, poté musí následovat relaxace
 - jedná se však pouze o orientační údaj, který je ovlivněn množstvím faktorů → je nutné počítat s tím, že schopnost udržet pozornost je ovlivněna mnoha faktory
 - např. časová křivka dne, případné přidružené postižení (např. dítě s ADHD je schopno se soustředit jen krátkou dobu), hloubka MP (čím hlubší, tím kratší doba udržení pozornosti), typ činnosti, na kterou se má soustředit, motivace, momentální rozpoložení, věk apod.
 - po soustředění **musí následovat relaxace**

Shrnutí

- zpomalená chápavost, jednoduchost a konkrétnost úsudků
- snížená schopnost až neschopnost komparace a vyvozování logických vztahů
- snížená mechanická (hl. logická) paměť
- těkavá pozornost
- nedostatečná slovní zásoba, neobratnost ve vyjadřování
- poruchy vizuomotoriky a pohybové koordinace
- impulzivnost, hyperaktivita, celková zpomalenost chování
- citová vzrušivost
- rigidita chování
- nedostatky v osobní identifikaci a ve vývoji já
- nerovnováha snažení a výkonu
- zvýšená potřeba uspokojení a bezpečí
- poruchy v interpersonálních skupinových vztazích a v komunikaci
- snížená přizpůsobivost sociálním požadavkům

Charakteristika osob s mentálním postižením

- svět jedinců s MP je odlišný a specifický
- běžně je osobnost ovlivněna
 - **dědičnými vlohami** (např. zděděná nějaká nižší úroveň inteligence)
 - **zráním** (např. CNS → u dětí se ještě vyvíjí - děti se chovají rozdílně, někdy jsou v krizi, někdy navrchu)
 - **učením** (běžné životní učení, které probíhá celý život - pokud je od začátku narušeno → jsou narušeny i další)
- ovlivnění osobnosti způsobuje také **narušení CNS** → poškození kognitivních funkcí
 - schopnost **generalizace**
 - zobecnění informací, které využíváme k dalšímu postupu v životě - jak budeme schopni žít, adaptovat se
 - např. když jsem poprvé přijeli do Olomouce, orientovali jsme se podle metody pokus-omyl, získávali jsme více a více zkušeností až jsme přišli na to, která možnost je lepší, a když nepůjde tato možnost, máme alternativní
 - schopnost **diskriminace**
 - schopnosti myšlenkově rozlišovat určité jevy, věci, lid
 - např. ve třídě jsme poznali nové spolužačky a postupem času je rozlišovali, jaké jsou
 - schopnost **verbalizace**
 - schopnost používat pojmy/slova → komunikovat
 - bez pojmů a slov bychom nemohli existovat
 - **osoby s mentálním postižením** mají **největší problémy a narušení** právě v těchto třech funkcích (tento člověk neví, jak se zachovat v této situaci, jak toto řešit,...)
 - důsledky:
 - **malé porozumění sociálním situacím**
 - opožděná socializace – silná vazba mezi matkou a dítětem
 - zařazení do školy (stacionáře) → možnost kontaktu s vrstevníky, cizími dospělými lidmi
 - **vliv na volbu chování a chápání jeho důsledků**
 - terapeut či speciální pedagog učí osoby s mentálním postižením modely, jak se mají v jaké situaci chovat
 - **narušení volby zdroje uspokojení potřeb**
 - sexuální pud – autostimulace, masturbace, sexuální ataky → snadným objektem zneužívání
 - např. u dospívajících klientů - ukájejí se na nevhodných místech

- **vliv na vědomí sama sebe a aspiraci**
 - někteří lidé s lehčím postižením jsou schopni aspirovat (já budu zahradníkem), u těžších postižení nikoliv
- **vliv na sebehodnocení**
 - u těžkého mentálního postižení je nemožné, u lehčích forem je to nereálné
 - neodpovídá realitě, bývá nekritické a ovládané emocionálně
 - závislý na názorech druhých (přijímají ho bez kritiky)
 - výrazná sugestibilita → snadno ovlivnitelní, nerozumí normám společnosti → zvláštnosti v chování
- **vliv na motivy** - většinou pouze emoce
 - hlavně dochází k **motivaci přes emoce**, pouze u lehkých forem postižení částečně racionální
- **narušení emotivity**
 - **narušení CNS** - fyziologie a předávání vzruchů a útlumů --> osoby snadno podléhají různým emotivním stavům a trvá delší dobu, než se uklidní
 - **narušení prostředí** - hovoříme o **emoční deprivaci** = dlouhodobé neuspokojení potřeb --> souvisí to s prostředím, kde žijí (bez lásky,...)
 - neumí vyjádřit své pocity standardním způsobem, hlavně neverbální aktivity (bušení hlavou do zdi, křik, sebepoškozování,...)
 - vnitřní napětí ventilují např. autostimulací
 - agresivní chování → odpověď na narůstající stres a neporozumění požadavkům okolí
 - kriminální chování (drobné krádeže), impulzivní násilí se sexuálním podtextem
 - základním mechanismem autoregulace je emoční prožívání (vyšší afektivní dráždivost, výbuchy, mrzutost)
 - nutnost uspokojování nejen emočních potřeb, ale i základních psychických (stimulace, učení, seberealizace, životní perspektivy)
 - způsobuje poškození kognitivních funkcí (další kapitola)
- také je důležité **jak člověk prožívá situaci** (to, že má nějaké mentální postižení)

Metody práce s lidmi s MP

Principy komunikace, které bychom měli dodržovat:

- měli bychom komunikovat s osobou **úměrně jejímu věku**
 - chyba: tendence mluvit na tyto osoby infantilně, i když jsou dospělí
 - měli bychom mluvit formálně - **na úrovni očí osoby, adekvátní slovník**
- měli bychom zjistit, zda má osoba o **komunikaci zájem**
- jakékoliv komunikaci by mělo **předcházet naladění a navození bezpečné atmosféry**
 - uvaří se čaj/káva, začneme si lehce povídat, v jaké náladě je osoba
- měli bychom umět **aktivně naslouchat**
 - snaha **vcítit se** do dané osoby
 - měli bychom druhému **nechat prostor** a nebyť přehnaně aktivní (např. delší doba, než se vyjádří - měli bychom počkat, než začne mluvit dál)
 - součástí komunikace je i ticho (přemýšlení, zamyšlení, pauzy,...)
- měli bychom udržovat **zrakový kontakt**
 - teprve až když je navázán oční kontakt, je navázána komunikace
- pokud nerozumíme klientovi, měli bychom se **vrátit do bodu**, kterému jsme **naposled rozuměli**
 - nikdy **neříkáme**, že jsme **nerozuměli**
 - např. Byl jsem v kině (nerozumíme), přerušíme jeho mluvu a řekneme: "Tak vy jste říkal/a, že jste byl/a v kině."
- měli bychom dávat pouze **jednoduché instrukce**
 - nemluvíme rozvíťmi větami, ale větou jednoduchou
 - nedáváme několik instrukcí najednou

- **nepoužíváme:** složité výrazy, cizí slova, abstraktní pojmy
- měli bychom neustále **kontrolovat**, **jestli** klient **rozumí**
- měli bychom vést **spíše kratší rozhovor**
 - **klient** je brzy **unavený**
 - měli bychom umět **včas rozhovor ukončit** (je dobré ukončit tím, že si shrneme, co jsme si sdělili)
- měli bychom se **ptát** rodiny/pečovatele/**blízké osoby**, **jak klient komunikuje**
 - abychom věděli, který způsob komunikace je nejefektivnější

Způsoby komunikace

- **verbální komunikace** je **přítomna** → **komunikuji verbálně**
- **verbální komunikace** se **ztrácí** → musím využít i **jiných komunikačních systémů**
 - **AAK - augmentativní a augmentativní komunikace**
 - **práce s výběrem** (dobré pro navození komunikace)
 - práce s předměty, které jsou pro klienta motivující
 - např. banán - jablko, sedíme před kliente, dáme předměty k sobě, oddalujeme a dáváme mu vybrat, který z předmětů chce --> dáváme motiv, aby začal komunikovat a aby si zvolil komunikační nástroj (může sáhnout po předmětu)
 - → pokud se dostaneme přes tuto fázi (konkrétní), můžeme pokračovat s obrázky (abstraktními - symboly)
 - **systém VOKS** - výměnný obrázkový komunikační systém
 - nejprve byl v zahraničí, než se dostal k nám
 - původně byl určen pro děti s PAS
 - postupujeme v jednotlivých krocích - výměna obrázků, diferenciací obrázků (dokáže je rozlišit), obrázky v tabulkách (je to pro ně "abeceda"), nakonec můžeme tvořit věty
 - **referenční předměty**
 - u těžších mentálních postižení
 - např. hrníček symbolizuje svačinu, postel symbolizuje noc a spánek
 - tyto předměty a jejich symbolik aby měla zůstat neměnná
 - **vizualizace**
 - piktogramy, obrázky, videa --> systém uspořádání
 - systém uspořádání může být nástěnka, tabule,...
 - např. ve školkách, fotky dětí, co budou dělat, kolik je hodin,
 - podmínkou je **srozumitelnost**
 - podobný způsob komunikace, jaký se využívá u autistů - ti však musí mít vše neměnné (u osob s mentálním postižením to není tak striktní)
 - využití **strukturalizace** (přesně mají na tabuli obrázky i s časem a prostorem, kde bude aktivita probíhat, ... - neměla by se měnit u osob s PAS)

Metodologie

- liší se dle stupně mentálního postižení (jinak budeme přistupovat k osobám s lehkým postižením a jinak k osobám s těžkým postižením)
- základní přístupem je **bazální stimulace**, která v sobě skrývá část všech metod, které se využívají u dětí s těžším mentálním postižením
 - rozvoj motoriky - hrubé i jemné, orofaciální stimulace; vytváření vztahů ke svému okolí, vnímání svého těla a hranic svého těla, vnímání vibrací, pohlazení, jistota,...
 - jedinci zůstali na určité úrovni psychomotoricky a my potřebujeme jim dát to, stimulovat je tak, co je typické právě pro období, ve kterém ustrnuli
- metody:
 - **desenzibilizační/somatické** - (tělesné podněty - doteky, masáže --> pomoc při vnímání vlastního těla) - **míčkování** (stimulujeme energetické body, také slouží k relaxaci a uvolnění), různé způsoby **kartáčkování** (velmi jemný kartáč - posupujeme od kořene k periférii, hlavně končetiny), **programy komprese**

STÁTNÍ ZÁVĚREČNÁ ZKOUŠKA - PSYCHOLOGIE

(pracujeme s *tlaky* a *tahy*) - vše se dělá 10x, hlava, ramena, klouby, prsty,... --> pro těžší mentální postižení

- **vibrační** - pomáhá vnímat vibrace a chvění lidského hlasu (rytmické dýchání pacienta)
- **vestibulární** - pomáhá s orientací v prostoru a uvědomování si své vlastní polohy v něm
- **auditivní** - pacientovi se pouštějí jeho oblíbené a známé zvuky
- **orální** - pacientovy oblíbené tekutiny stimulující receptory chuti
- **taktilně-haptické** - zaměřená na osvojování manipulace s předměty

- využití terapie:

- **terapie** - psychoterapie --> **racionální** (použití logických operací, zdůvodnění), **sugestivní a hypnotická** (tvrzení terapeuta zaměřená na odstranění problému klienta, který by tvrzení měl přijmout), **empatický rozhovor**, **relaxační a imaginační terapie**, **skupinová terapie**, **rodinná**, **autogenní trénink**, ...
- **expresivní terapie** - **canisterapie** (terapie se psem), **arteterapie** (terapie uměním)
- **ergoterapie** (podpora maximální možné soběstačnosti a samostatnosti; rozvoj ADL – activity of daily living; pracovní rehabilitace; rozvoj kognice; psychosomatický vývoj)

DEMENCE

- z latinských slov *de* (bez) a *mens* (mysl) – „bez myslí“

Terminologie

- MKN 10 – demence
- DMS V → neurokognitivní porucha
- = **získaná**, vnější (sekundární) **porucha inteligence**
- vzniká vlivy vnějšího prostředí, **od 2 let věku** (zanedbávání, nepodnětné prostředí, úraz, operace, autohavárie, uvíznutí pod vodou...)
 - o nutnost odlišit MR od demence → v případě demence se jedná o pokles až ztrátu intelektových schopností, které byly průměrné až nadprůměrné (od 2 let); změny jsou progredující a nezvratné
- **neurodegenerativní onemocnění**
 - o široká skupina chorob centrálního i periferního nervového systému
 - o způsobeny předčasným zánikem nebo degenerací nervových buněk
 - o **progredující** zánik neuronů je spojen s velmi vážnými psychickými a neurologickými příznaky
 - o psychické příznaky:
 - ztráta paměti a dalších poznávacích schopností
 - poruchy chování
 - halucinace či bludy
 - celkový úpadek osobnosti - demenciální syndrom
 - o neurologické příznaky:
 - poruchy koordinace
 - poruchy řízení pohybu
 - poruchy komunikace
 - o heterogenní skupina chorob neznámé příčiny se společnými rysy (Seidel, Obenberger)
 - plíživý začátek, kterému přechází dlouho bezpříznakové období normální funkce
 - pomalý, často roky trvající progresivní průběh
 - symetrické postižení určitých specifických nervových struktur
 - častý familiární (genetický) výskyt
 - iniciace vzniku obtíží nejčastěji ve věkové kategorii stárnoucích osob značná
 - i v souvislosti se stoupajícím průměrným věkem dožitím se zvyšuje procento stárnoucí populace (nejvíce vyskytující u osob nad 60 let)
 - odborníky bývá označována také jako tichá epidemie a vysoce závažný zdravotně-sociální problém osob ve vyšším věku
 - o neurokognitivní onemocnění, které zasahují primárně kognitivní funkce člověka, produkují vznik amnestických a demenciálních syndromů --> z nichž rezultují **kognitivně-komunikační poruchy**
 - projevují se poruchami řeči, kontaktu s okolím, problémy s jazykovým vyjadřováním, problémy s porozuměním verbálního projevu a zahrnují obtíže při čtení a psaní
 - příčinou je postižení kognitivních a intelektových schopností
 - jsou tedy postiženy obě složky - jak kognice, tak komunikace
 - o stádia kognitivního postižení:
 - **preklinické stádium**
 - předchází stádiu MCI, nejdéle trvající
 - již přítomny neuropatologické změny na mozku, nelze prokázat přítomnost kognitivního poškození
 - pacienti se subjektivním kognitivním poklesem
 - **stádium MCI**
 - MCI - mírná kognitivní porucha (mild cognitive impairment)
 - syndrom vyplňující prostor mezi normálním procesem stárnutí a syndromem demence
 - přítomno postižení kognitivních funkcí, ale soběstačnost a ADL zachovány

- **demence**

- postižení více (min. dvou) kognitivních funkcí, které je natolik výrazné, že již dochází k narušení soběstačnosti a ADL

Definice

- **organicky podmíněný** syndrom, jehož nejvýznamnějším projevem je úbytek kognitivních funkcí, především inteligence a paměti → ten negativně ovlivní úroveň soc. adaptace
- za průkazné je považováno snížení úrovně rozumových schopností o 20% (Jiráček in Vágnerová, 1996)
- „získané progresivní postižení paměti a dalších kognitivních funkcí, které zapříčiní významné omezení sociálních, pracovních a běžných denních aktivit“ (Kytnarová)
- „tento syndrom se vyskytuje u Alzheimerovy choroby, cerebrovaskulárního onemocnění a u jiných stavů, které primárně postihují mozek“ (MKN-10)
- = syndrom způsobený chorobou mozku, obvykle chronické nebo **progresivní** povahy, kde dochází k **porušení** mnoha **vyšších nervových kortikálních funkcí**, k nimž patří paměť, myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnost učení, řeč a jazyk, uvažování, úsudek; vědomí není zastřeno
- obvykle je přidruženo porušené chápání a příležitostně mu předchází i zhoršení emoční kontroly, sociálního chování nebo motivace
- 3 hlavní skupiny příznaků:
 - **poruchy kognitivních funkcí** → poruchy paměti (hlavně epizodické) a porucha alespoň v jedné oblasti – praxe, gnózie, fatické funkce
 - **poruchy každodenních aktivit**
 - **poruchy chování**
- zpočátku se jedná o charakteristické lokální poškození mozku, postupně se rozšiřuje a dochází až k degradaci osobnosti
- kombinace mentální retardace s některou z forem demence je velmi složitý problém jak z hlediska diagnostiky, tak následné intervence

Prevalence (Neubauer, 2018)

- celková prevalence stoupá ve stáří s dosaženým věkem: nejvíce obtíží se vyskytuje v populaci nad 60 let
- nejčastěji je udáván rozsah:
 - 3 – 5 % osob s demencí ve věkové skupině 65-75 let
 - 20 % osob s demencí ve věkové skupině nad 80-85 let
 - tyto údaje jsou vztahovány nejčastěji na příznaky středně těžké a těžké demence
- Bostonská studie vykazuje údaje vyšší až o 40 % - zahrnuje i mírné formy snížení kognitivní a intelektové úrovně
- nejčastěji se setkáváme s Alzheimerovým typem – cca 100 tisíc nemocných v ČR

Etiologie (Vágnerová, 2012)

- postihuje především starší populaci
- výskyt v různých věkových kategoriích záleží na příčině, která k tomu vedla, tj. na typu demence
 - např. u mladších lidí jde spíše o důsledky úrazu, u starších o degenerativní postižení Alzheimerova typu
- vzniká na základě organického poškození CNS a progreduje
- příčina může být různá, mohou ji vyvolat různé faktory, které se mohou vzájemně také ovlivňovat:
 - **genetické dispozice**
 - může jít o poškození konkrétních genů, jejichž důsledkem je vznik patologického proteinu
 - např. u Alzheimerovy choroby, u níž byla potvrzena porucha již několika genů
 - např. ve vztahu k ischemicko-vaskulární demenci, se jedná spíše o polygenně podmíněnou dispozici ke vzniku cévního onemocnění
 - **biologický základ**
 - funkční či morfologická změna mozku
 - **metabolické odlišnosti** jsou obvykle dány primární příčinou onemocnění, postižení neurotransmiterových systémů může být důsledkem komplexních degenerativních změn
 - **morfologické změny** mohou být způsobeny degenerativními změnami mozkových buněk, krvácením, hypoxií, mechanickým zhmožděním

STÁTNÍ ZÁVĚREČNÁ ZKOUŠKA - PSYCHOLOGIE

- např. Alzheimerova choroba - redukce acetylcholinu, přítomnost patologického proteinu – beta amyloidu
- např. Parkinsonova choroba - snížena hladina dopaminu a acetylcholinu
- **exogenní fyzikální, chemické a biologické faktory**
 - přispívají ke vzniku demence, různé úrazy, otravy, onemocnění (záněty mozku, mozkových blan), ve vztahu k cévním onemocněním a s tím související vaskulární demencí je jako zátěžový faktor hodnoceno např. kouření
- **sociální faktory**
 - ovlivňují nástup i průběh onemocnění, jehož důsledkem je demence
 - aktivní a stimulující styl života, kvalita sociálního zázemí spojená s podporou v případě onemocnění mohou mít pozitivní význam
 - zásadní korektivní vliv však mít nemohou
- stárnutí člověka a jeho výkonnost může být ovlivněna tzv. kognitivní rezervou – schopnost kompenzovat nastupující změny dovednostmi a vědomostmi
- záleží na celkovém klinickém obrazu, psychickém stavu, přítomnosti deprese, může dojít k záměně s demencí

Klasifikace demencí (Pugnerová, Kvintová)

- **částečná** (parciální, ostrůvkovitá)
 - poruchy jen některých intelektových složek
- **celková** (totální, globální)
 - postihuje všechny intelektové složky
 - poškozeny všechny kognitivní funkce (paměť, myšlení, pozornost, jednání, vnímání, řeč)
 - může se projevovat afektivní dráždivostí, poruchami orientace, sníženou schopností učení, emoční oploštělostí...
- dělíme do 3 skupin dle původu vzniku
 - **atroficko degenerativní demence**
 - příčinou je degenerativní poškození mozku
 - Alzheimerova choroba, Huntingtonova choroba, Parkinsonova choroba, demence s Lewyho tělísky
 - **sekundární demence**
 - vznikají v důsledku jiné poruchy, která vede k poškození CNS (např. kardiovaskulární onemocnění, infekční, poúrazové, v důsledku otravy...)
 - multiischemická demence
 - **může být symptomatická**
 - infekční etiologie, metabolická způsobená priony (nemoc šílených krav), farmakogenní, traumatická,...
 - **smíšené demence**
 - mají smíšený podklad, kdy jedinec trpí více typy demencí
- dle Neubauera
 - **primární (neuro)degenerativní onemocnění**
 - = 60-70% vzniklých demencí
 - primární atroficko-degenerativní změny a jsou specifické pro určitý typ demence (primární symptomem je porucha kognitivních fcí – porucha pozornosti, deteriorativní poruchy...)
 - dominuje Alzheimerova choroba → nejčastější příčina vzniku (1-2,5% populace osob nad 65 let)
 - Pickova choroba, Progresivní supranukleární obrna, Demence při Parkinsonově chorobě, Demence při Huntingtonově chorobě, demence s Lewyho tělísky, frontotemporální lobární degenerace (FTLD) a prionové nemoci
 - **ischemicko-vaskulární demence**
 - = 15-20% vzniklých demencí
 - nejčastější příčinou → tzv. multiinfarktová či vaskulární demence

STÁTNÍ ZÁVĚREČNÁ ZKOUŠKA - PSYCHOLOGIE

- druhou nejčastější → mnohočetná traumata mozkové tkáně na bázi poruch cévního zásobování mozku
- příp. báze cévních mozkových poruch, nomotenzního hydrocefalu, národu a úrazů
- další variantou je: Binwangerova choroba s mnohočetnými mozkovými infarkty převážně v podkorových oblastech mozku
- **sekundární demence**
 - vznikají jako sekundární symptom jiného mozkového či systémového onemocnění či traumatu
 - infekční etiologie (AIDS, Creutzfeldtova-Jakobova choroba = způsobená priony), intoxikační etiologie (alkohol, farmaka), škodliviny a následky otravy (oxid uhelnatý), metabolické příčiny (Wilsonova choroba, selhání jater a ledvin), posttraumatické demence (po apalickém syndromu) spojené se vznikem hydrocefalu, tumoru či epilepsie
- **smíšená demence**
 - = asi 10% smíšený podklad – osoba trpí Alzheimerovou chorobou i vaskulárním poškozením mozku

NEBO

- **kortikální**
 - poškození mozkové kůry, těžké poruchy paměti, kortikální deficity (apraxie, agnozie...), afázie, dlouho zachována motorika, zrakově-prostorové a konstrukční problémy, kognitivní deficity, jazykové problémy (pojmenování, čtení, psaní, porozumění), v pozdějších stádiích dochází k narušení chůze, postoje, tonu a řeči
 - Alzheimerova choroba – řeč bývá motoricky postižena až velmi pozdě, pragmatické a sémantické jazykové schopnosti jsou oproti tomu porušeny velmi časně
 - Pickova choroba – poruchy auditorního porozumění, váhavá a rozvláčná mluva, anomie, postupné zhoršování jazykových schopností v oblasti syntaxe
- **subkortikální**
 - poruchy ganglií a hlubších částí mozku, spíše zapomínání, dysartrie, zpomalené psychomotorické tempo, extrapyramidové příznaky (hypo i hyper), deprese, apatie, afektivní změny, kognitivní změny označeny jako chátování nebo rozpad
 - Parkinsonova choroba – řeč je motoricky postižena, jazykové schopnosti jsou porušeny minimálně, slabý dyšný hlas s abnormální výškou a zabarvením
 - Huntingtonova choroba – zhoršující se dysartrie, narušeny jazykové schopnosti v oblasti pojmenování
- **smíšené**
 - symptomatika závisí na tom, které části mozku jsou daným onemocněním zasaženy (mnohočetné infarkty, toxické a metabolické encefalopatie, traumata, anoxie)
 - Vaskulární demence – přítomné variace poruch jazykových i motorických dle rozsahu léze a lokalizace
 - Creutzfeldtova-Jakobova nemoc – v pozdním stádiu nemoci je přítomna afázie, apraxie, agnozie

Hlavní rozdíly mezi kortikálními a subkortikálními demencemi (zpracováno dle Bartoše, 2010b)

Kortikální demence	Subkortikální demence
těžká porucha paměti	zapomínání
narušení vstřípivosti (učení)	porucha vybavování
kortikální deficity (apraxie, akalkulie, agnozie, porucha abstrakce)	sklon k perseveracím, dysexekutivní syndrom
afázie	dysartrie, nízká slovní produkce
normální rychlost zpracování informace	zpomalené psychomotorické tempo

NEBO

- **reverzibilní** – nádory, autoimunitní onemocnění, metabolické poruchy
- **ireverzibilní** – proces je nezvratný, např. degenerativní onemocnění, vaskulární demence, demence při traumatech, infekcích
- dle DSM V (už není dělení na jednotlivé kategorie – je jedno zastřešující kritérium)
 - neurokognitivní poruchy (dříve delirium, dementia, amnestic, and other cognitive disorders)
 - místo termínu demence = **mírná a těžká neurokognitivní porucha** (aby nedocházelo ke stigmatizaci lidí s HIV)
 - **mírná** (MCI – mild cognitive impairment) – existují důkazy o mírném úbytku kognitivních funkcí (podle Minimal State Examination 25 – 26 bodů ze 30)
 - zasahují do ADL (Activity of daily living), ale nezávislí, kognitivní deficity se nevyskytují výhradně v souvislosti s deliriem, kognitivní deficity nejsou způsobeny jinou duševní poruchou
 - **těžká** – existují důkazy o významném úbytku kognitivních funkcí, kognitivní deficity způsobují závislost na druhých v ADL apod.
- dle MKN – 10
 - **F00 Demence u Alzheimerovy nemoci**
 - .0 Demence Alzheimerovy nemoci s časným začátkem
 - Alzheimerova nemoc – 2. Typ, Presenilní demence Alzheimerova typu, Primární degenerativní demence Alzheimerova typu vznikající v preseniu
 - .1 Demence u Alzheimerovy nemoci s pozdním začátkem
 - Alzheimerova nemoc – 1, typ, Primární degenerativní demence Alzheimerova typu s pozdním začátkem
 - .2 Demence u Alzheimerovy nemoci, atypického nebo smíšeného typu
 - .9 Demence u Alzheimerovy nemoci NS
 - **F01 Vaskulární demence**
 - .0 Vaskulární demence s akutním začátkem (po opakovaných iktech)
 - .1 Multiinfarktová demence (následek řady přechodných ischemických příhod)
 - .2 Subkortikální vaskulární demence (hypertenze a ložiska ischemické destrukce v bílé hmotě mozku)
 - .3 Smíšená kortikální a subkortikální vaskulární demence
 - .8 Jiné vaskulární demence
 - .9 Vaskulární demence NS
 - **F02 Demence u jiných nemocí zařazených jinde**
 - .0 Demence u Pickovy choroby
 - progresivní, střední věk, zasahuje první frontální lalok a spánkové laloky, první narušeno plánování a abstraktní myšlení, nezdrženlivé sexuální chování, progredující choroba připomíná Alzheimerovu, řeč postižena více než paměť, časté jsou konfabulace, časně pomalu progredující změny charakteru a soc. schopností, porucha intelektu, paměti, jazykové funkce, apatie, euforie, úmrtí zhruba 4 roky po projevení příznaků
 - .1 Demence u Creutzfeldt-Jakobovy nemoci
 - velmi vzácná, progresivní demence s velkým neurologickým nálezem, střední nebo pozdní věk (ale může se objevit i dříve), první se objevuje porucha hybnosti, velice rychlý průběh, vede ke smrti během 1-2 let, známá také jako nemoc šílených krav
 - .2 Demence u Huntingtonovy nemoci
 - Huntingtonova choroba (chorea), jako součást difúzní degenerace mozku, autosomálně dominantně dědičná, prvními projevy je ztráta hybnosti formou záškubů a kroutivých pohybů, později obecné symptomy demence, postižení intelektu může připomínat schizofrenii, pomalá progresie, nejčastěji začátek ve středním věku (může se objevit i u dětských pacientů) smrt během 10-15 let
 - .3 Demence u Parkinsonovy nemoci
 - .4 Demence u onemocnění virem lidské imunodeficiencie (HIV)
 - .8 Demence u jiných určených nemocí, zařazených jinde

STÁTNÍ ZÁVĚREČNÁ ZKOUŠKA - PSYCHOLOGIE

- při mozkové lipidóze, epilepsii, hepatolentikulární degeneraci, hyperkalcemii, získané hypotyreóze, intoxikaci, sclerosis multiplex, neurosyphilis, deficitu niacinu, polyarteritis nodosa, systémového lupus erythematosus, trypanozomóze, urémii, karenci vitamínu B12

○ neurčená demence

- dle MKN-11

○ Kategorie 06 Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders

▪ Kategorie Neurocognitive disorders, kam patří:

- 6D70 Delirium
- 6D71 Mild neurocognitive disorder
- 6D72 Amnestic disorder
- Dementia
 - 6D80 Dementia due to Alzheimer disease
 - 6D81 Dementia due to cerebrovascular disease
 - 6D82 Dementia due to Lewy body disease
 - 6D83 Frontotemporal dementia
 - a další....
- 6E67 Secondary neurocognitive syndrome
- 6E0Y Other specified neurocognitive disorders
- 6E0Z Neurocognitive disorders, unspecified

○ v kategorii 08 Diseases of the nervous system

▪ Kategorie 8A00 Parkinsonism

- 8A00.0 Parkinson disease

Výčet symptomů (Neubauer, 2018)

- deteriorace intelektu, tedy závažné snížení oproti premorbidní intelektové kapacitě, poruchy paměti, poruchy orientace, poruchy úsudku a schopnosti abstraktního myšlení, poruchy pozornosti a motivace, poruchy korových funkcí typu afázie apraxie, agnózie, poruchy řečové a neverbální komunikace se sociálním okolím, poruchy emotivity, poruchy chování, degradace osobnosti

Klinické projevy v psychice (Vágnerová, 2012; Neubauer a Kytnarová)

Poruchy kognitivních schopností

- paměť

- první úpadek krátkodobé a střednědobé (snaha skrýt konfabulacemi – nesprávné údaje, nesmysly)
- neschopnost učit se novému, uchovat informace,... (neschopnost zapamatovat si instrukce složené z více kroků)
- postupně se prohlubuje do dlouhodobé
- zpomalení a nepřesnost ve vybavování (slov, vzpomínek,...) – neschopnost propojení staré informace s novou
- postižení deklarativní paměti (vybavitelné dovednosti a info)
- pokročilejší fáze – mizí zafixované vzpomínky, dovednosti, návyky až k nevybavnosti jména apod.
- ovlivňuje myšlení i řešení problém

- pozornost

- problém s kvalitou o udržení koncentrace, snížení celkové výkonnosti
- snížení porozumění mluvené řeči, čteného textu, zmatená, obsahově neadekvátní řeč, obtíže s udržením tématu, potřeba opakování otázky
- neudrží pozornost, snížená motivace

- myšlení

- úpadek ve formální i obsahové oblasti
- bradypsychismus, zabíhavé, zúžené myšlení, ztrácí flexibilitu, stává se rigidním
- první narušení abstraktního myšlení
- neschopni plánovat, organizovat, rozhodovat se, porozumět souvislostem
- postupně obtížně řeší i úkony jako obléci se, naservírovat jídlo apod.
- úbytek kritičnosti a soudnosti, neuvědomují si nesprávnost úvah, nepřijatelnost chování...
- úpadek není plynulý

STÁTNÍ ZÁVĚREČNÁ ZKOUŠKA - PSYCHOLOGIE

- narušení sociální komunikace (takt), neporozumění humoru, metaforám apod., neudržení komplexní konverzace, nedodržení kroků při řešení problémů, úsudku
- **zpracování informací**
 - odpovědi s latencí, narušení vnímání intonace a výrazu tváří, obtíže při rozpoznání hlavní myšlenky, ztrácí s ev. detaily, neschopnost shrnout obsah
- **exekutivní funkce**
 - snížená iniciace otázek, neschopnost plánovat, snížená schopnost monitorovat a inhibovat nepřiměřené chování, emoce, narušená interakce s lidmi, neschopnost kontrolovat čas, dokončit úkol
- **subjektivní vnímání**
 - pocity ohrožení pramenící z neschopnosti zvládat a chápat běžné situace
 - při zachované soudnosti si uvědomují úbytek kompetencí a reagují na to = úzkost, deprese, stud z neschopnosti
 - může se objevit méně přiměřené sebehodnocení (pozitivně i negativně – vzdávání se)
 - vyhýbání se pro ně složitým situacím – izolace, ztráta kontaktu, popírání potíží
 - udržet si přiměřené sebehodnocení je velmi obtížné
 - pozdější fáze – obtížná a nepříjemná se jeví i v komunikaci, zvyšování pocitů izolace, poutání pozornosti nepřiměřenými projevy, s postupem onemocnění reakce primitivnější
- **poruchy korových funkcí** - afázie, apraxie, agnózie
- **poruchy komunikace**
 - řečové a neverbální se sociálním okolím
 - narušení schopnosti porozumění i verbální produkce
 - zjednodušení a zpomalení verbálního projevu
 - perseverace, parafázie
 - fatické poruchy – viz. afázie (alexie, agrafie)
 - až úplná ztráta funkční komunikace

Gnostické funkce

- obtíže v rozpoznávání informací, známých objektů, zobrazení známých objektů
- agnozie, kdy člověk sice vidí či slyší, ale nepoznává

Orientace

- narušení orientace v čase, prostoru, osobách, v sobě samém
- nepoznává, nerozumí svému okolí, neadekvátně reaguje
- bloudí i ve známém prostředí
- nechápe soc. chování
- až ztráta identity – neví kdo je
- reakce – falešná přesvědčení paranoidně-perzekučního charakteru
- postupně úplná ztráta logického myšlení

Poruchy emotivity

- změna emočního ladění, emoční reaktivita nápadná a méně přiměřená již od počátku onemocnění
- neadekvátní projevy jako euforie, lítostivost, deprese, úzkost, afektivní výbuchy
- zvýšená emoční labilita, dráždivost
- demence vaskulárního typu – nápadnější poruchy nálady jako deprese (častější výskyt)
- deprese a úzkost jako reakce na onemocnění (při zachované soudnosti, uvědomuje si situaci)
- v pokročilejším stádiu – citová oploštělost, apatie
- u většiny dochází k zúžení motivace, redukci zájmů
- preference stereotypní rutiny (již v počátcích d., v důsledku zvýšené unavitelnosti)
- u mnoha osob se rozvíjí apaticko-abulický syndrom (nic nechce, nic ho nezajímá, o nic neusiluje)

Nápadnosti v chování

- formálně i obsahově nepřiměřené situaci
- ztráta iniciativy – zpomalení, utlumení
- úroveň aktivity může kolísat (nutkavé stereotypní činnosti, záchvaty agitovanosti)

- spánková inverze narušení cyklu dne a noci (aktivita v noci, spánek ve dne)
- postupně ubývá veškerá aktivita
- objevuje se apraxie (když se prohlubuje dochází ke ztrátě schopnosti sebeobsluhy)

Úpadek osobnosti

- dochází ke změnám až úpadku a dezintegraci, na počátku zvýraznění některých osobnostních rysů
- zhoršuje se adaptabilita (nerozumí soc. situacím, nerespektují normy chování apod.)
- ztráta empatie, sobeckost, egocentričnost, nedůvěřivost, až agresivita
- ztráta pocitů jako vina, stud
- zhoršení osobní hygieny
- u postiženého frontálního laloku až ztráta sebekontroly (obnažování apod. – sami to nevnímají nevhodně)

Jednotlivé typy demencí a jejich charakteristika (Vágnerová, 2012 + Neubauer)

Alzheimerova choroba

- závažné progresivní neurodegenerativní onemocnění nejasné etiologie, které vede k úbytku neuronů a k následné atrofii mozkové kůry i subkortikální oblasti, což má za následek vznik bílkoviny beta amyloidu, které poškozují narušení rovnováhy neurotransmiterů → vznik syndromu demence
- trvá 5-8 let a poté končí smrtí
- nejrozšířenější chorobou způsobující demenci (čistá forma – 55%; v kombinaci s jinými onemocněními)
- typy: kortikální nebo kortiko-subkortikální demence
- stoupající výskyt Ach s přibývajícím věkem (60 let – 1-2%; 70 let – 6%; 75 let – 12%; 90 let – 50%)
- formy: presenilní (do 65 let, častěji ženy), senilní (po 65. roce)
- pomalý a plynulý rozvoj choroby zpočátku nenápadné příznaky, progresse začíná být zřejmá mezi 2. až 4. rokem onemocnění – úpadek je komplexní
- stadia rozvoje: (báze atroficko-degenerativní)
 - o **lehká demence** – mírné počáteční stadium:
 - významným projevem je progredující, zpočátku lehká, porucha paměti – především deficit krátkodobé paměti (vede ke ztrátě orientace v čase a prostoru), tendence kompenzovat konfabulacemi
 - pomalejší, těžkopádnější uvažování
 - zhoršení orientace a poruchy ve vizuálně-prostorovém vnímání
 - těžkosti s početními výkony a psaním
 - strategie vyhýbání se komunikaci se sociálním okolím
 - kompenzace zkušeností, zafixovanými způsoby chování
 - nezájem o činnosti, které dříve osobu bavily
 - změny afektibility a poruchy kritičnosti
 - emotivita a psychično - úzkostnost, depresivita, podrážděnost, hostilita jako reakce na uvědomování si poruch
 - potřeba kontroly, občasné pomoci
 - o **střední demence** – středně závažné stadium:
 - vzrůstání deficitů krátkodobé i dlouhodobé paměti, těžké a trvalé amnézie s poruchami řečové komunikace s okolím (neadekvátní odpovědi, perseverace, echolalie, parafázie,...)
 - dezorientován časem i místem
 - časté bludy, agitovanost (bezüčelná PM excitace), či naopak apatie (netečnost, lhostejnost)
 - myšlenkové perseverace
 - neschopnost zvládat osobní záležitosti a vztahy (např. schopnost rozumět situacím/požadavkům)

STÁTNÍ ZÁVĚREČNÁ ZKOUŠKA - PSYCHOLOGIE

- ztráta náhledu do vlastních poruch a obtíží – dochází ke ztrátě identity
- ztráta schopnosti učit se, vybavit si novou informaci a abstraktně uvažovat, logicky uvažovat
- projevuje se v aktivitách denního života – jak sebeobsluha, tak instrumentální aktivity (apraxie)
- obtíže v komunikaci
- neadekvátní sociální chování
- potřeba dohledu, trvalé pomoci
- **těžká** demence - pozdní stadium onemocnění
 - nárůst poruch orientace (těžká dezorientace – časem, místem i osobou) a paměti
 - ztrácí se schopnost myšlení
 - omezená komunikace – nerozumí, nekomunikuje
 - stálé opakování pohybů či bezesmyslných slov, často je přítomný mutismus
 - labilní či mizivý zrakový kontakt s komunikující osobou
 - nepřiměřené sociální chování, u mobilních osob potulování a bloudění bez cíle
 - časté je upoutání na lůžko, ztráta hybnosti, inkontinence, kachexie (patologický úbytek hmotnosti) → neschopnost sebeobslužných aktivit
 - časté neurologické příznaky: extrapyramidová rigidita, pseudobulbární symptomatologie
 - potřeba plné péče okolí, rodina potřebuje pomoci, případně umístění do ústavního zařízení
- výše uvedená stadia jsou v plné míře nejvíce přítomna u primárně degenerativních demencí, nejčastěji u Alzheimerovy choroby

Parkinsonova choroba

- jedná se o tzv. podkorovou demenci
- chronické progresivní onemocnění zasahuje především extrapyramidový systém, poškozena je oblast bazálních ganglií (dochází k úbytku neuronů v substantia nigra ve středním mozku – pokles syntézy dopaminu), dochází také ke změnám neurotransmiterů
- demence pouze u 10-30% nemocných Parkinsonovou chorobou
- 0,1% populace (častěji muži), po 65. roce věku 1%
- nevznikají afázie, agnozie apod. (není zasažena mozková kůra)
- mírnější a pomalejší progrese, poškozena především dlouhodobá paměť, zpomalené vybavování, celkový bradypsychismus, prodloužení reakčního času, zpomalené verbální vyjadřování, rigidní, ulpívavé myšlení, sklony k depresi (40-50% nemocných), motorické obtíže – bradykineze (zpomalení iniciace volního pohybu), postupně třes, instabilita
- nejčastější projev: DYSEXEKUTIVNÍ SYNDROM – neschopnost řešit složitější úkoly, narušené plánování, oslabení kontinuity uvažování, soudnost zachována

Ischemicko-vaskulární demence

- demence vzniká až tehdy, když rozsah poškození mozkové hmoty přesahuje kompenzační možnosti mozku
- klinický obraz závisí na míře a lokalizaci poškozené tkáně, může zasahovat korové i podkorové oblasti
- 15-30% všech demencí, obvykle po 60. roce života, s přibývajícím věkem se četnost zvyšuje
- nejčastější formou vaskulární demence je MID (**multiinfarktová demence**), která je druhou nejfrekventovanější diagnostikovanou demencí vůbec
 - základem pro rozvoj MID jsou mnohočetné, zpravidla drobné mozkové infarkty v oblastech mozkové kůry a bílé hmoty
 - náhlý vznik → především v případě většího mozkového infarktu nebo více infarktů v klíkových mozkových oblastech
 - pozvolný vznik → začíná neurastenickým syndromem (neurastenie - dráždivá slabost), který se projevuje poruchou soustředění, nespavostí (hyposomnia), depresivní a úzkostnou náladou a funkčními somatovegetativními příznaky

STÁTNÍ ZÁVĚREČNÁ ZKOUŠKA - PSYCHOLOGIE

- stupňovitý charakter průběhu (vlivem narůstání počtu mozkových infarktů – a kolísavý)
- výskyt fatických, praktických a gnostických poruch
- specifické znaky vývoje:
 - nerovnoměrné postižení kognitivních funkcí - nejsou plynulé, častěji se realizují skokem (vlivem narůstání počtu mozkových infarktů)
 - po ataku choroby jsou přítomny topické neurologické nálezy - hemiparézy, afázie, hemianopie, poruchy senzoriky, agnózie a projevy neglect syndromu
 - kognitivní funkce jsou porušeny více ostrůvkovitě, poruchy bývají nekonstantní
 - více je porušena paměť týkající se nových událostí, staré informace bývají lépe zachovány
 - častěji než u projevů ACH jsou zachovány schopnosti logického myšlení a úsudku
 - dlouhodoběji je zachována osobnost a náhled na vlastní poruchu
 - emoční labilita, výšená dráždivost, plačtivost, vztahovačnost, hypochondrie
 - depresivita je přítomna i u závažnějších projevů poruchy
- obraz onemocnění je charakterizován především přítomností specifických fatických poruch, které jsou z hlediska aktivizace a terapie příznivější než u ACH, ale také trvalou depresivitou vyplývající z náhledu na vlastní obtíže

Průběh demence (Vágnerová, 2012)

- závislý na příčině, individuální, vliv genetické dispozice, nemorbidní stav pacienta, psychický a somatický stav
- MCI – mild cognitive impairment, předchází demenci, obtíže v oblasti exekutivních funkcí a poruchy paměti zhoršující se v zátěžových situacích
- první stádium – **lehká demence**
 - mírnější narušení (paměť, řešení problémů, kompenzace, zejména v nových nebo náročných situacích ...atd. popsáno výše)
 - nemocný potřebuje kontrolu a občasnou pomoc
- druhé stádium – **střední demence**
 - už začíná i porucha dlouhodobé paměti, problémy řešit i obvyklé problémy, bludy, problémy v porozumění (vliv na komunikaci), omezený slovník, apraxie, obtíže se sebeobslouhou, nápadné chováním ztráta kontroly emocí, objevuje se inkontinence
 - potřebuje dohled a trvalou pomoc
- třetí stádium – **těžká demence**
 - zcela dezorientován, ztráta myšlení, omezená komunikace, ztráta většiny běžných dovedností, apraxie, negativismus, nerespektování soc. pravidel, běžně úplná inkontinence
 - úplně odkázán na péči okolí, nezbytná je pomoc rodině, až přemístění do ústavního zařízení
- čtvrté stádium – **terminální**
 - upoután na lůžko, nekomunikuje, nerozumí
 - zcela závislý na ošetrovatelské péči

Diagnostika demence

- **rozhovor** – v jeho průběhu můžeme zjistit např., že má zhoršenou výbavnost slov, logické chyby, nepřesnosti
- **Clock test** – základní technika, která se používá, spočívá v tom, že mají za úkol nakreslit ciferník a umístit ručičky na požadovaný stav a na tom se ukáže kognitivní porucha, hodnotí se tvar, přítomnost čísel, prostorové uspořádání, postavení ručiček a jejich poměr velikosti, hodnotíme nastavení ručiček
- **Minimental state examination** MMSE - Krátký test kognitivních schopností
 - provádí se s jedním klientem, který je posazen naproti
 - před testem se ověří sluch a porozumění jednotlivým instrukcím
 - je třeba získat si důvěru člověka („Můžu Vám položit teď nějaké otázky?“ apod.)
 - patří zde zkouška orientace, zapamatování, pozornosti a počítání, paměť a výbavnost, pojmenování, opakování, třístupňový příkaz, čtení a splnění příkazu, psaní a obkreslování

STÁTNÍ ZÁVĚREČNÁ ZKOUŠKA - PSYCHOLOGIE

- při zkoušce orientace se otázky pokládají v přesném pořadí, pokládá se nejvíc 3x a když neodpovídá ani poté, tak se doporučuje skóre 0 (i když odpoví špatně), neopravovat, prostě jen akceptovat, nediskutovat a nevysvětlovat,
- instrukce mohou při nepochopení zopakovat
- celkové skóre je 30 bodů
- Addenbrookský test a Montrealský test – tyto testy zachytí i mírnou kognitivní poruchu
 - **Addenbrookský test** sleduje více jednotlivé schopnosti, v některých klient selhává a to je známkou nějaké poruchy
 - doporučeno MOCA – **montrealský kognitivní test** – více do hloubky než MMSE – oba volně dostupný
- **test verbální fluence** či **zkouška jazykového citu**

Diferenciální diagnostika

- = demence x delirium x afázie, dysartrie
- **afázie** x demence (kognitivně- komunikační poruchy)
 - poruchy komunikace při afázii vznikají většinou náhle, při demenci se vyvíjejí pomalu
 - poruchy komunikace mají u demence progredující charakter, při afázii je klinický obraz více méně stabilní
 - afázie vzniká zpravidla v důsledku ložiskového poškození mozku, při demenci je v pozadí difúzní atrofie mozku
 - při afázii je intelekt zachován
 - při demenci je pozorována deteriorace v obou složkách komunikace (verbální i neverbální)
 - např. primární progresivní afázie se od demence liší tím, že primárně začíná poruchou jazyka, která se postupně zhoršuje
- **delirium**
 - ACS – akutní stav zmatenosti (Acute confusional state)
 - akutní porucha duševního stavu a chování, která se vyskytuje zvláště u nemocných vyššího věku s organickým mozkovým postižením
 - pokud je osoba v deliriu, nedají se dělat žádné testy
 - nástup je razantní (hodiny, dny), ale může mít podobné projevy jako demence
 - způsobeno celkovým selháním mozkového metabolismu
 - mohou onemocnět i pacienti již trpící demencí
 - rozdíl: delirium je podmíněno přítomností rychlého nástupu změny vědomí nebo jeho fluktuaci během uplynulých 24 hodin, poruchy pozornosti, dezorganizace myšlení.
 - delirium hyperaktivní, hypoaktivní, smíšené
 - pozitiva deliria podmíněna přítomností rychlého nástupu změny vědomí nebo jeho fluktuaci během uplynulých 24 hodin, poruchy pozornosti, dezorganizace myšlení
- **pseudodemence** – u starších osob trpících silnými depresemi
 - rozdíly: dobře orientováni v čase a prostoru, podávají lepší výkony během dne a v ranních hodinách, jsou si dobře vědomi špatných výsledků v testech

Sociální význam

- demence vede ke ztrátě soc. rolí a změny pozice ve společnosti, ale také v rodině
- zátěž na rodinu – náročná péče o nemocného - člověk se postupně stává pasivním objektem péče (ztráta soudnosti, schopnosti sebeobsluhy), v pokročilejším stadiu je péče komplexní a nepřetržitá (často spojená s pocitem marnosti)
- proměna osobnosti nemocného – pro rodinu je těžké akceptovat změnu osobnosti nemocného i samotnou diagnózu, frustrující je stádium, kdy jedinec přestává poznávat členy rodiny
- častou reakcí je únik ze situace – umístění jedince do péče a omezení návštěv

Demence u dětí

- v mnohém se liší od demence v dospělosti (postiženými funkcemi, průběhem)
- demence u dětí není stacionární, dochází k zastavení vývoje, stagnaci, zpomalení psychických procesů, regresi, snížení adaptability dítěte, ztrátě intelektových funkcí (rozpad řeči, myšlení, mizení návyků)

- odlišné projevy, protože inteligence se teprve rozvíjí, k poškození rozumových schopností dochází na různém stupni vývoje
- prognóza je těžko odhadnutelná, závisí na příčině, závažnosti, individuálních dispozicích, dosažené vývojové úrovni, plasticita a kompenzační schopnosti dětského organismu mohou příznivě ovlivnit vývoj
- příčiny: poruchy metabolismu; degenerativní a demyelinizační onemocnění; zánětlivá onemocnění CNS; epilepsie; úrazy mozku; intoxikace
- **v dětském věku**
 - o rozumové schopnosti se teprve rozvíjejí
 - o k poškození může dojít v průběhu různých vývojových obdobích
 - o dle příčiny dochází k různým typům poškození, která mají za následek např. zástavu vývoje, stagnaci, zpomalení nebo regresi
 - o může dojít ke zlepšení stavu v důsledku dozrávání CNS nebo v rámci léčby
 - o projevy poškození CNS různé:
 - zástava/**stagnace psychického vývoje**
 - zhoršení paměti, pozornosti, učení, agresivní tendence, stereotypní myšlení
 - **změny v emočním prožívání**
 - nejnápadnější projevy, zvýšená dráždivost, labilní, kolísavé citové ladění (náladovost)
 - **změny v adaptabilitě**
 - dítě mění chování, nerespektuje dříve respektované normy, mizí pocity viny, studu, nekritičnosti, přítomná zlomyslnost, sobeckost (často hodnoceno jako porucha chování)
 - **úbytek intelektových schopností**
 - rozpadá se řeč, nechutí k aktivitám, ztráta motivace, zájmu o okolí, zhoršování kognitivních schopností, unavitelnost

Terapie

- **prvotním cílem terapie** → je rehabilitační program s realistickými cíli a využitelnými metodami práce
- komplexní program → je realizován zapojením léčby farmakologické, psychoterapeutické i rehabilitační a nefarmakologické přístupy a metody
- základních principů terapie demence:
 - o neodkladné řešení otázek pomoci a adaptace na danou situaci a zavedení léčebných opatření pro zachování a zlepšení stávajících schopností postižené osoby
 - o aktivní cvičení, trénink fyzických a psychických schopností a zdůrazňování zachovaných dovedností, nikoli poruch
 - o podpora aktivního přístupu léčené osoby a užívání zachovaných schopností v každodenním životě
 - o podpora správné léčby stávajících a budoucích symptomů a onemocnění ošetřujícím lékařem, neboť dobrý fyzický stav je nutným předpokladem pro stabilní psychickou kondici
 - o správná podpůrná léčba medikamenty prováděná ošetřujícím lékařem pro řešení poruch spánku, afektivity, neklidu, úzkosti apod. je nezbytným předpokladem pro efektivní rehabilitaci
 - o poskytnutí psychoterapeutické pomoci pacientovi a jeho rodině
 - o využívání rehabilitační péče, pracovní terapie, řečové terapie a kognitivního tréninku pro aktivní pomoc osobě trpícími demencí
- **cíle, metody a formy rehabilitačního procesu** s osobami s demencí jsou **modifikovány** podle výsledků lékařské a psychologické diagnostiky a stanoveny na jejím základě
- pro nemedikativní terapeutické postupy - rozhodující typ demence, aktuální stadium demenčního procesu a předpokládaný vývoj a prognóza onemocnění

PERVAZIVNÍ VÝVOJOVÉ PORUCHY (F84, Pervasive Developmental Disorders – PDDs)

- nejzávažnější poruchy dětského psychického vývoje zahrnující různorodou skupinu poruch
- autismus považujeme za celoživotní vrozené neurovývojové postižení jedince projevující se do 3 let věku dítěte
- PAS jsou skupinou poruch, které se diagnostikují na základě projevů chování
- *"Organická porucha, způsobená genetickou predispozicí, která spolu s rizikovými faktory prostředí způsobí změnu ve vývoji mozku, jež se pak projeví v různých stupních závažnosti narušeným kognitivním vývojem a v důsledku toho i abnormální chování."* (Cottini a Vivanti, 2017)
- *"Autismus není něco, co osoba má, není to žádná ulita, ve které je osobnost uvězněna. Ve skořápce není schované normální dítě. Autismus je způsob bytí. Autismus je všepřonikající. Prostupuje každou zkušeností, celým vnímáním, každým smyslem, každou emocí. Autismus je součástí existence. Osobnost se od autismu oddělit nedá."* (Sincalir in Thorová, 2012)
- Vrozené neurovývojové postižení mozkových funkcí, které dítěti umožňují komunikaci, sociální interakci, fantazii a kreativitu. (Hrdlička, Komárek 2004; Thorová 2006)
- specifika smyslového vnímání → nezpracovává a nevyhodnocuje informace běžným způsobem (senzorické, jazykové, nerozumí tomu, co vidí a slyší)
- v současné době - snaha o odklání se od stereotypů, abychom ho naučili pružnosti (jinak se na to děti hodně váží a poté jsou větší problémy)
- běžné učení pro intaktní děti - nápodoba - chybí u osob s autismem (např. i zrakový kontakt musí být naučená dovednost)
- diagnostikuje: klinický psycholog či pedopsychiatr; případně jako logopedi po zaučení a kurzu můžeme některé testy používat (CARS, ...) - pediatr – podezření
- očkování: HEXA vakcína (první dávka do 18 měsíců)
 - o povinnost pro předškolního vzdělávání
 - o neproočkovanost
 - o --> není žádný vědecký doklad o tom, že autismus způsobuje toto očkování (ti lékaři, kteří zmanipulovali výsledky - byli jim odebrány licence!)
- AMERIKA - podle statistických údajů Center for Disease Control and Prevention (CDC) z roku 2016 se ve společnosti nachází 1,5% dětí s autismem
- ČR - prevalence PAS (VZP) v posledních letech výrazně narůstá, střízlivý odhad udává 1% dětské populace
- prevalence autismu 1 z 68 dětí
- 10% nárůst dán věkem rodičů (daleko větší roli zde hraje věk otce)
- častější výskyt u chlapců 4:1 (DA 4,3:1; AS 9:1)
 - o protože se projevuje souvislost s testosteronem!

Kdy určitě vyhledat pomoc nebo radu?

- dítě do 12 měsíců nežvatlá
- dítě do 12 měsíců negestikuluje (neukazuje, nemává na rozloučenou)
- dítě do 16 měsíců neužívá slova
 - o pozn. dvou až tříslavné, jednoduché, dysgramatické
- dítě do 24 měsíců spontánně neužívá věty
 - o pozn. v 2 roce - aktivní slovní zásoba kolem 50 slov
- ztráta jakýchkoli již získaných jazykových nebo sociálních schopností v jakémkoli věku
- v rámci DD: podobné s OVŘ

KANNERŮV DĚTSKÝ AUTISMUS**Terminologie**

- časný infantilní autismus (Dětský autismus, Kannerův syndrom, Kannerův infantilní autismus, F84.0)

Definice (MKN-10)

- přítomností abnormálního nebo porušeného vývoje, **manifestujícího se před věkem 3 let**
- charakteristickým typem **abnormální funkce** všech tří oblastí psychopatologie
 - o reciproční sociální interakce
 - o komunikace
 - o opakující se omezené stereotypní chování

STÁTNÍ ZÁVĚREČNÁ ZKOUŠKA - PSYCHOLOGIE

- k těmto specifickým diagnostickým rysům dále přistupuje běžně škála dalších nespecifických problémů, jako fobie, poruchy spánku a jídla, návaly úzkosti (temper tantrum) a agrese namířená proti sobě
- **logopedický slovník, Dvořák:** Pervazivní vývojová porucha, jejíž podstatou je odtržení jedince od reálného světa a pohroužení se do svého světa vnitřního, jde o vrozenou neschopnost vytvářet kontakty s ostatními lidmi – tzv. „extrémní osamělost“, klinický obraz je charakteristický triádou příznaků: neschopnost vzájemné společenské interakce (stažení se do sebe), neschopnost komunikace (nejen verbální), omezení a stereotypní zájmy a aktivity
- **Velký lékařský slovník:** těžká psychická porucha v raném dětství, při níž je vážně narušeno navazování kontaktu dítěte s okolím, vytváření jeho citových a společenských vztahů.
- tzn. ovlivňuje to, jak se dotyčný chová k ostatním a jak s nimi komunikuje → důsledkem poruchy je, že dítě špatně vyhodnocuje informace, které k němu přicházejí (nerozumí dobře tomu, co vidí, slyší a prožívá)- z toho plyne narušení v oblasti komunikace, sociálního chování a představitosti
- **40. léta** –Leo Kanner popsal příznaky: deficit schopnosti vytvářet vztahy, narušení řeči, abnormalita reakcí na běžné podněty, obsedantní snaha po rigiditě při relativně zachované mechanické paměti, vycházel z několika případových studií, na psychogenním podkladě
- **dnes:** neurobiologická podstatata – manifestace nejpozději do 30./36. měsíce
- je relativně vzácný, velmi závažný a častěji se vyskytuje u chlapců (4-5:1)

Etiologie

- zatím není přesně popsána, většina odborníků se domnívá, že je důsledkem organického poškození mozku
- pravděpodobně multifaktoriální
- není podmíněn sociokulturně
- dle Vágnerové
 - o **genetická podmíněnost**
 - o **exogenní**, prenatálně působící vlivy
 - o **biologické faktory** - funkční či morfologická změna mozku (není však specifický nález pro všechny autisty), vždy jde o strukturální odlišnosti, ovšem ty jsou velmi individuální, neurochemické odlišnosti CNS (porucha serotoninu a dopaminu)
 - o **NEMÁ VLIV** - vnější, sociální faktory a chování rodičů
- dle výpisků Vitáskové:
 - o **genetické vlivy** výrazné hlavně na chromozomu X, 7 a 16
 - o **biochemický podklad**
 - hyperserotonémie u 25% pacientů
 - dysfunkce systému endogenních opioidů (vyšší práh bolestivosti a automutilace)
 - o **důkazy:**
 - **EEG**
 - abnormity až u 80%, ve vztahu s nižším intelektem
 - až u 35% během života epilepsie (proti 0,5% u běžné populace) - vliv zatížení familiárním, perinatálním poškozením somat. por. a MR; nejčastější nástup v PŠK věku (s MR) a po 10. roce (s AUT)
 - **CT, MRI**
 - abnormity mozkové kůry (zmenšený objem parietálního a frontálního laloku; lokalizovaná pachygyrie, mikrogyrie, makrogyrie, poruchy neuronální migrace)
 - abnormity mozečku (zmenšení některých lobulů)
 - abnormity cytoarchitektoniky hippocampu a amygdaly
 - abnormity (zmenšení) corpus callosum
 - **SPECT, PET, fMRI**
 - difúzní regionální abnormity intra a interhemisferální
 - frontální a temporální hypoperfúze mozku
 - zpracování vnímání tváří v jiných částech mozku
- dle Gilbergovy klasifikace
 - o **familiární** (cca 8%)
 - o se **somatickým onemocněním**, anomálií (37%)
 - u syndromu fragilního X (mix autismu a Downova syndromu), zarděnky u matky v těhotenství, CMV (cytomegalovirus), encefalitida, (hlavně při herpes zoster), hypotyreoidismus, laktátová acidóza, Moebiovův syndrom, Duchennova muskulární atrofie, MPS, neurofibromatóza, FKN

(fenylyketonurie), nemoci purinového metabolismu, Rettův syndrom, Sotosův syndrom, tuberální skleróza, Westův syndrom, Williamsův syndrom

- s **nespecifickými projevy poškození mozku** bez diagnózy v rodinné anamnéze (46%)
- bez diagnózy v rodinné anamnéze, **bez příznaků poruchy CNS** (9%)

Symptomatologie

- základní dělení: specifické X nespecifické
- dle Hrdličky: (Dětská a adolescentní psychiatrie)
 - **narušení sociální interakce** – narušení iniciace kontaktu, odpovědi na emoce jiných, adaptace na sociální kontext, použití sociálních signálů a integrace sociálního, emočního a komunikačního chování, brání se zrakovému kontaktu, nemazlí se, nevyžaduje přítomnost, pomoc druhých, narušení emočního pouta rodič-dítě, odpor ke změně, nemá zájem o hru s ostatními, nenavazuje přátelské vztahy, chybí empatie, nerozlišují živé a neživé, neschopnost navazování kontaktu s ostatními lidmi, netečnost k projevům ostatních lidí, odmítání spolupráce při výuce; odmítání tělesného kontaktu, doteků, mazlení a objímání
 - **narušení hry a komunikace** - OVŘ a nedostatečné sociální užití řeči – nedostatek vzájemnosti v dialogu, snížená adaptace jazykového chování, deficit fantazijní a společensky napodobující hry, kreativity a fantazijního myšlení, jsou schopni si hrát s věcmi, se kterými by si normální děti nehrály, fantazijní hra má odlišný charakter; obtíže při verbální i neverbální komunikaci
 - **omezené stereotypie a chování, zájmů** – obsedantní ulpívání na neměnnosti života a prostředí, nefunkční rituály, odpor ke změně, motorické manýrismy, volní bezúčelné stereotypie, opakující se pohyby rukou (k uvolnění napětí), netypické specifické zájmy (omezené a atypické, neživé předměty, mechanické předměty – nevyžadující soc. interakci), stavění předmětů do obrazců, obsedantnost Neschopnost představivosti a improvizace ve hrách

→ dříve pojímáno jako autistická triáda SOCIÁLNÍ INTERAKCE, PŘEDSTAVIVOST A STEREOTYPNÍ ZÁJMY, KOMUNIKACE (Thorová)

- charakteristika komunikace
 - projevuje se na úrovni verbální i neverbální, receptivní i expresivní
 - globální selhávání ve všech složkách komunikace
 - neschopnost využít řeči v dialogu
 - až polovina si neosvojí mluvenou řeč, pokud ano slovní zásoba může být bohatá, ale nevyužívaná ke komunikaci
 - **verbální komunikace**
 - artikulační obtíže, nerozumí, sluchová verbální agnozie, často nemluví vůbec, vývoj řeči je opožděn
 - monotónnost, obtíže v modulaci hlasitosti, zvláštní rytmus, vysoko/nízko posazený hlas, neschopnost porozumět prozodickým signálům
 - agramatismy, obtíže s používáním zájmen (vyjadřuje se o sobě ve 2. či 3. osobě), echolálie, nedostatečná slovní zásoba, mechanické skládání do vět, pomalé osvojování gramatických pravidel, potíže se skloňováním, rody, časy
 - obtíže v chápání významu komunikace, slova s obecným významem, logorhea, echolálie, verbální autostimulace, literární přesnost, lpění na určitých slovech, opravování nespisovných výrazů, odmítání synonym, neologismy, abstraktní pojmy, metafora, ironie, sarkasmus nechápou
 - malá, žádná či nepřiměřená spontaneita a reciprocita konverzace (komunikační egocentrismus), společenská nepřiměřenost (nevhodné otázky, potíže s tykáním a vykáním, vulgarita), verbální dezinhibice (pervazivní dotazování a ulpívání na tématech), potíže s procesem konverzace (zahájení, předávání si slova, plynulost, ukončení)
 - **neverbální komunikace**
 - exprese - běžná gesta využívána jen sporadicky, hypomimie, neadekvátní mimika, posturika příliš blízko, ulpívavý pohled, vyhýbání se zrakovému, tendence využívat ruku dospělého jako nástroje, destruktivní chování, agresivita a sebezraňování
 - recepcie - obtíže číst výraz obličeje, postoje těla nebo gesta usuzovat

- **představivost, zájmy, hra**
 - narušení imaginace má vliv na hru, která se nerozvíjí
 - vyhledává předvídatelnost v činnostech a upíná se tak na jednoduché stereotypní činnosti
 - potíže s vyplněním volného času funkční rozvíjející aktivitou
 - zacházení s hračkami a předměty je nestandardní a nefunkční
 - stereotypní činnost, často se pojí s vizuální, sluchovou a vestibulokochleární percepční autostimulací.
 - nápadné pohybové stereotypie
 - extrémní fixace na předmět
 - přerušení aktivity přináší vyšší míru problémového chování (agresivita, křik, sebezraňující tendence) nebo pasivní negativismus (dítě nespolupracuje)
- **další možné symptomy**
 - neschopnost uvědomit si reálné nebezpečí
 - neadekvátní smích nebo záchvaty zuřivosti zdánlivě bezdůvodné
 - značný tělesný neklid (hyperaktivita) a zvláštní bizarní pohyby
 - záliba v točení se a rytmických pohybech
 - celková uzavřenost a samotářství
 - chybí radost z komunikace
 - mluví na někoho, ne s někým
 - nechápe jazyka jako nástroj sdělování
 - propojuje minulost s budoucností
 - přehnané množství otázek, s vynucováním stereotypní odpovědi
 - dysprozódie, problémy s nasazením a intenzitou hlasu, ostré přechody mezi rejstříky
 - obtíže v napodobování artikul pohybů
 - zraková percepce abnormální – sledování pohybujícího se objektu, nestabilní, rychlý a krátký pohled, při koncentraci dlouhý a upřený
 - obtíže s prostorovou orientací
 - obtížná kontrola pohybu
 - paradoxní reakce na podněty – bolestivost, nezájem, úzkost
 - rezistence vůči některým lékům (sedativa)
 - nepřiměřenost v zažívacím systému- pití (mají specifickou vášeň pro potravinu, pro pití nebo barvu potraviny)
 - absence závratí
 - dobrá akustická paměť, matematické dovednosti
 - chybí útlum smyslového vnímání
 - neschopnost vydělit významové zvuky a figury od pozadí
 - poruchy periferního vidění, výpadky vidění, barvy vyvolávající agresivitu (může být spojené s nepříjemnou situací)
 - koncentrace na pohyb
 - emoční labilita
 - sebepoškozování (automutilace, autoagrese – plácání do T, bití se do hlavy, rozhryzávání ruky, hlava do zdi
 - prudké afektivní výbuchy
 - u většiny se projevuje snížené IQ
 - mohou být bez postižení intelektu
 - obratní
 - kvalitní zraková a prostorová paměť

Kognitivní odlišnosti (dle Vágnerové)

- **smyslové podněty**
 - zpracovávají je odlišným způsobem
 - preferují jiné smyslové kanály (např. čich)

STÁTNÍ ZÁVĚREČNÁ ZKOUŠKA - PSYCHOLOGIE

- omezení schopnosti vytvářet asociace (spojení mezi smyslovými podněty)
- projevuje se také zvýšenou citlivostí na některé běžné podněty (pro okolí může být reakce neadekvátní – zejména některé zvuky)
- problémy v selekci a diferenciaci různých podnětů (jsou schopni vnímat své okolí pouze v omezené míře)
- **kognitivní postižení**
 - nejsou schopni porozumět významů určitých podnětů a adekvátně je interpretovat
 - nedochází k rozvoji symbolického myšlení
 - porucha imaginace = hra nemá tvořivý charakter
 - nejsou schopná diferencovat mezi podstatnými a nepodstatnými znaky podnětu
 - objevují se problémy v oblasti exekutivních funkcí (přesun od tématu, nedokážou předvídat důsledky)
 - obecně problémy v porozumění (situacím, myšlení jiných atd.)
- **specifika učení**
 - spontánní učení je limitováno
 - často nejsou schopni generalizovat zkušenost (využít naučené v jiné situaci)
 - změny je dezorientují
 - chybí zvědavost a spontánnost
 - dávají přednost stereotypu
- **specifika ve vývoji řeči**
 - je narušena expresivní i receptivní složka
 - řeč se často nevytváří vůbec, pokud ano vývoj má zvláštní průběh
 - chybí komunikativní žvatlání
 - prvním projevem může být mechanické opakování slov
 - často neschopni využít řeč ke komunikaci, verbální produkce nemá pro ně funkci sdělení (žádnou informační hodnotu)
 - poměrně časté jsou echolálie (bez porozumění) a verbální stereotypie
 - nedodržují slovosled
 - často nepoužívají zájmeno já (o sobě mluví ve 2. nebo 3. osobě)
 - narušení prozodických faktorů (hlasitost, monotónnost)
- **odlišnosti v emočním prožívání**
 - emoční projevy nejsou vnímány jako zcela standardní
 - často mají charakter negativní reakce na subjektivní zátěž dítěte (pramenící z neschopnosti orientovat se v běžném světě, z pocitu subjektivně nezvládnuté situace a pociťovanou úzkostí)
 - jsou zvýšeně dráždivé, výbuchy vzteku nebo strachu může vyvolat i pro nás nevýznamný podnět
 - obtíže v porozumění vlastním pocitům (neschopni popsat nebo diferencovat vlastní emoce)
 - velmi těžké motivovat (sociální ocenění pro ně nemá hodnotu – pochvala apod.)
 - schopni podmiňování chápou princip odměny a trestu
- **nápadnosti v chování**
 - nediferencují živé a neživé, nebezpečné a bezpečné
 - hra má charakter stereotypní manipulace s různými předměty
 - potřeba stálosti, neměnnosti, rituálů
 - častěji reagují agresivně, sebepoškozování
- **osobnostní specifika**
 - mají narušené chápání vlastního já
 - není jim příliš jasná hranice vlastní osoby a okolí (vlastní tělo považují za předmět)
 - problémy s chápáním vlastní identity, sebe samého
- **inteligence**
 - jde o velmi diskutované a sporné téma (nakolik dítě ovlivňuje vrozená mentální retardace)
 - často osoby s autismem posuzujeme dle jejich „funkčnosti“ v běžném světě a ne dle jejich schopností, kterými disponují
 - emoční a sociální inteligence je u dětí s PAS narušena vždy

STÁTNÍ ZÁVĚREČNÁ ZKOUŠKA - PSYCHOLOGIE

- značně nerovnoměrné schopnosti, tzv. „ostrůvky“ intelektu (to že je schopen odříkat nazpaměť jízdní řád neznamená, že nemůže trpět mentální retardací)
- 70-80 % dětí má také mentální retardaci
- některé schopnosti mohou dosahovat až hranic geniality, ale varují od pasivního zacházení s předměty zcela bez porozumění až po tvořivé využívání schopností
- specifické dovednosti se objevují často v oblasti vizuálně-prostorových schopností, paměťových schopností, hudební, kresebné a početní schopnosti
- zjišťování mentálních schopností dítěte je velmi důležité pro efektivní pedagogickou intervenci
- **neschopnost metareprezentace a hyperrealismus**
 - problémy v oblasti mentální reprezentace, generalizace (slovo pes neznamená pouze tento obrázek psa, ale označuje všechny psy nebo naopak všechny muže označuje táta)
 - časté je příliš realistické vnímání světa
 - důsledky jsou v narušení v oblasti symbolické hry (nejdou schopni předstírat, že banán je telefon), doslovnost, mechanická přesnost ve zpracování informací

Diagnostika

- ➔ MKN-10 triáda – opakující se zájmy a aktivity + komunikace + sociální interakce
- ➔ DMS-5 diáda – sociální komunikace + stereotypní zájmy, představivost

MKN-10

- výklad dle Hrdličky
 - jde o syndrom, který diagnostikujeme na základě projevů chování vyskytujících se do 5. let života (s postupem a výchovou se mohou měnit)
 - **abnormity do tří let v:**
 - recepci nebo percepci řeči v sociální komunikaci
 - vývoj sociálních vazeb či sociální interakce
 - funkční nebo symbolické hry
 - **nejméně 6 symptomů:**
 - 2 ze 4:
 - oční kontakt, mimika, postura, gestikulace – interakce
 - vztahy s vrstevníky při dostatečné možnosti rozvoje se sdílením zájmů, emocí, aktivit vzhledem k MV (mentálnímu věku)
 - deviantní reakce na emoce jiných
 - adaptace na sociální kontext, integrace
 - aspoň 1:
 - narušená produkce řeči bez snahy o kompenzaci neverbální komunikací
 - iniciace nebo ukončení konverzace při reakci na komunikaci jiných
 - stereotypní použití jazyka, idiosyntaktické použití slov a frází (perseverace, nebo ve vztahu k určité věci se objeví stereotypní používání slov)
 - málo spontánní fantazijní hry nebo společenské hry (snaha nebo iniciace o zapojování se do společenských her)
 - aspoň 1:
 - stereotypie a omezenost zájmů s abnormálním obsahem nebo intenzitou a specifičností
 - uplívavost na nefunkčních rutinních aktivitách a rituálech
 - zájem o nepodstatný detail (vůně, hluk, vibrace)
- dle výkladu Thorové
 - autismus se projevuje před třetím rokem věku dítěte
 - kvalitativní **narušení sociální interakce**
 - nepřiměřené hodnocení společenských emočních situací
 - nedostatečný odpověď na emoce jiných lidí
 - nedostatečné přizpůsobení sociálnímu kontextu
 - omezené používání sociálních signálů

STÁTNÍ ZÁVĚREČNÁ ZKOUŠKA - PSYCHOLOGIE

- chybí sociálně-emoční vzájemnost
- slabá integrita sociálního, komunikačního a emočního chování
- kvalitativní **narušení komunikace**
 - nedostatečné sociální užívání řeči bez ohledu na úroveň jazykových schopností
 - narušená fantazijní a sociálně napodobivá hra
 - nedostatečná synchronizace a reciprocita v konverzačním rozhovoru
 - snížená přizpůsobivost v jazykovém vyjadřování
 - relativní nedostatek tvořivosti a představivosti v myšlení
 - chybí emoční reakce na přátelské přiblížení jiných lidí
 - narušená kadence komunikace a správného užívání důrazu v řeči, který moduluje komunikaci
 - nedostatečná gestikulace ke zvýraznění komunikace
- omezené, **opakující se stereotypní způsoby chování, zájmy a aktivity**
 - rigidita a rutinní chování v široké škále aspektů každodenního života
 - specifická přichylnost k předmětům, které jsou pro daný věk typické
 - lpění na rutině, vykonávání speciálních rituálů
 - stereotypní zájmy – data jízdní řády apod.
 - pohybové stereotypie
 - odpor ke změnám v běžném průběhu činností nebo v detailech osobního prostředí
- nespecifické rysy
 - strach (fobie), poruchy spánku a příjmu potravy, záchvaty vzteku, agrese a sebezbraňování, většinou chybí spontaneita, iniciativa a tvořivost při organizování volného času, potíže s vytvořením myšlenkové osnovy při rozhodování v práci i přesto, že schopnostmi na úkol stačí

DSM-5

- přetrvávající deficit v **sociální komunikaci a sociální interakci**
 - deficit v oblasti socio-emoční vzájemnosti (reciprocity), jako selhávání v dialogu, sdílení emocí, zájmů, afekty, selhávání v iniciaci konverzace, v reagování na sociální interakce
 - deficit v oblasti nonverbálního chování užívaného během sociálních interakcí, jako udržování zrakového kontaktu, chápání „řeči těla“, deficity v oblasti porozumění a používání gest, nedostatky ve vyjadřování a rozpoznávání mimiky a nonverbální komunikace
 - deficity ve vývoji, udržování a pochopení mezilidských vztahů, jako problémy v přizpůsobení svého chování různým situacím a kontextům, problém v děláni si přátel, absence zájmu o vrstevníky, problémy s tvořivou hrou
- omezené, **stereotypní vzorce chování, zájmy a aktivity** (musí se projevovat alespoň ve 2 následujících)
 - stereotypní a opakující se pohyby, používání řečových stereotypů, stereotypní užívání předmětů
 - trvání na neměnnosti, neschopnost přijmout změnu v zavedené rutině či rituálním vzorcům chování (úzkost i z malých změn, obtížně přijímají změnu, rigidní myšlení, rituály)
 - vysoce fixované a omezené zájmy, abnormální intenzity a zaměření
 - hypo- nebo hyperreaktivita na některé podněty, neobvyklé zaujetí pro odlišné podněty z prostředí než je běžné (nadměrné zaujetí vůněmi, různými povrchy, vizuální fascinace světly/pohybem, jiné vnímání bolesti)
- symptomy se musí projevovat od raného vývoje dítěte (nemusí být plně manifestovány, mohou být maskovány)
- symptomy musí způsobovat signifikantní dopad v oblasti sociální, pracovní a další důležité oblasti běžného fungování
- symptomy nelze vysvětlit mentálním postižením ani celkovým opožděním ve vývoji
- závažnost poruchy: (3 úrovně „hloubky“ autismu)
 - level 3 – vyžadující velmi podstatnou podporu
 - level 2 – vyžadující podstatnou podporu
 - level 1 – vyžadující podporu

Diagnostické materiály

- **CARS** – Childhood Autism Rating Scale – 30 min – 1 hod.
- **ADI – R** – Autism Diagnostic Interview – Revised – 100 položek – 3 hod. – rozhovor s rodičem
- **DACH** – dětské autistické chování dle Thorové, metoda orientační – forma dotazníku pro rodiče
- chování
 - o **ABC** – Autism behaviour Checklist
 - o **BRIAC** – Behaviour Rating Instrument For Autistic Children
 - o **ADOS** – Autistic Diagnostic Observation Schedule
- intelekt
 - o vývojové škály: **Gessel**, **Bayleyová**, **PEP**, **APEP**

Diferenciální diagnostika

- Specifické vývojové poruchy, receptivní řeči se sekundární poruchou emocí a interakce – F 80. 2
- Reaktivní porucha vztahů – F 94. 1
- Dezinhibiční typ náklonnosti – F 94. 2
- Mentální retardace – s přidruženou poruchou chování a emocí
- Schizofrenie s časným vznikem – F 20
- Rettův syndrom – F 84. 2
- kongenitální hluchota – těžká sluchová vada (či jiné vady sluchu)
- psychosociální deprivace
- vady řeči - selektivní mutismus
- syndrom fragilního X chromozomu – děti mají větší tendenci vyhýbat se očnímu kontaktu a fyzickým dotekům, na druhou stranu se chovají často velmi přátelsky
- ADHD (porucha chování s hyperaktivitou), ADD (porucha chování bez hyperaktivity)
- je známo přibližně 70 diagnóz, které se mohou vyskytovat společně s poruchami autistického spektra (Thorová, 2006)
- do 5. roku života se symptomy velmi podobají jiným diagnózám

Komorbidity

- mentální retardace (70-80% dětí s PAS) – děti s autismem mají větší potíže chápat projevy emocí jako je přátelské uchopení kolem ramen, soucit, pohlázení; výsledky kognitivních testů lidí s autismem jsou rozdílné od vzorků osob mentálně retardovaných
- Downův syndrom (7-10% dětí s PAS)
- epilepsie (neurologické poruchy obecně) – 50% dětí s PAS

Prognóza

- 2/3 závažné až do dospělosti
- na prognózu má velký vliv raná péče, vrozené dispozice, kvalita vzdělávacího programu
- ve 20% autismu u dětí se může změnit na vysoce funkční autismus (lepší soc. interakce. lepší intelekt, méně projevů stereotypií, častěji zde můžeme diagnostikovat specifické vlastnosti a schopnosti, IQ vyšší než 70, intelekt v normě až nadprůměr s nerovnoměrným výkonem, částečná schopnost socializace a méně rysů autismu
- autismus v adolescence a dospělosti
 - o lidé s autismem a mentální retardací doživotně potřebují asistenci
 - o celkovou míru samostatnosti určuje míra adaptability
 - o pouze menší procento lidí s vysoce funkčním autismem dokáže fungovat samostatně

DALŠÍ PERVAZIVNÍ VÝVOJOVÉ PORUCHY**Atypický autismus (F84.1)**

- odlišuje se od dětského autismu buď věkem začátku, nebo tím, že nesplňuje všechny tři skupiny požadavků pro diagnostická kritéria
- vzniká často u výrazně retardovaných jedinců a jedinců s těžkou vývojovou receptivní poruchou řeči
- k rozvoji může dojít až po období normálního vývoje
- vývoj bývá analogický jako u dětí s časným autismem
- označovaná jako dezintegrační psychóza v dětství
- řada případů autismu nemá všechny symptom, některé, atypický autismus
- nutno odlišit schizoidní poruchu u dětí a dětskou schizofrenii

Rettův syndrom (F84.2)

- pouze u dívek, začátek 7-24 měsíc života
- genetické etiologie
- po normálním vývoji pozvolná ztráta řeči, porucha obratnosti při chůzi a užívání rukou, zastavení růstu hlavy, ztráta účelných pohybů, stereotypní kroutivé pohyby rukou, spontánní hypoventilace, zastavení vývoje hry, sociálních schopností
- ataxie trupu, apraxie od 4 let následováno choreoatetoidními pohyby
- téměř vždy výsledkem těžká mentální retardace
- patologické EEG – u 75% epilepsie
- invalidita až imobilita

Jiná dětská dezintegrační porucha (F84.3)

- Hellerův syndrom / Hellerova demence / dezintegrační psychóza / infantilní demence / symbiotická psychóza
- po období normálního vývoje dochází k postupné trvalé ztrátě dříve nabitých dovedností v průběhu několika měsíců (před 10. rokem)
- ztráta zájmu o okolí, manýrování, narušení soc. interakcí a komunikace

Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby (F84.4)

- normální vývoj do 2 let, pak ztráta dovedností v alespoň 2 oblastech:
 - o řeč - expresivní i receptivní
 - o hra
 - o sociální dovednosti a adaptační chování
 - o kontrola mikce a defekace
 - o motorické dovednosti
- symptomatologie: hyperaktivita nereaguje na stimulancia, mentální retardace, stereotypie, automutilace, v adolescenci inverze do hypoaktivity, ne narušení sociální interakce
- minimálně narušení ve 2 oblastech:
 - o reciproční sociální interakce
 - o v komunikaci
 - o stereotypie v chování, zájmech, aktivitách a manýrismy
 - o ztráta o okolní předměty
- diferenciální diagnostika:
 - o ostatní pervazivní vývojové poruchy
 - o Landau-Kleffner syndrom
 - o elektivní mutismus
 - o Rettův syndrom
 - o schizofrenie

Aspergerův syndrom a schizoidní porucha v dětství (F84.5)

- jde o atypický a disharmonický vývoj osobnosti s dominující poruchou v oblasti soc. vztahů
- MKN-10 je to to samé, ALE někdo poruchy odlišuje
 - o **schizoidní porucha** - jediný základní pojem chybění zájmu o soc. kontakty
 - o **Asperger** – připojují se nápadnosti v myšlení, řeči, zvláštní zájmy a značná motorická neobratnost

STÁTNÍ ZÁVĚREČNÁ ZKOUŠKA - PSYCHOLOGIE

- obtížněji navazují vztah k rodičům, vrstevníkům
- nejsou výrazně narušeny adaptační schopnosti (oproti dětskému autismu)
- inteligence v normě, vývoj řeči v normě (může být OVŘ)
- chybí soc. empatie, neflexibilní myšlení (nechápe humor, metaforu, slovní hříčky)
- symbolická hra skoro není
- častěji u chlapců
- často selhávají ve škole i přes dobrou inteligenci
- porucha soc. vztahů přetrvává do dospělosti, může přecházet ve schizoidní či schizotypné poruchy osobnosti

Zdroje:

- Neubauer: Logopedické kompendium, 2018
- Vágnerová: Psychopatologie pro pomáhající profese, 2012
- Pugnerová, Kvintová: Přehled poruch psychického vývoje
- Zápisky z přednášek Kytarové, z psychopedie
- CSÉFALVAY, Zsolt a Viktor LECHTA. Diagnostika narušené komunikační schopnosti u dospělých. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0364-3. (kapitola o NKS při demenci – Jana Marková, Zsolt Cséfalvay)
- ČERNÁ, Marie. Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením. Praha: Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-1565-3.
- KOZÁKOVÁ, Zdeňka, Olga KREJČÍŘOVÁ a Oldřich MÜLLER. Úvod do speciální pedagogiky osob s mentálním postižením. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3716-3.
- RUBINŠTEJN, Susanna Jakovlevna. Psychologie mentálně zaostalého žáka: příručka pro vysoké školy. 3. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1986.
- ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče. Vyd. 4., přeprac. Praha: Portál, 2011. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 978-80-7367-889-0.

NEUROTICKÉ obtíže

24. Charakteristika neurotických obtíží, předpokládané příčiny, rozdíly mezi neurózami dospělých a dětí.

Neurotické obtíže

- = různé kombinace tělesných a psychických projevů úzkosti, které nejsou vyvolány žádným reálným nebezpečím
- tělesný nebo duševní příznak (nebo více příznaků), které jedince obtěžují, vnímá je jako nepříjemné a cizí, přičemž hodnocení reality není v hrubých rysech narušeno, chování neporušuje základní sociální normy
- *Jung*: funkční psychickou poruchu, ve které se manifestuje nesoulad mezi vědomím a nevědomím
- úzkostné poruchy jsou spojeny s narušením emočního prožívání
- emoce mohou aktivizovat či inhibovat aktivitu organismus
- aktivizace vyvolaná např. citovým vzrušením připravuje organismus k větší námaze, ale energie zůstává nevyužita a může organismu spíše uškodit
- můžeme je chápat jako chronickou funkční poruchu CNS, projevující se sníženou adaptační schopností jedince na prostředí, ve kterém žije
- u neurotických poruch dominuje příznak úzkosti, strachu, obavy (tzv. dysforie) a vegetativní příznaky → vede k obranným reakcím → typické změnou prožívání, ale pod změnou emocí se mohou měnit i fyziologické reakce, uvažování, chování...
- *Kratochvíl*: u neurotického pacienta nebyl zjištěn organický původ onemocnění a přitom pacient trpí tělesnými i duševními obtížemi, které si uvědomuje a stěžuje si na ně (funkční poruchy)
- neurotické obtíže můžeme chápat jako poruchy adaptace

Terminologie

- termín neuróza použil poprvé W. Cullen v roce 1780
- v současné době je tento pojem kritizován a diskutován, ale jeho používání přetrvává, zejména v psychiatrické praxi
- z tohoto hlediska se liší i oba hlavní klasifikační systémy: MKN-10 pracuje s kategorií neurotické poruchy, DSM-IV obsahuje jen skupinu úzkostné poruchy
- neurotické obtíže se vyskytují nejčastěji mezi 25. - 40. rokem (Pfeifer in Vágnerová) – člověk se musí vyrovnávat s mnoha změnami, nároky (nové sociální role atd.)
- u neurotických obtíží je vždy vysoká míra úzkosti

Úzkost

- = nepříjemný citový stav, ve kterém převažují pocity napětí a obav neurčitěho obsahu (signál neznámého potenciálního nebezpečí, které čl. ještě nedokázal vymezit – adaptivní funkce pro člověka, aktivizuje člověka...)
- k vyvolání úzkosti stačí představa (anticipace) nebezpečí nebo ohrožení
- sklon reagovat úzkostně je vrozený, ale může být posilován negativní zkušeností
- byl prokázán i pozitivní vliv úzkosti na zvýšení výkonu; intenzita úzkosti je různá, pokud je příliš vysoká, člověk očekává nebezpečí i tam, kde není – úzkost se stane maladaptivní a navozuje neúčelné jednání
- úzkost = pocit možného ohrožení, aktivizuje člověka k obraně nebo útoku před něčím, co zatím nebylo rozpoznáno x úzkostnost = trvalejší osobnostní rys, stabilně zvýšená pohotovost reagovat úzkostnými reakcemi...

Strach

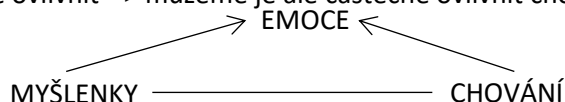
- konkretizace úzkosti, prožitek obavy z něčeho konkrétního (můžeme říci, čeho přesně se bojíme)
- projevy strachu a úzkosti jsou v různé intenzitě (mírný neklid až panická excitace), fyziologické projevy (zrychlená činnost srdce, rychlé/zpomalené dýchání, pocení, zvýšení svalového napětí...)

Neurotizace

- = proces vytváření neurotických příznaků u jedince vlivem dlouhodobě působících neurotizujících prvků
- zdroje neurotizace mohou být různé (např. závažné projevy manželského konfliktu, nejednotná nebo přísná výchova atd.), u dětí typicky zvýšená emoční labilita (na ne příliš silný podnět reagují zbytečným strachem a pláčem)
- neurotický vývoj u dětí se projevuje v psychické i somatické rovině
- u dětí většinou dominuje jeden neurotický projev (tiky, okusování nehtů, vytrhávání vlasů...), u dospělých spíše komplex projevů

Etiologie

- multifaktoriální (vzájemná interakce více faktorů)
- **endogenní** (biologické) **faktory**
 - **genetické dispozice** – temperament, funkce vegetativního systému; snížená tolerance k zátěži (dispozice k nadměrné pohotovosti reagovat úzkostnými projevy), větší psychická zranitelnost, dráždivost, labilita, sklon k vegetativním obtížím (tělo více citlivěji reaguje na nějaký problém - zvýšená somatizace → bolesti hlavy atd.)
 - **změna mozkových funkcí** – odchylky v oblasti mozkového kmene, limbického systému; neurotické potíže mohou být i projevem změn v CNS v důsledku mozkového nádoru; u dětí může být rizikovým faktorem funkční nezralost CNS
 - **porucha regulace neurotransmiterových systémů** – serotonin, noradrenalin
 - *pozn. somatizace může vzniknout právě i na základě nejisté citové vazby*
 - často v dětství strach z různých věcí - pouze v 8% přetrvává strach (ze tmy, bubáka, injekcí,...) v dospělosti
- **exogenní faktory**
 - psychosociální faktory - aktuální psychický stav, současná sociální situace, sociální role, zpětná vazba okolí na reakce, aktuální somatický stav, mohou přejít v chronické stresové situace...
 - minulé zkušenosti (nepříznivá zkušenost z dětství – týrání, zneužívání... → navozuje úzkost, úzkostné reakce se mohou fixovat a generalizovat – úzkostnou reakci pak vyvolají i neutrální předměty nebo osoby...), v důsledku nepříjemné zkušenosti může vzniknout i fobie nebo nutkavé chování (obránná reakce přinášející úlevu)
 - důležité je, jaký **postoj** zaujímají jedince k zátěžovým situacím → údajně věci, které se nám dějí, jsou neutrálního charakteru a záleží na nás, který náboj (pozitivní či negativní) mu dáme
 - **postoj** je naučený a dá se přeučit, pokud člověk chce
 - naučená bezmocnost (Seligman) – rezignace na situaci po několika neúspěšných pokusech řešení...
 - na jakoukoliv situaci reakce emočním projevem, ale dochází následně také k rozumovému zpracování
 - emoce nelze ovlivnit --> můžeme je ale částečně ovlivnit chováním a myšlenkami



- pokud se člověk cítí bezmocný (emoce převládnu), přestává jeho chování ovlivňovat rozum
- **rodina**
 - **výchovné chyby** (nejednotnost, nedůslednost, neadekvátní požadavky, perfekcionismus přísnost, nepřiměřené tresty, ale i z nezralosti osobností rodičů)
 - **neuspokojivé rodinné poměry** (nestabilita rodinného života, stálé konflikty a napětí, časté změny, prožívání tragédie, alkoholismus)
 - dítěti pak chybí klid, adekvátní projevy lásky a podněty dodávající mu jistotu a bezpečí
- **kolektiv dětí**
 - odlišnost dětí jakékoliv povahy (mentální, tělesná,...), neodpovídá-li dítě skupinové normě, mohou se mu ostatní posmívat a odmítat ho → pocity méněcennosti a nepřiměřené obranné postoje či reakce organismu (např. koktavost, pomočování, poruchy spánku, tiky,...)
- **osobnost učitele**
 - může dítě traumatizovat svým přístupem, nepřiměřenými požadavky, nespravedlností, opakovaným negativním hodnocením, zavrhováním
 - školní selhání bývá však zdrojem neurotických obtíží spíše vzácně, dítě prožívá školní neúspěchy hůře, když je za ně doma trestáno
- vliv prostředí působí v interakci s biologickými předpoklady – ty určují, jakým způsobem budou zkušenosti zpracovány a interpretovány
- neurotické potíže signalizují fixaci a kumulaci nevyřešených zátěží

Charakteristika neurotických obtíží pro jednotlivá období

- **kojenecký věk**
 - zdrojem konfliktů je **nevhodná, násilná či nepřiměřená manipulace s dítětem, které se nemůže bránit** (např. nucení do jídla v době, kdy chce kojenec spát, narušování rytmu spánku a bdění apod.)
 - dítě reaguje křikem, který dráždí matku a ta reaguje následně hněvivě, negativně → zpětnovazebný koloběh neklidu (který může vždy přerušit matka svým klidným chováním)
 - dítěti neprospívá ani nedodržování pravidelného režimu (např. časté pozdní příchody rodičů s dětmi z letních zahrádek, kdy dítě usíná venku v provizorních podmínkách – kočárek apod.)
- **batolecí věk**
 - zdrojem konfliktů je **násilné tlumení zvědavosti a aktivity**
 - batolecí věk je věkem objevování a zkoumání a stav nucené nečinnosti či bránění v činnosti vyvolává zvýšené psychické napětí
 - typický **negativismus a vzdor** – při neadekvátních výchovných reakcích na tyto vývojové zvláštnosti může dojít k vyhocení odporu dítěte a jeho přetrvávání až do předškolního věku
 - dalším zdrojem může být **násilný postup při nácviku sebeobslužných návyků** (nácvič na toaletu, oblékání, samostatnost v jídel,...) – pokud má rodič příliš tvrdý či necitlivý postup, obrana dítěte zesiluje
 - v tomto věku mají děti **zvýšenou citlivost na nové podněty** (situace, lidi, apod.) – zvýšená frekvence nových či nezvyklých podnětů může být zátěží
 - **projevy strachu** – dítě by se mělo odnaučit strachu (ze zvířat, pohádkových postav, tmy, strašidel apod.) v bezpečném matčině náručí, aby strach nepřetrvával moc dlouho
 - děti jsou **citlivé na dodržování rituálů** a to hlavně při jídle a spánku, vyměšování apod. → je to pro ně zdroj bezpečí a jistoty → pokud je rituál porušen, může dítě reagovat úzkostí, pláčem, vztekem,...
- **předškolní věk**
 - zdrojem konfliktů je nejčastěji **adaptace dítěte na mateřskou školu a dětský kolektiv vůbec**
 - u nesamostatného a na matce závislého dítěte přetrvává strach z jejího opuštění
 - na traumatizujících situacích se mohou podílet i další osoby ze sociálního prostředí dítěte více než dříve
 - dítě může úzkostně prožívat osobnost učitelky, rodinné konflikty i odchod nebo úmrtí milované osoby
- **školní věk**
 - zdrojem konfliktů jsou **podněty pramenící z prostředí školy či rodiny**
- **období dospívání a pubescence**
 - zdrojem konfliktů je **zátěž všeho druhu**
 - období citlivé k psychogenním zátěžím, nově vzniklá onemocnění, omezení či handicapy získané v této době jsou mnohem více traumatizující než jindy
 - pubescentní jedinec mívá problémy:
 - se svou společenskou nejistotou a pocitu méněcennosti ve vztazích k lidem, zejména opačného pohlaví
 - vyplývající ze snahy o **emancipaci do rodiny** (na jedné straně přízeň rodiny odmítá, na druhé ji potřebuje) → může se stát, že jedinec bude mít **vzdorovitě až agresivní** chování vůči rodině (tzv. **porucha chování ve vztahu k rodině**)
 - s rozpory mezi skutečností a očekáváním; ve snaze o seberealizaci může narážet na neúspěchy, na které reaguje zpravidla velmi přecitlivěle
 - s vlastní tělesnou nedostačivostí a změnami zevnějšku vyplývajících z nemoci nebo trvalého handicapu, který si dítě v tomto období plně uvědomuje se všemi důsledky

Klasifikace a symptomatologie

- **psychické** – poruchy emocí (strach, deprese), poruchy myšlení (vtíravé myšlenky), poruchy paměti (amnésie), poruchy pozornosti (porucha koncentrace, snadná unavitelnost), poruchy autoregulace (kompulze = nutkavé jednání), poruchy spánku...
- **somatické** (vegetativní) – třes, bolesti, poruchy zažívání a vyměšování atd.

MKN

- **Neurotické, stresové a somatoformní poruchy (F40 – F48)**
- **F 40 - Fobické úzkostné poruchy**
 - u disponovaných jedinců může dojít ke změně strachu v chorobnou fobii (strach = obava z něčeho konkrétního, stimul k obrannému jednání)
 - charakteristická iracionálním, nepřiměřeným strachem z něčeho, co samo o sobě není nebezpečné
 - nadměrné obavy neodpovídající skutečnosti
 - pouhá představa předmětu může vyvolat silný pocit strachu
 - nemocný se snaží podnětu vyhýbat nebo strach překonat (což může vést k dalšímu zvýšení strachu a následné intenzivní únikové reakci)
 - nemocný si uvědomuje, že jeho chování je přehnané či nesmyslné
 - výskyt méně než 1% lidí v populaci, častěji u žen, výskyt v různém věku
 - agorafobie – strach z davu lidí, veřejných prostranství
 - klaustrofobie – strach z uzavřených prostor (výtahy..)
 - sociální fobie – strach ze styku s lidmi a z komunikace
- **F 41 - Jiné anxiózní poruchy**
 - **generalizovaná úzkostná porucha**
 - úzkost = nepříjemný citový stav, v němž převažují pocity napětí a obavy, jejichž zdroj člověk nedovede přesněji určit
 - úzkost bývá spojena s vegetativními projevy
 - pokud je individuální citlivost příliš zvýšená, člověk prožívá úzkost i tam, kde není žádné nebezpečí = neurotický projev
 - úzkostná porucha = chronická nerealistická úzkost, často vyhozená až do akutních atak úzkosti a paniky
 - úzkost není vázána na žádnou určitou situaci
 - objevují se tendence k přehnaně intenzivním reakcím na běžné podněty (neschopnost člověka se uvolnit, přetrvávající tenze)
 - špatná koncentrace způsobuje opakovaně nedostatečné výkony → představa neodvolatelnosti, vlastního selhání a neúspěšnosti, poruchy spánku, únava, mohou se vyskytovat i příznaky deprese – beznaděj, pesimistické hodnocení a anticipace budoucího dění
 - objevuje se nízké sebehodnocení, pocity méněcennosti
 - pro diagnózu úzkostné poruchy musí projevy trvat min. 6 měsíců
 - cca 5% populace, nejvíce mladí dospělí, častěji ženy
 - úzkost může ale mít i jiné příčiny – např. somatické či neurologické poruchy (mozkové nádory, endokrinní poruchy – dysfunkce hypofýzy a štítné žlázy, toxické stavy (abstinenční stav)... - v těchto případech mohou i koexistovat oba typy úzkosti!
 - **panická porucha**
 - opakované ataky těžké úzkosti, tj. paniky, které nejsou vyvolávány nějakým specifickým podnětem, a proto je nelze předvídat
 - příznaky vegetativního podráždění (zrychlený pulz, pocení, třes, střídající se horko a zimnice, obtížné dýchání až dušení, tlak v hrudníku, břišní nevolnost), neklid, strach ze ztráty možnosti ovládnout situaci, strach ze smrti
 - náhlý začátek a silná intenzita prožitku úzkosti, krátká doba trvání
 - může se projevit jednorázovou atakou, ale může se i opakovaně vracet – snižuje kvalitu života (nepředvídatelnost nástupu – obava chodit na veřejnost atd.)
 - častěji ženy, u mužů častěji vede k alkoholismu
 - **smíšená úzkostná**
 - **depresivní porucha**

- F 42 - **Obsedantně nutková porucha** (obsedantně-kompulzivní porucha)
 - dlouhodobý výskyt vtíravých myšlenek a představ, resp. nepotlačitelných impulzů k jednání, které se za normálních okolností neobjevují
 - nemocný tyto myšlenky rozeznává jako chorobné, pociťuje k nim vnitřní odpor, ale nedokáže se jich zbavit
 - pro diagnózu poruchy musí projevy přetrvávat min. 2 týdny
 - obsedantní myšlenky/představy:
 - opakované, stereotypní vtírání do mysli nemocného
 - často spojené se strachem nebo pocity viny
 - někdy subjektivně nepřijatelný (násilný, obscénní) obsah – vyvolává úzkost
 - snaha bránit se myšlenkám neúspěšná – nejsou vůlí ovladatelné
 - nutkání k určitému, opakovanému a stereotypnímu jednání prováděnému podle určitých pravidel
 - rituály = symbolický pokus odvrátit subjektivně pociťované nebezpečí
 - magické myšlení
 - čím déle se dotýčný snaží nutkání odolávat, tím se zvyšuje pocit napětí – když se úzkost stane nesnesitelnou, podlehně a rituál realizuje – dočasný pocit uvolnění
 - kompulzivní rituály nejčastěji souvisí s dodržováním čistoty, prevence nákazy....
 - hraniční případy mohou být okolím vnímány pouze jako nadměrně pečliví...
 - výskyt cca 2,5% populace, genetická podmíněnost + vliv zátěžových situací, biologický základ – porucha funkce bazálních ganglií
 - osobnostní rysy, které značí zvýšenou dispozici k OCD:
 - zvýšená nejistota a opatrnost, nadměrná svědomitost, rigidita a ulpívanost, důraz na dodržování norem a řádu, sklon k nespokojenosti a špatné náladě... - tzv. amankastická osobnost
- F 43 - **Reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení**
 - silný stres ovlivňuje akutní reakci jedince nebo se může projevit posttraumatickou stresovou poruchou (PTSD)
 - **akutní reakce na stres**
 - reakce na silný stres, který trvá několik hodin nebo dnů – ovlivněna citlivostí jedince a jeho tolerancí k zátěži; fáze:
 - 1. fáze **šoku** – „strnutí“, zúžení vědomí, snížení pozornosti
 - 2. fáze **diferenciace obranného stylu** – větší stažení do sebe, celkové ztuhnutí a omezení aktivity, nadměrná až nesmyslná činnost – extrémní útlum/extrémní aktivizace
 - různé emotivní projevy: žádné/silné emoční prožitky, pocity úzkosti, strachu, somatické a vegetativní reakce (tachykardie, pocení...), projevy depersonalizace, derealizace
 - u jednorázového traumatu akutní reakce zpravidla odezní v rozsahu hodin, max. dnů
 - člověk může mít na situaci částečnou nebo úplnou amnézii – projev obranných mechanismů (popření toho, co by mohlo narušit integritu osobnosti)
 - **PTSD**
 - vzniká jako prodloužená nebo zpožděná odezva na traumatizující událost, která přesahuje běžnou lidskou zkušenost (násilný trestný čin, katastrofa, válka...)
 - vtíravé, opakované prožívání traumatu, trýznivé zážitky se vracejí v představách, myšlenkách, ve snech
 - může se objevit i se zpožděním - zpravidla do 4 týdnů po traumatické události, někdy i později (diagnostikuje se, pokud vznikla do 6 měsíců od události a trvá déle než 1 měsíc)
 - reakce na přetrvávání pocitu hrůzy a ohrožení (potřeba vyhybat se podnětům, jež vzbuzují vzpomínky na trauma), selektivní amnézie, potlačení/vytěsnění prožitků
 - přetrvávající úzkost, zvýšená přecitlivělost, obtíže v koncentraci, poruchy spánku, depresivní příznaky, suicidální tendence, emoční otupělost (otupělost i v oblasti motivace)
 - potíže v sociální oblasti, pocit odcizenosti od lidí, kteří nemají stejnou zkušenost („co vy můžete vědět“)

- F 44 – **Disociativní/disociační (konverzní) poruchy**
 - dříve označovány jako hysterické neurózy
 - narušení integrace psychických projevů, případně transformace psychických problémů do tělesných příznaků
 - důsledek specifického působení traumat a konfliktů či neuspokojených potřeb, které byly vytěsněny a staly se nevědomými – nejsou už ovlivnitelné vůlí
 - somatické příznaky nevznikají proto, že by si to pacient „přál“, nejsou projevem somatického onemocnění, i když se tak mohou jevit
 - dva mechanismy vzniku:
 - **disociační projevy**
 - narušují normální, integrující funkci vědomí; určité obsahy vědomí jsou vytěsněny, ale i za těchto okolností pokračují ve svém působení, nyní ovšem izolovaně, bez kontroly vědomí a projevují se jiným způsobem než dosud – člověk svůj problém vytěsnil z vědomí, ale problém ho dál nějakým způsobem ovlivňuje a trápí
 - **konverze**
 - proměna zatěžujícího a nepřijatelného afektu, přání nebo myšlenky v tělesný projev, často vypadající jako projev somatické poruchy či nemoci
 - konverzní symptomy se jeví tak, jak si pacient laik představuje fyziologickou funkci – např. konverzní ztráta citlivosti na ruce odpovídá rukavici, nikoli reálné inervaci ruky
 - nemocný zaujímá k potížím zvláštní postoj, mluví o nich jinak – buď teatrálně nebo nápadně neúčastně...
 - obranná funkce obou mechanismů → pomáhají vyrovnat se se zátěží (mohou vypadat jako vědomá simulace, ale není tomu tak!)
 - symptomy pacientovi přinášejí určitý zisk, proto se udržují, i když je jejich mechanismus neuvědomovaný
 - **primárně** - osvobození od úzkosti a napětí, které vyvolával nevyřešený problém, nyní vytěsněný mimo oblast vědomí
 - **sekundárně** - další výhody: menší nároky na nemocného člověka atd.
 - **hysterická reakce** = jedna z forem psychicky podmíněného útěku do nemoci, v současné době jsou za útěk do nemoci považovány také psychosomatické obtíže – zde se ale jedná již o skutečné poruchy
- F 45 - **Somatoformní poruchy**
 - tělesné potíže připomínající somatická onemocnění, bez přítomnosti organického nálezu
 - potíže jsou vyvolány psychickými problémy, které organismus zpracovává specifickým, tzv. somatizujícím způsobem – nejde o simulaci
 - v posledních letech nárůst poruch – aktuální společnost vnímá somaticky nemocného lépe než člověka s psychiatrickou diagnózou
 - koncentrace na tělesné obtíže, člověk vyžaduje neustálá lékařská vyšetření, přestože nález je opakovaně negativní
 - porucha může mít hypochondrický charakter – dominantní je trvalá a nadměrná starost o vlastní zdraví, člověk si neustále stěžuje na zdravotní potíže, je přesvědčen, že je vážně nemocný, vyžaduje vyšetření, ale léčby se bojí, u lékařů hledá hlavně uklidnění – výraz specifické úzkosti a nejistoty vztažené k vlastnímu somatickému stavu – člověk postupně ztrácí zájem o svou rodinu a další součásti života, soustředí se jen na své zdraví
 - hypochondrické potíže cca 4-10% pacientů přicházejících do lékařských ambulancí, častěji u žen, dědičná dispozice, častější u lidí s nižším vzděláním, z nižších socioekonomických vrstev (obrana v situaci subjektivní bezmocnosti), častější u lidí s výraznou potřebou závislosti.
- F 48 - **Jiné neurotické poruchy**
 - **neurastenie**
 - subjektivní stížnosti buď na vysokou psychickou nebo fyzickou únavu, obtížné soustředění, psychickou nevykonnost, tělesnou slabost po minimální duševní či tělesné námaze, alespoň po dobu tří měsíců

- doprovázejí tělesné symptomy, např. bolesti hlavy, závratě, obavy, úzkost, smutek, poruchy spánku, neschopnost uvolnit se aj.
- **depersonalizační a derealizační syndrom** (F 48.1)
 - spojen s pocitem změny sebe sama nebo okolí, je zachován náhled na nereálnost uvědomovaných změn, vnímání a vnější chování je beze změn
 - v případě depersonalizace připadá dotyčným změněné, cizí, vzdálené jejich vlastní chování a pohyby
 - derealizace- změněné, neskutečné, vzdálené, jako ve filmu, okolní prostředí
 - izolovaně se tento syndrom vyskytuje zřídka, může být součástí epilepsie, psychóz, poruch nálady, fobií aj.

Symptomatologie týkající se převážně DĚTÍ

- v dětském věku neurotické příznaky pestré a proměnlivé
- faktor vývoje – poruchy některých funkcí vznikají snadněji v době, kdy jsou tyto funkce nezralé a tudíž zranitelnější a citlivější k zátěži (např. enuréza – vzniká často v době nácviu udržování čistoty...)
- malé dítě často na konflikt/trauma reaguje vývojovou regresí – znovu se u něj objeví vývojově ranější chování, které dítě již opustilo... (hlavně u funkcí, které ještě nejsou dostatečně zafixované)
- abnormální úzkost
 - **ovlivňuje celkovou aktivační úroveň**
 - úzkost tlumí a inhibuje veškeré projevy, dítě se stáhne do sebe, únik od aktivity, která by znamenala kontakt se světem
 - úzkost vytváří vnitřní psychické napětí – je spojena s neklidem, napětí zhoršuje paměť a pozornost – horší učení, zvýšená aktivita...
 - je **spojena se sníženou tolerancí k zátěži**
 - potíže se stupňují v době, která přináší větší zátěž (nástup do školy...)
 - **ovlivňuje postoj k sobě samému i k okolnímu světu**
 - úzkostné děti mají nízké sebehodnocení, jsou nejisté...
 - projevuje se **potížemi v oblasti spánku, jídla, somatickými bolestmi, tiky...**
- **neurotické obtíže spojené s afektivními projevy**
 - **afektivní křeče**
 - v raném předškolním věku u dětí, které jsou více emočně dráždivé
 - projev: křik, silný lítostivý pláč až není možný správný nádech → modráni v obličeji, obrací oči v sloup, na končetinách a obličeji se objevují záškuby a následuje krátká ztráta vědomí
 - v bdělém stavu dítěte
 - příčina: strach, leknutí, výbuch zlosti, bolestivý podnět, výchovné usměrňování, které se dítěti nelíbí; nesprávně vedená výchova s nevhodnými výchovnými postupy
 - řešení: studená sprcha
 - **návaly zlosti**
 - časté v počátcích předškolního věku (v pozdějším věku by se vyskytovat neměly)
 - méně intenzivní než afektivní křeče
 - projev: dítě se v prudkém afektu válí na zemi, kope, křičí (bezmocnost reakce)
 - příčina: reakce na náhlé podněty, překvapení (nežádoucí), změnu, nesprávné výchovné postupy nebo si tímto chováním dítě vymáhá výhody, může manipulovat okolím
 - **hysterické projevy**
 - děti předškolního a školního věku
 - projev: snaha upoutat pozornost na sebe – dítě je hlučné, náladové, předvádí se, má přehnanou efektivitu a sklon ke lžím
 - řešení: nevěnování pozornost, abychom toto chování neupevnili
- **neurotické obtíže spojené s úzkostí, fobií a depresivními stavy**
 - **úzkostné neurotické projevy**
 - tělesná a emoční reakce na hrozbu, která je nejasná a těžko identifikovatelná

STÁTNÍ ZÁVĚREČNÁ ZKOUŠKA - PSYCHOLOGIE

- dítě si nedovede vysvětlit původ hrozby a někdy se s ní nedokáže ani vyrovnat → vnímá svět jako velké nebezpečí
- projevy: přehnané reakce na náhlé podněty, zvýšená emoční dráždivost, nepřiměřená fixace na určitou osobu, chronická úzkost v podobě psychomotorické instability (neúčelné pobíhání, neklid)
- tendence ke vzniku fobií
 - strachy z objektů či situací, které jsou nepřiměřené skutečnosti – ovlivňuje chování dítěte i dospělého
 - druhy: klaustrofobie (strach z uzavřených prostor), arachnofobie (strach z pavouků), triskaidekagobie (fobie z pátku 13.), koumpounofobie (fobie z knoflíků), androfobie (strach z mužů), apod.
- **fobická úzkostná porucha**
 - ve větší míře strach v batolecím věku (rozvoj symbolického myšlení) a v předškolním věku (fantazie)
 - v předškolním věku nejčastěji fobie ze tmy, zvířat, samoty, z lékařů...
 - u 3-8% dětí trpících fobií problémy přetrvávají nebo se dále zhoršují
 - v předškolním věku rozvoj mechanismu autokorekce – umožňuje regulovat chování podle sociálních norem – úzkostné děti mívají nadměrné obavy, že něco udělají špatně... - často základ pro rozvoj obsedantně úzkostných projevů
- **školní fobie**
 - nejčastějším typem fobie školního věku
 - dítě odmítá chodit do školy, trpí nadměrným strachem ze školy
 - příčina: nadměrná fixace na nějakou osobu (strach opustit domov) – vyskytuje se na počátku školní docházky, obavy ze selhání ve škole – vyskytuje se později, vyplývá z negativní zkušenosti
 - projevy: bolesti břicha, hlavy, ranní zvracení, průjemy,...
 - často děti: samotářské, introvertní, přecitlivělé, sociálně hůře adaptované
 - řešení: co nejdříve se vrátit do školy či být hospitalizováno na psychiatrickém oddělení
- **separační úzkost**
 - odpoutávání dítěte od matky 2. - 3. rok věku
 - závěrečná fáze až do 4 let věku
 - pokud přesahuje 4 roky, může být problematické, pokud je dítě zvýšeně úzkostné, agresivní, plačtivé i v 1. třídě, můžeme uvažovat o poruše
 - často se u malých dětí upraví samo časem
- **depresivní stavy a smutky**
 - smutky vznikají jako reakce na ztrátu osobně významné hodnoty
 - pokud smutky přetrvávají v chování dítěte, lze hovořit o depresi → nebývá však v dětství zvyklá
 - příčina: reakce na závažnější ztrátu nebo nepříznivé životní okolnosti
 - projevy: nezáměr o hru, podrážděnost, plačtivost, nejistota, obtíže se soustředěním, nemluví, prožívají úzkost a strach
 - depresivní porucha
 - nepřiměřeně smutná nálada, která ovlivňuje celkový postoj ke světu i sobě samému – pocity beznaděje, ztráta vlastní hodnoty
 - celkový útlum veškeré aktivity – apatie, ztráta motivace, zhoršení paměti a pozornosti
 - somatické potíže – u dětské deprese časté, poruchy spánku, jídla, zvýšená únava...
- **neurotické obtíže spojené se zažíváním a příjmem potravy**
 - **nechutenství**
 - děti po delší dobu jedí málo nebo téměř vůbec
 - krátká fáze je spojována se začínající nemocí
 - dlouhá doba nechutenství je však špatná → malá konzumace jídla, „nimráním se“ v jídle, odmítání oblíbených jídel, bolesti břicha

STÁTNÍ ZÁVĚREČNÁ ZKOUŠKA - PSYCHOLOGIE

- projevy: dítě se necítí dobře, je slabé a podrážděné
- příčina: nevhodný výchovný postup rodičů, snaha k sobě upoutat pozornost
- **neurotické zvracení**
 - chybí pocit nevolnosti, ale přichází ve chvílích zvýšeného napětí, afektivního podráždění a vyskytuje se u vegetativně labilních dětí
 - projevuje se i u dospělých jedinců, například jako projev trémy a zvýšeného napětí, doprovodný mechanismus syndromu vyhoření
- **strava jako náhradní uspokojování**
 - zvýšená potřeba jíst
 - dítě může strádat – sociální ocenění, citové přijetí,...
- **neurotické obtíže spojené s poruchami spánku a se somatickými stesky**
 - spánek je nezbytnou podmínkou pro mozkovou aktivitu
 - citlivě reaguje na psychický stav jedince
 - **noční děsy**
 - projevy: rychlé probuzení dítěte hrůzou, křičí, ale jeho vědomí je zúžené, dítě není zcela probuzené – stav trvá několik minut a dítě pak znovu usíná, ráno si nic nepamatuje
 - kromě dětí se tento jev vyskytuje i u depresivních stavů
 - nebyl však zatím prokázán negativní dopad těchto děsů na psychický vývoj
 - **noční můry**
 - děsivé, živé sny během spánku, které se mohou týkat ohrožení života, zdraví či významné hodnoty
 - bývají spojeny s pocity úzkosti a strachu
 - po probuzení si člověk můry pamatuje
 - vyskytují se u dětí a dospělých, kteří prožili nějaké trauma
 - **somatické stesky**
 - nejčastěji bolesti hlavy, břicha, zažívací obtíže, problémy s dýcháním apod.
 - u dětí stesky často souvisí s tzv. obranným mechanismem konverze → vazba mezi psychickou a somatickou složkou silnější než u dospělých (úzkostnější děti reagují na zátěž i somatickými projevy)
 - často dospělými považováno za účelový mechanismus, podezírají dítě, že si vymýšlí, aby se vyhnulo nepříjemné události...ale jde o mimovolný proces, bolest je skutečná...
 - **poruchy spánku u dospělých**
 - **somnambulismus** (náměsíčnost)
 - **somniologie** (mluvení ze spaní)
 - **narkolepsi** (záchvatovitý spánek – objeví se kdykoliv)
 - **insomnie** (nespavost zapříčiněná hladem)
 - **spánková opilost** (zmatenost po probuzení, vědomí se vrací pomaleji)
 - **porucha rytmu spánek-bdění** (obtížné usínání či předčasné probouzení)
 - **neklidný a přerušovaný spánek**
- **neurotické obtíže spojené s poruchami vyměšování**
 - **enuréza** (pomočování)
 - vyprazdňování močového měchýře, ke kterému dochází bez účasti vůle a pozornosti dítěte
 - příčina: psychogenní zátěž, silný genetický základ
 - při přetrvávání po 5 letech se tento jev považuje již za onemocnění (do 3 let fyziologické)
 - **primární** (dítě se vůbec nenaučilo vyměšování s účastí vůle) a **sekundární** forma (dítě již vyměšovalo s účastí vůle, ale z nějakého důvodu se začalo pomočovat)
 - **denní** (vyskytuje se zřídka, nejčastěji u dětí, které se silně soustředí na hru či jinou činnost) a **noční** (častější)
 - postihuje častěji chlapce než dívky – uplatňuje se i zraní CNS
 - tzv. **období sucha** - regrese

- důležitá je diagnostika
- **enkopréza** (porucha vyměšování stolice)
 - vzniká podobným mechanismem jako enuréza, je však vzácnější a závažnější
 - objevuje se v komplexu obecné neschopnosti zachovat čistotu
 - často bývá reakcí na obtíže s adaptací na nové či jiné prostředí (může se stát, že děti v důsledku studu, neznalosti prostředí defekaci oddalují → zvětšení objemu stolice, roztažení konečníku, snížení jeho citlivost a napětí svěrače)
 - tzv. ušpinění kalhot není závažné – dítě např. v důsledku zaměstnání zábavnou aktivitou si včas neuvědomily svou potřebu
- **zácpa**
 - porucha vyprazdňování tlustého střeva – četnost stolice, která je menší než tři v jednom týdnu
 - u dětí k ní dochází zejména při přechodu na jiný způsob stravování, při nácviu udržování čistoty a při nástupu do kolektivního zařízení
- pro starší děti sociálně závažné – mohou ohrožovat prestiž ve skupině vrstevníků a sebedůvěru
- **neurotické obtíže spojené s poruchami komunikace**
 - řeč postižena emočním vypětím
 - **mutismus**
 - diagnostikujeme elektivní formu mutismu – dle MKN 10
 - hraniční problematika: psychiatrie, psychologie, foniatrie, logopedie
 - útlum řeči vzniklý následkem psychické traumatizace (šok, stres, vyčerpání) /nemluvnost
 - častěji u dětí se slabší nervovou soustavou (konstitucí), děti labilní (úzkostné, samotářské, zvýšeně závislé, neprosazující se) a děti s různými projevy ADHD
 - také působí vrozené dispozice, výchova, rodinné a mezilidské vztahy, prožitá traumata
 - dítě přestává mluvit náhle, postupně, reaguje jen na posunky nebo vůbec ne
 - objevuje se např. při vstupu do MŠ, zahájení povinné školní docházky, pubertě nebo dospělosti
 - zábrana pro zapojení se do kolektivu a navazování nových vztahů
 - **balbuties**
 - funkční porucha plynulosti rytmu řeči (kórtavost)
 - křečovitě opakování slabik či celých slov nebo prodlužováním začátku jednotky verbálního sdělení
 - intenzita projevů je závislá na aktuálním psychickém napětí
 - výskyt častější u chlapců
 - význam genetické predispozice
 - sociální stigmatizace – může způsobit strach z řeči, pocity méněcennosti
- **neurotické obtíže spojené s neurotickými návyky a tiky**
 - **neurotické návyky**
 - velmi různorodá skupina zlovyků, které jsou nepříjemné, někdy nevkusné z hlediska společenského, ale zdravotně ne příliš závažného
 - mají nutkavý charakter a jsou spojeny s pocity napětí, které by se zvýšily, kdyby dítě této činnosti zanechalo
 - zautomatizované, stereotypní pohybové aktivity (částečně nevědomé), které fungují jako ventil napětí při nadměrné zátěži
 - např. kousání nehtů, okusování nehtové kůžičky, dumlání palců, pohrávání si s prsty, poklepávání tužkou, kroucení vlasů, apod.
 - **trichotillomanie** – projev považován za obsedantně-kompulzivní poruchu (vytrhávání si vlasů, řas, vousů či obočí)
 - **trichofagie** – jedinec stěžující na bolesti břicha, které má způsobenou konzumací vytrhaných vlasů

- **tiky**
 - bezděčné, rychlé, často opakované pohyby různých částí těla, zejména drobných svalových skupin v obličeji a horních končetinách (mrkání, škrábání kůže, pohazování hlavou, záškuby, vyplazování jazyka, posmrkávání, odkašlávání apod.)
 - zmírňují se v klidu a při psychické pohodě – naopak je tomu při stresu (jsou méně uvědomované)
 - základem léčby je úprava režimových opatření a životního stylu (u těžších případů – farmakoterapie)
- **obsedantně-kompulzivní poruchy v dětském věku**
 - mohou se objevit po 8. roce věku
 - v batolecím věku potřeba stereotypu – běžné
 - po 10. roce života se objevuje i strach ze smrti (schopnost uvažovat nad situacemi, které by se mohly stát...)

Terapie

- přístup k neurotickým dětem
 - úprava nároků – nesmějí být nepřiměřené možnostem dítěte
 - ocenění, projev podpory a povzbuzení
 - psychické otužování – postupné zvládání zátěže
 - psychoterapie, dětský psychiatr...
 - psychoterapie často v kombinaci s léky, které ovlivňují úzkost, strach nebo tělesné příznaky přítomné při poruše
-

Zdroje:

- Vágnerová: Psychopatologie pro pomáhající profese
- Viktor E. Frankl, Teorie a terapie neuróz
- Kratochvíl, Jak žít s neurózou, 2000

PORUCHY CHOVÁNÍ

26. Charakteristika poruch chování v dětském věku a dospívání. Etiologie, agresivní a neagresivní poruchy chování.

Terminologie

- soužití s ostatními je spojeno s nutností akceptovat a respektovat normy, které společnost uznává → normy uspokojují potřebu orientace, smysluplného světa, potřebu jistoty a bezpečí
- během dětství a dospívání se setkáváme s chováním vykazujícím neposlušnost - většinou se jedná o specifika vývojového období, důsledky rodičovské výchovy, anebo o osobnost dítěte
- **poruchy chování** = opakující se a trvalý (nejméně 6 měsíců) vzorec disociálního, agresivního a vzdorovitého chování, které porušuje sociální normy a očekávání přiměřená věku dítěte (eventuálně rozumovým schopnostem)
 - předpokladem je skutečnost, že jedinec normy chápe a rozumí jim, ale nerespektuje je
 - tyto předpoklady nesplňují:
 - nižší úroveň rozumových schopností (př. osoba s mentálním postižením)
 - odlišné sociokulturní prostředí
 - nízký vývojový stupeň – děti předškolního věku (typické magické myšlení, bohatá fantazie, egocentrismus, nezralá autoregulace chování a emocí, nepochopení pojmu vlastnictví)
 - + prvním obdobím vzdoru (2-3 roky) a druhém období vzdoru (puberta)
 - důležité je vnímat normy dané společností! (např. v severských zemích je první pohlavní styk ženy s vlastním otcem)
 - každé dítě se občas tímto způsobem projevuje, vždy však záleží na době trvání problému, charakteru a intenzitě
- učíme se diferencovat žádoucí/nežádoucí chování a kdy je vhodné ho použít
- **rizikové chování** = konkrétní chování, které poškozuje ostatní (může být ojedinělé) – PPP,...
 - poukazuje na takové vzorce chování jedince, které nemusejí být jednoznačně vymezeny a jejichž důsledkem může docházet k nárůstu zdravotních, sociálních, psychických, edukačních a dalších ohrožení pro jedince a společnost
 - projevy: záškoláctví, šikana a projevy agrese, rizikové sporty a rizikové chování v dopravě, rasismus a xenofobie, negativní působení sekt, sexuální rizikové chování, prevence v adiktologii
- **syndrom problémového chování** = tendence jedince chovat se rizikově ve všech oblastech = propojenost jednotlivých projevů rizikového chování - tvoří problémové chování
 - projevy: nadměrné upoutávání pozornosti, negativismus (přetrvává období vzdoru, nerovnoměrnost duševního vývoje, neschopnost akceptovat, normy a autority), lhaní, krádeže, čachrování, útěky, toulání, projevy fyzické a verbální agrese
- někteří autoři jsou pro včasnou diagnózu poruchového chování už v předškolním věku - projevy PCH, které se objevují v dětství často přechází do adolescence a do dospělosti

Etiologie

- incidence: 10-15% dětí a adolescentů; výskyt je vyšší u mužů
- nejasné – **multifaktoriální**!
 - záleží na:
 - diagnostickém kritériu
 - kultuře (př. Jiné normy romové,...)
 - vývojové úrovni (často vázáno k určitému věku)
- významná kombinace při predikci delikventního chování v adolescenci a dospělosti → kombinace biologických či genetických faktorů a nevhodného rodičovského působení, které je typické nedostatkem systematické důsledné výchovy a láskyplného vztahu v rodině
- **bio-psycho-sociální model** → všechny oblasti ovlivňují mozek
- nedědí se chování, ale predispozice (transpozice dopaminu)

- **biologická** podmíněnost poruch chování
 - o **narušení struktury či funkce CNS** (odlišnost v diferenciaci obou hemisfér, změny v úrovni neurotransmiterů) – pre/perinatální poškození, úrazy hlavy, epilepsie, ADHD (příčinou je zvýšení koncentrace dopaminu v mozkomíšním moku), narušen rozvoj frontálního kortexu, chápou normy, ale nemůžou si pomoci (horší sebeovládání, odbržděnost)
 - o **nižší úroveň aktivace centrálního a autonomního NS** - může se projevit ve vyšší potřebě vyhledávání stimulů
 - o **genetické predispozice**
 - o až 70% vliv na vzniku PCH; cca 50% otců s PCH, ADHD mělo dítě s PCH a nebo ADHD
 - o bývá disponován jeden z rodičů, krom genetiky také špatné vzory včetně abúzu alkoholu, bez citlivosti na zpětnou vazbu, vlastní pravidla, potřeba
 - o **temperament** – dráždivost, impulzivita, snížená citlivost ke kritice, lhostejnost, vyhledávání vzrušení, nízká frustrační tolerance, egoismus, odmítání sociálních norem (může se stát PCH trvalým rysem)
 - o inteligence - nemá vliv, častěji děti s nižším IQ, ale jde spíše o vliv výchovný (asociální jednání u lidí s vyšším IQ), horší prospěch – odmítání norem
- **psychologická** podmíněnost poruch chování
 - o **projev náhradního uspokojování** (např. substituční krádeže – nahrazujeme si zdroj uspokojení někde jinde; hypersexualita – nemá vztah, tak si to kompenzuje sexem, ale plně ho to nenaplnuje)
- **sociální** podmíněnost poruch chování (rodina)
 - o **rodinná atmosféra**
 - nejdůležitějším psychosociálním faktorem → tvoří dítěti první normativní a hodnotový systém
 - pokud dítě žije v nevhodném, nepodnětném, zanedbávajícím, deprivacním, týrajícím prostředí, jehož rodiče vykazují PCH, pak takové prostředí zvyšuje pravděpodobnost rozvoje nepřizpůsobivého chování u dítěte
 - **nevhodné a nepodnětné prostředí** (neúplná rodina, subdeprivační působení rodiny, životní prostředí, subkultury a určité sociální skupiny)
 - nedostatečně osvojené morální normy rodičů
 - rodiče jako anomální osobnosti (neplní rodičovskou roli, závislosti, deprivace)
 - neúplná rodina (náročná role samoživitelů, kriminalita, nedůslednost vs. tvrdé tresty)
 - subdeprivační působení rodiny (nedává pocit jistoty, hranice) a nuda, nedostatek životního smyslu, neadekvátní cíle (společný čas jen pasivně, nic neučí)
 - rodiče selhávají v dané životní situaci
 - určité subkultury a sociální skupiny (toto chování je tolerováno nebo dokonce vyžadováno, nápodoba dospělých př. kapsáři)
 - určitá životní prostředí (anonymita sídliště – není sociální kontrola)
 - **dítě je obětí beránkem v rodině** (např. rozvedení rodiče → odnáší to děti, a ještě je obviňují rodiče, že kdyby nezlobily (přitom jen volá o pomoc), tak se rodiče tolik nehádají)
 - o **vrstevníci** - asociální party se specifickými normami a hodnotami (vliv nasedá na nefunkční rodinné zázemí), vliv skupiny
 - o **vliv médií**
- predispozice k disharmonickému vývoji → SPU, drobné poškození CNS
- *spojitost PCH a ADHD (více než 1/3 chlapců a 1/2 dívek s PCH trpí současně poruchou pozornosti s hyperaktivitou)*
- *symptomy pak bývají výraznější, objevuje se více agresivních projevů a násilí v dospělosti. ADHD často předchází poruchám chování a je jednou z příčin vzniku PCH*

Klasifikace

- různá klasifikace dle oborů (speciální pedagogové, pedagogové, psychologové, zdravotníci)
- **speciálně-pedagogický pohled** (od nejlehčí po nejtěžší formu)
 - o **disociální**
 - představují krátkodobé projevy chování charakteristické pro určitá věková období (např. dětský vzдор) – nepřiměřené a nepřizpůsobivé chování

STÁTNÍ ZÁVĚREČNÁ ZKOUŠKA - PSYCHOLOGIE

- nevznikají patologicky, neškodí okolí a jsou většinou na hranici normy, omezitelné a odstranitelné při využití běžných pedagogických postupů (neposlušnost, vzdorovitost, toulky, lživost – různého charakteru: pravá, agresivní, patologická atd.)
- **asociální**
 - označováno také jako „predelikventní chování“ (předpokládá se gradace)
 - takové projevy chování, které jsou již spojeny s patologickým obrazem (neodpovídají mravním normám společnosti), ale ještě nezpůsobují destrukci mimo osobnost postiženého
 - člověk se svým chováním vyčleňuje ze svého prostředí, většinou s ním aktivně nebojuje a škodí sám sobě (např. krádeže, útoky, záškoláctví, autoagrese, závislost) → nepřekračuje právní předpisy
 - náprava: speciálně-pedagogický přístup
- **antisociální**
 - takové projevy chování, které narušují všechny morální, sociální i právní normy společnosti
 - toto chování zásadně poškozuje okolí – přitom nositelem bývá často pozitivně prožíváno a schvalováno a bývá spojováno s prospěchem (loupež, vandalství, sexuální delikty, organizovaný zločin, trestná činnost související s toxikomanií atd.)
 - ohrožuje společenské hodnoty, včetně lidského života
- **delikventní** – vedlejší kategorie
 - překračuje sociální, morální a právní normy škodící společnosti i jedince, řadíme sem juvenilní delikvenci dospívajících (od přestupků po trestné činy)
 - také znám termín „juvenilní delikvence“ (= delikventní aktivity dospívajících)
- **+ sociologie**
 - **prosociální** chování – společensky žádoucí
 - **asociální** chování – nedbá na normy
 - **antisociální** chování - zaměřené proti skupině nebo společnosti
- **pedagogický pohled**
 - škola - společenská instituce kde se očekává dodržování stanovených norem a pravidel
 - v průběhu školního období dochází k nabývání adaptační kompetence tvořené znalostí příslušných norem a schopnosti se dle nich řídit, regulovat své chování a potlačit své aktuální impulzy
 - **kritéria posuzování:**
 - odchylka od aktuálně přijímané normy (v rozporu se školními požadavky)
 - interpretace projevů žáka (motivace, zavinění) – ovlivněno osobností učitele a dalšími faktory
 - **teorie nálepkování** (etiketizační teorie)
 - nálepka má stigmatizující charakter
 - značí určitý stereotyp, který je většinou dosti rigidní a odolávající změně
 - zabývá se procesem interakce mezi těmi, kdo normy porušují, a těmi, kteří je hodnotí – někteří jedinci se stávají problémovými jen proto, že je tak někdo označil → sebenaplnující proroctví (self-fulfilling prophecy)
- **psychopatologický pohled**
 - chování dítěte se vyznačuje konzistentním vykazováním agrese či hostility a opakovaným porušováním pravidel
 - **agresivní chování** – jednání zaměřené na objekty, zvířata nebo lidi (příp. na sebe sama)
 - **hostilní chování** – negativní postoj vůči lidským subjektům projevující se nepřátelstvím a agresivitou
 - **vystihující kritéria** (Vágnerová, 2004):
 - **nerespektování** sociálních **norem**
 - **neschopnost** navázat a udržet přijatelné sociální **vztahy**
 - **agresivita** či závažné **náznaky ohrožení** lidí nebo zvířat
 - tyto projevy se odrážejí v definici MKN-10
 - PCH = opakující se a trvalý vzorec (min. 6 měsíců) disociálního, agresivního a vzdorovitého chování porušujícího sociální normy a očekávání s ohledem na věk dítěte
 - socializace = specifická varianta učení; rodina seznamuje dítě se soc. normami a dohlíží na jeho kontrolu; později dítě normy zvnitřňuje a identifikuje se s nimi; důsledkem takového stadia socializace jsou pocity viny při porušení norem

- **lékařský pohled**

- dle DSM-V
- **Disruptivní poruchy, poruchy ovládnání impulzů a poruchy chování**
 - **nerespektování sociální normy**
 - normy chápe, ale nechce nebo se jimi nedokáže řídit
 - důvod: různé hodnoty, neovládá se atd.
 - **neschopnost navázat a udržet přijatelné sociální vztahy**
 - malá empatie, egoismus, nerozvinuté svědomí, není pocit viny, chybí kladné vzory, objektivizace lidí - hodnotu vztahu udává jen současný osobní užitek
 - agresivita či závažné náznaky ohrožení lidí nebo zvířat
 - poruchy obvykle převažují u mužů a začínají v dětství a adolescenci (pouze vzácně se poprvé vyskytnou v dospělosti)
 - existuje vývojová souvislost mezi poruchou opozičního vzdoru a poruchou chování - v dětském věku může mít přechodný charakter, ale je to spíše signál rozvíjející se poruchy osobnosti
 - patří sem:
 - porucha opozičního vzdoru
 - porucha chování s nástupem v dětském věku
 - porucha chování s nástupem v adolescenci
 - porucha chování s nespecifickým začátkem
 - jiné specifikované disruptivní poruchy, poruchy ovládnání a poruchy impulzů a poruchy chování
 - nespecifikované disruptivní poruchy, poruchy ovládnání a poruchy impulzů a poruchy chování
 - součástí také:
 - antisociální porucha osobnosti – pyrománie, kleptománie
 - intermitentní explozivní porucha
- dle MKN-10 → nejvíce nám řekne
- pozn. specifické poruchy chování → F90 – Hyperkinetické poruchy
- **F91 - Poruchy chování**
 - **F91.0 Porucha chování ve vztahu k rodině**
 - abnormální chování omezené na domov a interakce se členy nukleární rodiny
 - krádeže doma
 - úmyslné destrukční jednání zacílené na člena rodiny (ničení šatů, bot nábytku)
 - násilí vůči členu rodiny
 - zakládání ohně omezené na domov
 - --> dítě dává pouze najevo nějaký problém v rodině - reaguje výše zmíněnými reakcemi
 - vztahy mimo rodinu víceméně v normě (dítě dává jen trochu najevo, že je něco špatně)
 - důsledek narušení vztahu dítěte ke členu rodiny
 - dobrá prognóza
 - systematická rodinná terapie --> nutná práce s celou rodinou
 - posílení systému --> např. jak to vidíte z vaší strany, táta je naštvaný, ale jak to cítíte vy --> často pak je nepřítelem terapeut/etoped --> pak můžeme říci: konečně vidím, že jste se na tom shodli
 - v některých případech stačí pracovat s rodiči
 - **F91.1 Nesocializovaná porucha chování**
 - navenek je mírnější, ale jako porucha je horší
 - rozsáhlé narušení vztahů k ostatním dětem - pokud vztah naváže, tak je to ze zisku, nikoliv z přátelství
 - izolace od ostatních
 - nedostatek blízkých přátel, někdy dobré vztahy k určitým dospělým

STÁTNÍ ZÁVĚREČNÁ ZKOUŠKA - PSYCHOLOGIE

- často místo vztahu využívá moc (tyran) --> často kápo skupiny
- necitlivost, není empatický
- často se projevuje ve škole, ale i jinde
- přestupky páchá samostatně
- výbuchy vzteku
- krutost k lidem i zvířatům
- při diagnóze je povaha přestupku méně důležitá než kvalita vztahů
- intervence obtížná – zprostředkovat jedinci zkušenost hlubokého lidského vztahu
- z této Dg. se může vyvinout --> **disociální porucha osobnosti** (velmi mnoho lidí je v procesu odnětí svobody --> znaky: sebestřednost, bez emocí, soudnosti, chybí vztah k sobě,...)
 - s touto diagnózou se nedá moc co dělat --> represe, trestní právo
- F91.2 **Socializovaná porucha chování**
 - navenek vypadá hůř než nesocializovaná
 - agresivní dítě, jde proti autoritám, vzdorovitý
 - jedinci dobře zapojeni do skupiny (např. gangy)
 - jedinec má schopnost vytvořit hluboký osobní stav - navázat trvalé přátelství s vrstevníky, kteří jsou také často zapojeni do delikventní činnosti (nezradí kamarády, i když jde proti autoritám a dospělým)
 - porucha nejčastěji mimo rodinu
 - prognóza je dobrá
 - intervence – přemístění jedince do vhodnější vrstevnické skupina
- F91.3 **Porucha pozičního vzdoru**
 - diagnóza do 9-10 let věku (častěji u chlapců)
 - výrazné vzdorovité, neposlušné, provokativní chování mimo rámec normálu
 - **fyzilogické období vzdoru** je důležité --> období (1,5-5 let, 3 roky - vrchol) kdy si uvědomujeme své já, uvědomujeme si hranice (dítě zkouší, co si může dovolit - když se cítí bezpečně)
 - rodiče musí vymezit hranice --> pokud nevymezí, vzniká porucha
 - deprivované děti nezlobí, protože se necítí bezpečně, tak nezkouší hranice
 - nízká frustrační tolerance, špatná zvladatelnost dítěte, nekooperativnost, hrubost
 - odpor k autoritě, negativismus
 - projevuje se spíše u dospělých, které dítě zná (např. při pohovoru s psychologem nemusí být patrná)
 - nenarušuje zákon ani práva jiných
 - méně závažný typ poruchy chování
 - bezhraniční výchova
 - *např. matka zakáže, otec povolí - ambivalentní reakce, nebo nic dítě nedělá a dostane vyhubováno či něco dělá a nepřijde žádná reakce*
 - *nebo rodiče nevymezují vůbec hranice*
 - časté je přidružení ADHD
 - pracujeme s hranicemi, s tělem i duší
 - v 80% se rozvine jiná závažnější porucha chování
- F91.8 Jiné poruchy chování
- F91.9 Porucha chování nespecifikovaná
- **F92 - Smíšené poruchy chování a emocí**
 - F 92.2 Depresivní porucha chování
 - F 92.8 Jiné smíšené poruchy chování a emocí
 - F 92.9 Smíšená porucha chování a emocí nespecifikovaná

STÁTNÍ ZÁVĚREČNÁ ZKOUŠKA - PSYCHOLOGIE

- **F93** - Emoční poruchy s nástupem specifickým pro dětství
 - F 93.0 Separační úzkostná porucha v dětství
- **F94** - Poruchy sociálních funkcí s nástupem v dětství a dospívání
 - F 94.2 Porucha desinhibovaných vtaů u dětí
- dle MKN-10
- **06** Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders

▼ Disruptive behaviour or dissocial disorders
▼ 6C90 Oppositional defiant disorder
▼ 6C90.0 Oppositional defiant disorder with chronic irritability-anger
6C90.00 Oppositional defiant disorder with chronic irritability-anger with limited prosocial emotions
6C90.01 Oppositional defiant disorder with chronic irritability-anger with typical prosocial emotions
6C90.0Z Oppositional defiant disorder with chronic irritability-anger, unspecified
▼ 6C90.1 Oppositional defiant disorder without chronic irritability-anger
6C90.10 Oppositional defiant disorder without chronic irritability-anger with limited prosocial emotions
6C90.11 Oppositional defiant disorder without chronic irritability-anger with typical prosocial emotions
6C90.1Z Oppositional defiant disorder without chronic irritability-anger, unspecified
6C90.Z Oppositional defiant disorder, unspecified
▼ 6C91 Conduct-dissocial disorder
▼ 6C91.0 Conduct-dissocial disorder, childhood onset
6C91.00 Conduct-dissocial disorder, childhood onset with limited prosocial emotions
6C91.01 Conduct-dissocial disorder, childhood onset with typical prosocial emotions
6C91.0Z Conduct-dissocial disorder, childhood onset, unspecified
▼ 6C91.1 Conduct-dissocial disorder, adolescent onset
6C91.10 Conduct-dissocial disorder, adolescent onset with limited prosocial emotions
6C91.11 Conduct-dissocial disorder, adolescent onset with typical prosocial emotions
6C91.1Y Other specified conduct-dissocial disorder, adolescent onset
6C91.Z Conduct-dissocial disorder, unspecified
6C9Y Other specified disruptive behaviour or dissocial disorders
6C9Z Disruptive behaviour or dissocial disorders, unspecified

- psychologický pohled (dle symptomů)

- **neagresivní**
 - **lhaní**
 - únik z osobně nepříjemné situace
 - můžeme tolerovat v předškolním věku 3 – 6 let, kdy se vyskytují **konfabulace** (smýšlenky) - magické myšlení, fantazie, pokud něco chtějí, doplnění si informací, které neví, zkrslení vzpomínek (před vstupem do školy by se to nemělo vyskytovat)
 - vycházíme z hodnocení intelektové vyspělosti dítěte ve vztahu k nárokům školy a rodiny, hodnocení jeho povahových rysů a odolnosti nervového systému ve vztahu k ambicím a očekávání dospělých, základní otázka je, proč to dítě potřebuje (otázku trestu odsouváme do pozadí)
 - **pravá lež** – je charakteristická úmyslem a vědomím nepravdivosti
 - cílem je získat výhodu či se vyhnout potížím (přímo či nepřím)
 - nejméně morálně přijatelná kategorie lži: lži zaměřené na poškození jiné osoby nebo získání výhody - spojeny s negativními osobnostními vlastnostmi (egoismus, necitlivost, bezohlednost, agresivita); u dětí jde o závažnější odchylku osobnostního vývoje a prognóza je horší
 - od časněho školního věku, kdy je dítě schopno rozlišit pravdu od lži a přijmout pravidla mezilidského jednání jako závazná
 - nejčastějšími formami lhaní je zapírání a vymlouvání (často spojeny se školními povinnostmi, domácími přestupky)
 - **lži na poškození jiné osoby** – není to obrana z nouze; mohou se spojit i s dalšími negativními projevy a typickými osobnostními vlastnostmi
 - **báje/báje lhavost**
 - nejedná se o typickou poruchu chování – pseudologika, fantastika

STÁTNÍ ZÁVĚREČNÁ ZKOUŠKA - PSYCHOLOGIE

- uspokojuje alespoň na symbolické úrovni ty potřeby, které nejsou uspokojeny; nepřináší jedinci zisk, nemá ani účel
- **konfabulace** – časté u dětí předškolního věku; nelžou schválně -> skálopevné přesvědčení o nějaké věci (domyšlení, zkreslené vzpomínky, magické myšlení)
- možnosti nápravy:
 - vycházíme z hodnocení intelektové vyspělosti dítěte ve vztahu k nárokům školy a rodiny, hodnocení jeho povahových rysů a odolnosti NS - otázkou je, proč to dítě potřebuje, otázku jak trestat odsouváme do pozadí, nejde o to lhaní potlačit, ale jak udělat pro dítě zbytečným
 - složitější k řešení jsou lži, jejíž obětí je někdo druhý
 - cílem je utlumit toto jednání a posílit nové, sociálně žádoucí postoje
- **čachrování**
 - různé formy vyměňování věcí (podvádění, směňování, nepřehledné půjčování, drobné podvody, šmelináři; např. vymění telefon za „úplně skvělou“ kartičku hokejisty) – dítě podléhá, chce se zalíbit, vytáhnout před ostatními, příp. jako kompenzace neuspokojených potřeb
 - možnosti nápravy:
 - jsou komplikované
 - vhodné jsou praktiky zastavení tohoto chování (tresty, omezení příležitostí, zvýšená kontrola), ale především pozitivní ovlivňování emocionální a sociální oblasti
 - nepříznivé je to, že prostředky k čachrování si dítě opatřuje ve styku s cizími lidmi, což v sobě nese rys nedostatečného sociálního odstupu
- **krádeže**
 - jsou charakteristické záměrností jednání (mluvíme o ní až tehdy, kdy je dítě na takovém stupni rozumové vyspělosti, kdy je schopno pochopit pojem vlastnictví a chápe normu chování vymezující odlišný vztah k vlastním a cizím věcem); mohou být spjaté s projevy násilí
 - pro učitele: krádež je porušením normy, které je třeba potrestat a morálně odsoudit; dítě získává nálepkou špatného jedince a nedůvěra se vůči němu generalizuje
 - kritéria: místo krádeže, způsob, cíle, frekvence
 - **příležitostná** – impulzivní reakce (popud vlastnit nějakou věc) **X předem promyšlená** – závažnější (často spojena s jinými poruchami)
 - krade **pro sebe** – cílem je získat něco, co nelze získat jiným, sociálně přijatelnějším způsobem
 - krade **pro druhé** – motiv → neuspokojená potřeba být či akceptace mezi vrstevníky
 - krade **pro partu** – je to norma v partě (špatná norma v partě vytlačuje sociálně přijatelnou normu)
 - patologické kradení (**kleptomanie**) - osoba opakovaně nemůže odolat impulzům ukrást předměty, které nejsou získávány pro osobní použití nebo finanční zisk (Matějček)
 - možnosti nápravy:
 - nevystavovat dítě lákadlům, nenabízet příležitost k přestupkům, nenechávat peníze a cenné věci bez kontroly v bytě, vést domácí účetnictví, vědět, kolik mám v peněžence, starat se i o drobné
 - vysvětlovat dítěti hodnotu peněz a věcí, zavést kapesné (dítě si pak s penězi hospodáří, plánuje, co si může koupit)
 - pokud dítě ostatní děti uplácí nebo si je kupuje, naučit ho strategiím sociální komunikace, umožnit mu navázat užší kontakty s vrstevníky z bezpečí domova (požvat kamarády domů)

STÁTNÍ ZÁVĚREČNÁ ZKOUŠKA - PSYCHOLOGIE

- **absentérství** = častá, bezdůvodná, neomluvená nepřítomnost ve vyučování (zvláštní případ →)
 - **záškoláctví** - negativní postoj ve škole, snaha uniknout problému
 - forma obranného chování únikového charakteru s cílem vyhnout se neúnosné zátěži = škole
 - NEBO výsledkem odlišného socializačního vývoje (nerespektování soc. norem) - dítě z prostředí, které uznává jiné normy a hodnoty a povinnost chodit do škol sem nepatří; rodina dítě ke škole nemotivuje a ani je za záškoláctví netrestá
 - signálem nějakého nevyřešeného problému, které dítě má
 - roli hraje četnost, plánovitost, motiv (pozn. nutné odlišit od silné separační úzkosti či školní fobie)
 - **impulzivní** – jednorázové, nápad na poslední chvíli (může být i opakované)
 - **plánované** – čin je úmyslný, promyšlený (typický promyšlený omluvenkový systém od lékaře, rodinné důvody, nevolnost apod.)
 - **účelové** – specifický druh, často u výborných studentů; významným faktorem je podpora rodičů v jejich útěku z důvodu často jiných činností (umění, sport,...)
 - *čím je dítě mladší, tím je záškoláctví posuzováno závažněji*
 - možnost nápravy:
 - **okamžitá** – pozitivní motivace, průvodce (který jde s dítětem do školy), připravení půdy ve třídě (stalo se, ale můžeme začít znovu)
 - **perspektivní** – motivace, porozumění dítěti, posilování odolnosti
 - MŠMT vydalo „*Pokyn k jednotnému postupu při uvolňování a omlouvání žáků z vyučování, prevenci a postihu záškoláctví.*“
- **útěky**
 - příčinou zpravidla obrana, jistá forma únikového chování - útekem děti řeší situace, které je ohrožují nebo jsou neakceptovatelné
 - pokud dítě utíká - signál, že rodina nefunguje jako zdroj jistoty a bezpečí - dítě utíká, protože není schopno řešit situaci vhodnějším adaptačním mechanismem
 - příčinou útěku bývá strach z trestu, ze špatného zacházení v rodině - častěji jde o útek před zahanbujícími, ponižujícími pocity nebo vzdor vůči vychovatelům; méně častý motiv je touha po dobrodružství.
 - **reaktivní útěky** – zkratkovitá reakce, útek před trestem, signál zoufalství; chce se vrátit zpět
 - **chronické/plánované útěky** – dlouhodobé problémy; nechce se vrátit zpět (většinou signalizují problémy v rodině)
 - **útěky z DD, DVÚ, VÚ** – reakce na omezení svobody, vytržení z prostředí
 - možnosti nápravy:
 - vychází z motivace k tomuto jednání, příčin bývá zpravidla více
 - neexistují specifické rady a pokyny pro prevenci útěků z domova, základní pomoc je v porozumění dítěti a ve zlepšení celkové citové atmosféry a klimatu v rodině
- **toulání** – dlouhotrvající opuštění domova; většinou navazuje na útěky (často spojeno s dalším patologickým chováním)
 - signálem nedostatečné vazby na rodinu (nedostatečná citová vazba k lidem a k zázemí) → nejsou schopni zapojit se a fungovat ve společnosti
 - často spojeno s krádežemi, prostitucí, zneužívání drog nebo alkoholu
 - projevem náhradního uspokojování (místo vztahu, seberealizace)
 - potom začarovaný kruh → pije – stydí se – na kocovinku si dá, aby vyrovnal hladinku – zase se stydí – dá si znovu → už ani neví, kdo je a zapomněl, proč začal pít (něco jako pijan v Malém princí)

STÁTNÍ ZÁVĚREČNÁ ZKOUŠKA - PSYCHOLOGIE

- u dospívajících riziko návyku na tento způsobu života => bezdomovectví
 - po 2 měsících na ulici/ubytovně/azylu už podle výzkumu nejsou schopni jedinci se znovu začlenit do společnosti
 - často jsou to ryzí lidé, kteří mají rodiny – zajímavé životní příběhy
 - stydí se žebrať
- může být jedním ze symptomů disociační poruchy osobnosti (35-45% potvrzeno)
- možnosti nápravy:
 - většinou jde o sekundární poruchy chování a nelze je napravit jinak než s primárními poruchami
- **agresivní** *viz níže (agresivita, agrese, šikana)
 - patří sem: vandalismus, násilné chování vůči lidem, zvířatům nebo věcem, přepadávání, **šikana**)
 - **mobbing** – na stejné úrovni; **bossing** – vedoucí-zaměstnanec i zaměstnanec-vedoucí
 - **první typ** – vykazují nadměrné agresivní chování z hlediska intenzity a četnosti a bývá zpravidla neschopný empatie, emoční oploštělost, lhostejnost, sobeckost
 - **druhý typ** – agrese spojena s impulzivitou a nezralostí autoregulace svého chování; zpravidla chybí úmysl, chování je nepředvídatelné, prožívá pocity viny nad svými činy → méně závažný typ

Diagnostika a diagnóza

- charakterizováni opakujícím se obrazem disociačního, agresivního a vzdorovitého chování. Je-li takové chování u daného jedince extrémní, mělo by porušovat sociální očekávání přiměřené věku, a proto být závažnější než obyčejná dětská nezbednost nebo rebelantství v adolescenci
- o poruchu chování se nejedná: (viz výše)
 - **nižší úroveň rozumových schopností** – nechápe význam norem
 - **odlišné kulturní prostředí** – chápe, ale nezná je
 - **vývojové hledisko** – specifika dětí předškolního věku
- diagnóza je fajn, ale více méně jsou to pouze hypotézy --> ale je nutné brát člověka komplexně - nemít pouze úzké zaměření kvůli diagnóze
- **kritéria:** nadměrné rvačky, tyranizování slabších, krutost k lidem nebo zvířatům, ničení majetku, zakládání ohně, krádeže, opakované lhaní, záškoláctví, útoky z domova, časté a intenzivní výbuchy zlosti, vzdorovitost a provokace, trvalá silná neposlušnost
- **délka trvání:** 6 měsíců
- mohou být symptomatické také pro jiné psychiatrické stavy → musí být stanovena primární diagnóza
- mohou vést k disociační poruše osobnosti
- často se sdružuje s nepříznivým psychosociálním prostředím, včetně neuspokojivých vztahů v rodině a selhávání ve škole
- diferenciální diagnostika:
 - odlišení od emoční poruchy je jasné
 - odlišení od hyperaktivity je méně jasné a porucha se s ní často překrývá

Symptomatologie

Závažné faktory vývoje poruch chování

- **manifestace od raného dětství**
- **chování je stabilní**, navzdory změnám prostředí
- **špatné vztahy s vrstevníky**
- **přidružené poruchy (ADHD)**
- **narušené rodinné prostředí**
- prostředí ohrožené **sociálním vyloučením**

Psychologická charakteristika poruchového chování

- **emoční prožívání**
 - odlišné citové prožívání (negativní emoční ladění, pocit neštěstí a deprese – vrozené/získané)
 - nepřiměřené reakce, podrážděnost, mrzutost (nepřiměřené reakce a chování v běžných podmínkách)
 - neschopnost odložit uspokojení, dosažení svého bez ohledu na následek

STÁTNÍ ZÁVĚREČNÁ ZKOUŠKA - PSYCHOLOGIE

- impulzivita, horší sebeovládání
- neschopnost navazovat spokojivé sociální vztahy s vrstevníky a učiteli
- **kognitivní funkce**
 - odlišný způsob uvažování (situace hodnotí a interpretuje jinak)
 - neschopnost se učit (kterou nelze vysvětlit intelektovými, smyslovými nebo zdravotními problémy)
 - narušení orientace v sociální oblasti
 - nepoučí se ze zkušenosti (rezistentní na zpětnou vazbu)
 - narušení biologické (prefrontál) nebo výchova (bez násilí se nic neprosadí)
 - pocity nadřazenosti vs. méněcennosti (obránné reakce, není objektivní hodnocení vlastního chování)

Motivace nežádoucího chování

- **potřeba stimulace**
 - nuda, neznají nic jiného, nebo jde o disociální poruchu (potřeba vzrušení vyšší)
- **potřeba citové jistoty a bezpečí**
 - upoutání pozornosti, špatná autorita (parta nahrazuje rodinu, zázemí, přejímá jejich normy)
- **potřeba seberealizace**
 - nedosáhnou ocenění a uznání jinde, prestiž od skupiny, dávají mu hodnotu (ocenění za delikvenci)
- **potřeba úniku z tíživé, ohrožující situace**
 - volání o pomoc, neuvědomělé
- **potřeba získat žádoucí materiální prostředky**
 - žít jak chci, vyšší sociální prestiž, drogy atd.

Psychologicky podmíněné poruchy chování

- **projev náhradního uspokojování** při ztrátě nebo opakované frustraci
 - vyjádření potřeb dítěte, které nemůže sdělit jiným, přímým způsobem, a tak má potřebu po pozornosti a uznání
- **emoční deprivace**
 - dlouhodobá deprivace dítěte v rodině nebo v ústavním prostředí
- **disharmonický vývoj osobnosti**
 - chybí schopnost navázat vřelé vztahy, neprožívají lásku ani pocit viny, impulzivita, agresivní tendence, okamžité uspokojení vlastních potřeb, neschopnost učit se ze zkušeností, výkyvy nálady aj.
- **volání o pomoc**
 - často v akutní tíživé situaci, dítě je často silně úzkostné či depresivní
- jako **projev** jiné **psychické poruchy** (schizofrenie, deprese,...)

Odlišnost socializace

- **narušeny vztahy** k druhým lidem
 - primární osobnostní porucha
 - negativní zkušenost v dětství
- nechápou, **neakceptují nutnost přizpůsobení** se druhým a vně normám
- **špatné vztahy s celou rodinou**, okolí je nemá rádo
 - chybí empatie
 - egoismus
- **bezohlednost, hrubost**
- vše dále **utvrzováno reakcemi okolí**
- až polovina mladistvých v Dětských diagnostických ústavech patřila k **řadovým členům** party

Vývojově podmíněné změny

- musíme brát v potaz i vývojové hledisko, někdy jsou jen přechodné výkyvy v chování právě v rámci vývoje
- **předškolní věk** – výbuchy vzteku, negativismus, často proti rodičům, **porucha opozičního vzdoru**,...
- **raný školní věk** – lhavost – neodlišení fantazie, vzpomínek a reality, někdy nechápou osobní vlastnictví
- **střední školní věk** – roste vliv vrstevnické skupiny, snaha o lepší pozici, pokud se odlišuje → šikana
- **období dospívání** – přestává nekriticky přijímat názory dospělých, kritičnost k normám, pubertální negativismus, odpoutání od rodiny, experimentální hledání hranic, hledání nové identity, zkoušení tabuizovaných věcí

- o **u dysfunkčních rodin**- dítě dost silné, aby odešlo, neovlivní je ani škola, potřeba být uznán (je unikátní, nebo zcela ztracen, nic mezi) → vznik nové sociální identity díky vrstevnické skupině

Rizikové faktory

- **osobnost dítěte** (neschopnost prožívat štěstí, obtížný temperament, impulzivita,...)
- **rodina** (systém rodiny, fungování, chování rodičů, výchovný styl,...)
- **společnost** (diskriminace, konflikty, nedostatek podpůrných služeb, násilí, životní podmínky,...)
- **škola** (neúspěch, pozice „outsidera“, slabá vazba na školu, škodlivá vrstevnická skupina, šikana,...)
- koncept „At-risk Youth“ – zaměřen na děti, které mají rizikový nebo blokový rozvoj socializace; sleduje rizika, vymezuje jejich dopady, snaží se o minimalizaci negativních vlivů

Intervence

- koncept intervence: (Vojtová, 2008)
 - o zaměřit se na problémy v chování ještě předtím, než chování dítěte přesáhne hranici tolerance
 - o přistupovat k dítěti v celém jeho kontextu
 - o dialogicko-kooperativní vztah = zprostředkovat dítěti jeho vnitřní svět, aby si mohl budovat své vlastní životní postoje a perspektivu
 - o interdisciplinarita
- možné terapeutické metody:
 - o **expresivní terapie** – arteterapie, muzikoterapie, dramaterapie, teatroterapie, terapie pohybem
 - o **sneozelen**
 - o **ergoterapie** – rozvoj exekutivních funkcí, upevnění norem, řád, zpětná vazba
 - o **psychoterapie, relaxační terapie** (terapie spánková, terapie menších zatížení, terapie minimální aktivity)
 - o **PPP, SPC** – rozvoj efektivní komunikace, strategie zvládání nežádoucího chování, reedukační techniky, podpora správného chování, řešení sociálních vztahů, apod.
 - o **farmakoterapie** – často v případě přidruženého dalšího onemocnění (ADHD)
 - pozn. psychofarmaka poruchy chování neeliminují, pouze zmírňují projevy (vhodná konzultace s psychiatrem)
 - o **behaviorální techniky**
 - **pozitivní posílení** (tokeny, známky, pochvala, smajlíky atd.) – i negativní posílení (odstranění negativního podnětu)
 - **trest** (nejčastěji negativní, může být i pozitivní trest)
 - **vyhasínání** (odstranění posílení v situacích, kdy bylo přítomno)
 - **behaviorální plány, měření, kombinace** programů
- cílem:
 - o **nácvik žádoucích vzorců chování**
 - o **posílení správného sociálního modelu**
 - o **orientace jedince ve vlastním chování, v reakcích okolí**
 - o **podpora aktivity dítěte obecně**
 - o **schopnost organizace volného času dítěte**
 - o **pomoc dítěti v přípravě do školy, spolupracovat s třídním učitelem, pomoci vypracovat IVP, neustále dítě ke školnímu výkonu motivovat**
 - o **posílení ochranných faktorů**
 - o **podpora vrstevníků a učitelů**
 - o **vytvořit nový systém hodnot, sebeúcta, sebedůvěra**
- důraz kladen také na prevenci a včasné podchycení s nápravou
- cíle by měly být reálné, jasně definované a spíše méně náročné
- **pedagogové**
 - o měly by řešit problémy ihned, jak se objeví → měly by jasně ukázat dětem co je správně
 - o podchycení a motivace „problémových“ dětí

STÁTNÍ ZÁVĚREČNÁ ZKOUŠKA - PSYCHOLOGIE

- augodiagnostika – učitel si uvědomuje, zda se k nějakému dítěti nechová arogantně, neponižuje, nesnižuje jeho sebeúctu
- **práce s rodinou**
 - podpora adekvátního fungování rodiny → mohou poskytovat PPP, výchovní poradci, SVP (střediska výchovné péče)
 - s dysfunkční rodinou je třeba začít pracovat co nejdříve
- **práce s problémovými dětmi**
 - diagnostickou, poradenskou a terapeutickou pomoc mohou na žádost školy či rodičů poskytovat PPP či oddělení dětské psychiatrie → pokud vyšetření navrhuje škola, musí s ním rodiče dítěte souhlasit.
 - pracovníci poradny či psychiatrie mohou pro práci s problematickými dětmi použít i některou z metod individuální či skupinové psychoterapie, především kognitivně-behaviorální
 - vytváření potřebných příležitostí pro různé aktivity volného času, organizování letních táborů → takovou činnost může vyvíjet oddělení sociální prevence při magistrátech, ale i soukromé či církevní nadace
 - nízkoprahová zařízení pomáhají naplnit volný čas dětí a pomáhají jim i s přípravou do školy - rizikovým dětem mohou pomoc poskytnout i dobrovolníci (program PětP nebo LATA)
 - střediska výchovné péče jsou zařízení na hranici denního a dlouhodobého pobytu, nabízejí ambulantní a internátní péči, nebo jednorázovou pomoc v akutní krizové situaci (útěky z domova)
 - dětem poskytují preventivně výchovnou péči, rodičům či učitelům nabízejí konzultace a odborné vedení, zajišťují prevenci i terapii; pobyt ve středisku je dobrovolný
 - o děti a mládež s výchovnými problémy se starají kurátoři pro mládež
 - zabývají se dětmi či mladistvými s opakovanými poruchami chování závažného rázu nebo těmi, které se dopustily přestupku nebo trestného činu
 - po zjištění všech okolností doporučí kurátor vhodné řešení, např. vyšetření na psychiatrii či pobyt v diagnostickém ústavu
 - pokud jsou výchovné problémy tak závažné, že je nelze řešit ambulantně, je další možností represivní opatření ve formě ústavní či ochranné výchovy, kterou nařizuje či ukládá soud → může tak učinit na návrh kurátora, nebo rodičů
 - dítě nejprve prochází diagnostickým ústavem, jehož úkolem je jeho posouzení na základě výsledku doporučení dalšího postupu
 - obyt v diagnostickém ústavu trvá obvykle 2 měsíce
 - poté je dítě umístěno do dětského domova nebo do dětského výchovného ústavu, resp. Výchovného ústavu pro mládež
 - ústavní výchovu nařizuje soud, pokud by výchova dítěte byla z nějakého důvodu vážně ohrožena
 - ochrannou výchovu nařizuje soud tehdy, když dítě či mladistvý spáchal nějaký trestný čin

Prevence

- z latinského *prevenire* = předejít, zabránit – zabránění vzniku nežádoucích jevů
- represe = již není možné nežádoucímu jevu zabránit, avšak je nutno jej potlačit
- rozdělení dle WHO:
 - **primární** – předcházení u populace, která ještě není s problémem v kontaktu
 - **specifická** – programy a aktivity zaměřeny na konkrétní formu rizikového chování
 - **nespecifická** – není konkrétní zaměření
 - **sekundární** – předcházení u osob, které jsou již zasaženy (včasná diagnostika, intervence,...)
 - **terciární** – předcházení vážnému a trvalému zdravotnímu či sociálnímu poškození PCH
 - **všeobecná** – zaměřuje se na celou populaci
 - **selektivní** – určité skupiny populace (např. děti, které mají problémy s chováním)
 - **indikovaná** – jedinci, u nichž se předpokládá riziko rozvoje
- zásady efektivní prevence:
 - komplexnost a kombinace strategií
 - kontinuita a systematičnost

- cílenost a adekvátnost
- včasný začátek prevence
- pozitivní orientace prevence
- demonstrace konkrétních alternativ
- důraz na interakci a aktivní zapojení
- využití KAB modelu = Knowledge, Attitudes, Behavior - poznatky, postoje, chování - informovanost, vlastní postoj, zvnitřnění postoje
- využití peer programu = využití předem připravených vrstevníků, se kterými se mladiství ztotožňují
- denormalizace (= normy a hodnoty společenství se mění tak, aby rizikové chování nepřipadalo lidem žádoucí nebo neutrální)
- podpora protektivních faktorů ve společnosti
- nepoužívání neúčinných faktorů

Prognóza

- práce s dítětem s PCH je obtížná a komplikovaná
- čím dříve se s dítětem začne pracovat, tím je prognóza příznivější
- poruchy chování, které se vztahují pouze k rodině mívají dobrý vývoj
- socializované poruchy mají také lepší prognózu (oproti nesocializovaným)

AGRESE A ŠIKANA

Terminologie

- patří mezi významné faktory, které se u problémového chování mohou objevit
- faktor agrese se používá jako diferenciativní faktor v klasifikaci PCH, na základě kterého se PCH dělí na agresivní a neagresivní formy
- **agresivní chování** – násilné porušování a omezování práv ostatních
- **agrese** (chování, nějaký projev)
 - záměrné chování, jehož cílem je poškodit jinou osobu, zvíře, věc
 - někteří autoři přidávají i **autoagresi** (agrese zaměřená na sebe samu - na vlastní osobu)
 - také lze považovat za nástroj, pomocí něhož se jedinec vyrovnává se zátěžovou situací (stres, konflikt, deprivace, frustrace)
- **agresivita** (vlastnost)
 - stabilní vzorec chování nebo vlastnost osobnosti, kdy jedinec reaguje nadměrně agresivně na podněty z okolí
- **hostilita**
 - zjevně nepřátelský postoj k lidem, nemusí být doprovázena agresí (např. pasivní agresivita - neverbální chování)
- **agrese na pokyn** - policista, bodyguard, voják,...)
 - musíme znát všechny okolnosti, abychom dokázali rozlišit, co je už přes hranici
- **pozitivní aspekty**
 - agresivní chování jako **forma sebeobrany**
 - hraje velkou roli ve vývoji dítěte - dodává pocit **motivace**, **energie**, které je potřebné k **sebepřekonávání**; podněcuje úspěch - pokud zůstane v mezích
 - socializovaná varianta agrese je **součástí asertivity**, schopnosti sebeprosazení a realizování svých plánů v rámci platných norem
- **přesun agrese** - např. něco nás naštve a my si to vybijeme na někom/něčem jiném (např. matka je naštvaná z práce, přenáší to na děti doma)
- **Zajímavost** - jedinci, kteří mají psychickou poruchu mohou mít agresivní chování, ale nemusí páchat delikventní činy (častěji tyto činy páchají lidé bez psychické poruchy)
- typy problémových jedinců vykazující agresivní typ chování:
 - **první typ** - nadměrné agresivní chování z hlediska intenzity a četnosti, zpravidla neschopný empatie; objevuje se emoční plochost, lhostejnost, preference uspokojování vlastních potřeb; pocity viny chybí; radost z agresivního jednání, sadistické prvky

- **druhý typ** - agrese spojená s impulzivitou a nezralostí autoregulace svého chování; chybí úmysl k agresivnímu chování; chování nepředvídatelné, impulzivní, prožívá pocity viny; hodnocen jako méně závažná odchylka s možností lepší nápravy
- patří sem: násilné chování vůči lidem, zvířatům, věcem, týrání lidí, zvířat, vandalismus, přepadávání, specifická varianta násilného chování (šikana)
- agrese lze považovat za nástroj, pomocí kterého se jedinec vyrovnává se zátěžovou situací (stres, konflikt, deprivace, frustrace) - pokud jedinec nemůže směřovat agresi z frustrace přímo na osobu, která ji vyvolala, dochází k tzv. přesunu agrese na jiný objekt.
- kromě negativní existuje i pozitivní stránka agresivity:
 - hraje velkou roli ve vývoji dítěte, dodává mu motivaci a energii, které jsou potřebné k sebepřekonávání. Pokud je v mezích, podněcuje úspěch
 - forma sebeobrany – agresivní chování může člověku zachránit život
 - socializovaná varianta agrese je součástí asertivity – schopnost sebeprosazení

AGRESE

- druhy agrese z širšího úhlu
 - podle užití **formy agrese**
 - podle **objektu, který je napaden**
 - podle **subjektů agrese** (muži x ženy jedinec x skupina apod.)
 - podle **příčin agrese**
- konkrétní druhy agrese
 - **fyzická agrese** - využívá k agresivnímu chování buď části těla (ruce, nohy zuby) nebo nástroje všeho druhu; zacílena na jinou osobu, které působí bolest nebo poškození
 - **verbální agrese** - využívá verbální projevy různých variant (nadávky, vyhrožování, manipulace apod.); někdy jde o předstupeň fyzické agrese
 - **neverbální agrese** - zahrnuje různá agresivní gesta, výrazy tváře, křik apod.
 - **přímá agrese** - je napaden
 - **nepřímá agrese** - působí na osobu/věc/zvíře nepřímo, např. skrze prostředníka (v rodině při rozvodu přes dítě)
 - **aktivní agrese** - agresor projevuje aktivní agresivní chování (např. udeří spolužáka)
 - **pasivní agrese** - agresor projevuje pasivně agresivní chování (napustí např. žáka do třídy)
 - **reaktivní agrese** - základem je afekt vzteku, zlosti, agrese je nepromyšlená, okamžitá
 - **instrumentální agrese** - je plánovaná, promyšlená, bez afektu a vzteku
 - **vyprovokovaná agrese** - jedinec je nějakým podnětem nebo situací nucen použít agresi (sebeobrana)
 - **nevypovokovaná agrese** - jedinec reaguje spontánně agresivně, bez zjevného nebo intenzivního podnětu (např. pro radost)
 - **užitková agrese** - nutné usmrcování hospodářských zvířat nebo lovení potravy
 - **rodičovská agrese** - rodič brání své potomky nebo příbuzné proti útoku
 - **vandalismus** - jsou poškozovány hmotné statky (lavice, učebnice apod.)
 - **sadistická agrese** - většinou zahrnuje kruté formy sexuálního násilí (znásilnění, vraždy)
 - **symbolická agrese** - agrese realizovaná např. pomocí kresby, literárního díla apod.
 - **epizodická X trvalá agrese** - vymezuje se podle četnosti výskytu
 - **mobbing** - agrese na pracovišti mezi podřízeným
 - **bossing** - agrese vedoucího vůči podřízeným
 - **nemotivované násilí** - agrese bez zjevné příčiny, oběť a agresor se setkávají poprvé, neznají se, oběť neprovokuje agresora
 - **skupinová agrese** - skupinové agrese bývají nejbrutálnější (znásilnění, šikana, mučení apod.) --> celá psychologie davu - člověk koná brutální věci, protože není tak lehký pozorován v davu
 - **agrese na pokyn** - týká se zejména příslušníků armády, policie, vězeňské služby může však být i součástí šikany

- původ agrese

- jsou dva tábory názorů - jeden zastává **vrozenost**, druhý **získanost** - *naučené chování*
- zastáváme dnes takového názoru, že je součástí z **lidské přirozenosti**, vychází z **pudového základu**, ale je i výslednicí **vnějších vlivů** a **procesů učení** (naučený vzorec chování) --> dědičnost (60%) v kombinaci s vnějšími vlivy (40%) do vnějších vlivů můžeme zařadit **rizikové rodiny**
 - **neúplné rodiny** - agresi tvrdě trestá (tvrdá výchova - tendence napodobovat agresora v rodině) nebo si těchto projevů vůbec nevšímá
 - např. i když matka jedná jinak neverbálně a verbálně --> chaos, dítě neví, co je správně
 - rodina **nevšímající si agresivního chování** a zároveň **neposilující prosociální chování**
 - rodina **posilující prosociální chování**, ale **nepotlačují agresivní jednání**
 - rodina s **despotickým tvrdě trestajícím otcem** a **benevolentní matkou**
 - další faktory v rodině
 - **rodinné neshody**
 - **početnost rodiny** (když máme malou rodinu a poté jsme někde v davu --> stres --> může se rozvinout agresivní chování)
 - **ztráta nebo odloučení od jednoho nebo obou rodičů**
 - **delikvence rodičů** (pokud vykazuje delikventní chování rodič --> dítě to vidí a chová se ve většině případů stejně či velmi podobně)
 - **dědičné predispozice k určitému druhu onemocnění**
 - **nízká socioekonomická úroveň**
 - **nezaměstnanost, kriminalita,...**

- faktory zvyšující tendenci agrese:

- **nadměrná stimulace** - omezující náš osobní prostor ("přesycenost lidmi")
- **zdroj ohrožení, nebezpečí** - mohou představovat cizinci
- **chování v davu a skupině** --> anonymizace (zbavuje jedince mravní zodpovědnosti a on tak ztrácí své zábrany)
- **hledání viníka** - nutkání hledat v zátěžové situaci viníka a potrestat jej (obraný mechanismus)

- postupy zvládání agresivního chování

- **technika pozitivního posílení** by měla být technikou první volny (forma této techniky --> upevňování pozitivního vztahu mezi učitelem a žákem)
- **vyhasínání** - měla by být aplikována v kombinaci s technikou pozitivního posílení - pouze u mírné agrese! (výkřiky, vyrušování,...) --> neměli bychom si toho všimnout (bude platit cca do 12 let; nejvíce je to platné u dětí předškolního věku)
- **izolace** (time-out) - vykážeme dítě z kolektivu (v případech, když je agresivní chování časté a s vyšší intenzitou), kde dítě nemá přístup k aktivitám/dětem ("běž na hanbu/do kouta/za dveře") (cca do 12 let)
- **bodování** - nejzazší techniky, pokud nezabírají předchozí techniky (náročné na přípravu i samotnou realizaci); plán, kdy jsou nějaké povinnosti, za které se dostávají body (musí splnit za měsíc určitý počet) --> pokud to splní --> kapesné/věc, kterou dítě chtělo po nějaké době (u mladších dětí - hračka, zoo,...)
 - nutné, aby to bylo perfektně promyšlené, ještě motivační (např. když nesplnila za měsíc vše, mohla si na konci měsíce ještě něčím dopomoci alespoň, i když nesplní úplně vše)
 - chyba: ztráta důslednosti v dodržování pravidel ze strany rodiče --> dítě okamžitě přestane plán dodržovat
- → první čtyři – efektivní pro děti 2 – 12 let
- **hledání příčin agrese**
- **zvyšování náhledu dítěti**
- **rozvíjení sociální dovednosti** - asertivita - schopnost vyjednávat, můžeme poukázat na jiná řešení konfliktů
- **redukce agresivní modelů** - omezení TV, PC her,...
- **tresty** - nepůsobí dobře na vztahy mezi dítětem a rodičem --> lepší pozitivní posilování
 - když už trest, tak by měl být ihned

STÁTNÍ ZÁVĚREČNÁ ZKOUŠKA - PSYCHOLOGIE

- fyzické tresty zastaví agresi, ale vyvolají hostilitu
- Pozor! "počkej, až se táta vrátí, ten ti dá" --> pro dítě je trest, že se bojí, má strach než otec přijde --> ale když poté přijde trest, pro dítě je to úleva
- **posilování altruismu** - pomoc ostatním a oceňování chování
- **kooperativní styl výuky** - ve skupinkách --> vytvoření vazby
- **učení a vyjednávání** - metoda řešení konfliktů mezi žáky prostřednictvím vyjednávání
- **logické důsledky** - zdůraznění logických následků agrese
- **odložit řešení** - v případě, že je učitel zaskočen --> pomůcky proti agresivnímu chování - nevíme, co bychom měli hned udělat - můžeme na krátkou dobu odložit řešení
 - u agresivních klientů --> dobré, protože se agresor zklidní (odložíme řešení -mluvíme klidně: "moment, posadte se", "chvilíčku, já jen si pro něco odběhnu", "zavolám kolegyni, ať se můžeme soustředit na to, co potřebujete" --> většinou to opravdu funguje)
- **přesun agrese** - př. U bankomatu muži nešly vybrat peníze, paní stála za ním --> pán se otočil a říká: "to není možné, vy mi snad rovnou lezete na záda" --> paní perfektně zareagovala: "no máte pravdu, kdyby tady namalovali čáru, abych vám na záda lézt nemusela"
- **odstranit agresora**
- **př.** dítě v obchodě, když chce hračku/něco koupit - nejúčinnější je čapnout dítě a odejít ven z obchodu za roh - říci "to mi dělat nebudeš" (důrazně, rázně, naštvaně) - jít zpět do obchodu, stále naštvaně a nakoupit ("už tě příště nikam nevezmu" --> nevyužívat!) - dítě musí vědět, že si stojíme za svým a nepovolíme
- nutná je vytrvalost v chování rodiče a snaze nápravy !!!
- **zásady**
 - **láska, jistota, bezpečí** (dítě musí mít jistotu, že ho milujeme a je u nás v bezpečí) + **důslednost** (když to řeknu, tak to dodržím)
 - **kořeny** (zázemí) a **křídla** (vědět, kdy dítě vypustit - dát mu možnosti, být zodpovědné samo za sebe)
 - **bezpodmínečná láska** = dítě vždy budeme milovat, i když udělá něco špatného (ale nepokládáme to za správné chování - vysvětlíme to dítěti, že to nebylo správné)
 - když dítě řekne "nemám tě rád/a" --> rodič by neměl nikdy říci, že taky nemá dítě rádo --> ale: "tak to mě mrzí, já tě mám moc ráda, ale nelíbí se mi jak si se choval - myslela jsem, že když uděláš toto, tak uděláš i toto" (návod, jak se tedy chovat)
 - je nutné, aby dítě vědělo, co se nám nelíbí a měly bychom mu to říci a navést ho ke správnému postupu

ŠIKANA

- "cílené, násilné a agresivní chování jednotlivce či skupiny vůči slabšímu jedinci, případně skupině jedinců, kteří nemohou ze situace uniknout či nejsou schopni se účinně bránit"
- termíny: šikana vs. *teasing* (= nevinné škádlení mezi dětmi – chlapci a děvčaty)
- je projevem **zneužití postavení a moci nad slabším jedincem** - jedná se o závažnou agresivní poruchu chování
- obzvláště v **dětské skupině** existuje silný tlak a **potřeba konformity** - kdo je jiný, vymyká se z přijatelné normy a nebývá tolerován
- **zejména chlapci** mají tendenci potvrzovat si fyzickou silou svůj status ve skupině
- **varianty šikany:**
 - **skrytá šikana** = **ostrakizace** - projevuje se sociální izolací a vyloučením oběti ze skupiny
 - **zjevná šikana**
 - **fyzické násilí a ponižování** - strkání, bití, skákání po oběti, zavírání do popelnice apod.
 - **psychické ponižování a vydírání** - nucení ke svlékání, k posluze, nadávání, zesměšňování apod.
 - **destruktivní aktivity zaměřené na majetek oběti** - braní a ničení věcí, trhání sešitů, braní učebnic, polití oblečení apod.
- **stupně šikanování** (Kolář Michal - doporučení si přečíst nějakou publikaci)
 - **ostrakismy** (střepiny)
 - objevují se všude (vytrhnutí stránky s úkolem, počmárání sešitu,...)

STÁTNÍ ZÁVĚREČNÁ ZKOUŠKA - PSYCHOLOGIE

- mírné projevy, verbální, existuje žák na psychosociálním chvostu ve třídě - necítí se dobře v kolektivu (legrácky, intriky, pomluvy)
- učitelé musí neustále své žáky kontrolovat (*při potyčkách nemá smysl použít tresty, v tomto případě stačí napomenutí --> když děti přesáhnou určitou mez, je nutné zasáhnout a potrestat*)
 - počítají se sem i nepěkné přezdívky, které snižují lidskou důstojnost dítěte
 - učitel nesmí používat přezdívky, když oslovuje, musí všechny stejně
- **zvýšení agrese**
 - fyzická agrese a přitvrzování manipulace
 - tenze skupiny = neoblíbený žák se stává katalyzátorem – hromosvodem
 - tehdy, když spolu děti tráví většinu času - školy v přírodě, letní tábory, dětské domovy, internáty, přetažení dětí ve škole (víceletá gymnázia, uzavírání známek, mnoho testů)
 - pokud je ve skupině pouze jeden agresor, nehrozí, že by se šikana přesunula do třetího stupně
- **vznik jádra**
 - pokud má agresor alespoň jednoho příznivce, častokrát se šikana přesune právě do tohoto třetího stupně (*agresor chce získat prestiž, pozornost, aby ho ostatní uznávali --> jádro útočí na oběť, ostatní pozorují a povzbuzují ho, tím pádem agresor získává vyšší sociální status*) --> stabilní skupina agresorů
 - je cílená --> role agresorů X oběti
 - poslední stupeň šikany, kdy je učitel schopen zasáhnout a něco udělat - měl by využívat sociometrie --> učitel musí být vnímavý
- **vítězství agresorů**
 - většina přijímá normy skupiny
 - normy agresorů se stávají nepsaným zákonem, i mírní žáci se začínají chovat krutě - tlak na konformitu se skupinovou dynamikou
 - neexistují bonzáctví, u ostatních dětí dojde též k touze po moci jako má agresor a přidávají se k němu (*šikana je jako "virus"*)
 - učitel je nerespektován, ztrácí autoritu --> většinou nemůže nic dělat
- **totalita**
 - = dokonalá šikana
 - násilí = norma celé skupiny
 - skupinový program - žáci jsou rozděleni na otrokáře a otroky, existuje hierarchie s přesným vymezením pravomocí
 - oběť je ohrožena na životě (např. nacistické sklony / rozdělení třídy na vůdce, poddané,...)
- Proč se slušné děti nakonec přidají k agresorům?
 - pokud se šikana neřeší již od počátku a šikana dojde na čtvrtý stupeň - ostatní děti se stávají agresory
 - **kognitivní disonance** (*nevhodný, neodpovídající vztah mezi poznáními - zahrnutý veškeré postoje, názory, přesvědčení, vědomosti a víra daného jedince*)
 - označení pro výchozí stav, který vede aktivity orientované na snížení tohoto nesouladu
 - člověk se snaží z tohoto nesouladu dostat
 - **imitace** - malý kluk přijde do třídy a vidí, že ostatní kopají oběť - kluk se nezastane oběti --> změni své chování a přidá se k agresorům, přijdou ale silné emoce a kluk má pocity viny --> snaží si to rozumově vysvětlit - asi si to oběť zasloužila, dělají to všichni --> změni své chování, emoce a racion
- **agresor** - nejčastěji jedinec, který je fyzicky a psychicky silný, s potřebou se předvádět, je necitlivý, bezohledný a nepocituje za své chování vinu
 - často s nedostatkem empatie, nezralou autoregulací svých fyzických projevů a pocitů moci
 - jedinci zakomplexovaní, nejistí, hostilně ladění, s nízkým sebehodnocením ve vztahu ke školním výsledkům
 - nižší úroveň prosociálních tendencí a horší komunikační dovednosti s výraznou potřebou prosazení se
 - jsou odmítáni skupinou, ale zároveň jsou velmi vlivní
 - svůj negativní vliv na třídu využívají a morálně ji rozvracejí

○ typy:

▪ "hrubián"

- často popudlivý, primitivní, užívá spíše fyzickou sílu, neuznává autority, mívá výchovné problémy, někdy bývá členem party, jež páchá trestnou činností
- ubližuje ostatním tvrdě bez projevů lítosti, striktně vyžaduje poslušnost, zastrašuje ostatní
- typická existence agresivního chování v rodině - především u rodičů

▪ "slušňák"

- ubližuje nejčastěji tajně, beze svědků ("šedá eminence") a bývá přitom vynalézavý
- většinou neubližuje oběti sám, ale má své pomahače
- na první pohled se jedná o slušné dítě, někdy může být až úzkostné
- takové dítě bylo vychovááno přísně - vojenským způsobem bez odpovídající saturace emočních potřeb

▪ "srandista"

- typickými znaky jsou optimismus, sebevědomí, výřečnost, oblíbenost, zábavnost
- druhým ubližuje proto, aby si zajistil pozornost kolektivu, šikanuje pro zábavu
- většinou jde o verbální šikanu, zesměšňování, ponižování

▪ "agresor ekonomické šikany"

- poměrně nový typ šikany a vznikl důsledkem změn ve společnosti
- jedinec pocházející z ekonomicky silných rodin, kde jsou zahrnováni materiálním blahobytem
- toto materiální slouží jako kompenzace nedostatečné saturace potřeb
- dítě přijme tento "nadstandard" jako normu a jestliže někdo tuto normu nesplňuje, může se stát objektem šikany a posměchu

- **zdrojem** může být **citová deprivace** - neuspokojení potřeby bezpečí, jistoty, lásky, opory a ochrany

- často nahrazují prostřednictvím návykových látek

Důsledky šikany pro oběť

- aktuální ohrožení psychického i somatického zdraví oběti, včetně sociálního
- ženy mívají problémy s navázáním důvěrného vztahu, mohou mít strach z nových situací a úspěchu
- muži se mohou stát nekomunikativními, uzavřít se do sebe a stát se samotáři
- vysoké % osob, které šikanu zažilo, se pokusilo o sebevraždu nebo na ni myslelo.
- postrádají sebevědomí, mají nižší sebeúctu, méně blízkých přátel a je narušena schopnost soustředění
- v dospělosti jsou náchylnější ke stavům úzkosti, deprese, osamělosti, mohou mít obtíže se heterosexuálními vztahy
- děti žijí v neustálém strachu z ohrožení a dalšího ubližování
- pocity strachu jsou zpočátku vázány na události šikanování, postupně přecházejí do trvalé úzkosti a deprese
- somatické potíže – poruchy spánku, snížení imunity, noční probouzení, noční můry, bolesti hlavy, břicha nebo zvracení, větší sklon k prožívání bolesti a celkové nepohody

Zdroje:

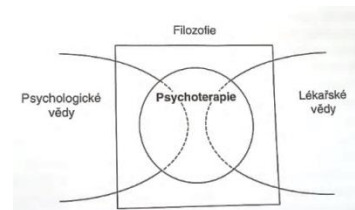
- Pugnerová, Kvintová (Přehled poruch psychického vývoje)
- <https://pedagogika.skolni.eu/specialni-pedagogika/etopedie/>
- Zápisy z etopedie
- Zápisy z psychopatologie

PSYCHOTERAPIE

27. Předmět a druhy psychoterapie, psychoterapeutický vztah, faktory ovlivňující psychoterapii.

PSYCHOTERAPIE

- pojem psychoterapie pochází z **řečtiny** a je složen ze dvou slov:
 - o **psyché**
 - původně znamenala **duši** ve významu životní síly mající zdroj v sobě samé
 - v nejstarším významu byla synonymem života a vyjadřovala vztah člověka k životu vůbec
 - v dnešním pojetí je „duševní – psychické“ jiným vyjádřením pro lidskou subjektivitu a její projev (vědomí, prožívání)
 - o **therapon** / terapon
 - byl služebník, průvodce a opatrovník bohů
 - dnes rozumíme terapií – léčbou vědecké postupy, jimiž napomáháme uzdravení
- psychoterapie vychází z: (= zdroje)
 - o **psychologie**
 - o **medicíny**
 - o **filozofie** – kritické myšlení, možnosti i meze našeho poznávání, pomocí etiky vymezuje, co je žádoucí a co se naopak nesmí



Definice

- „Psychoterapie je obor, vědní disciplína, **empirická a aplikovaná** věda. Je to obor **interdisciplinární**, protože zasahuje do různých oblastí medicíny a psychologie. Má svou **obecnou a speciální část**. Do obecné části patří: teorie, metody a výzkumná data. Do speciální části patří jejich aplikace na jednotlivé druhy poruch. V současné době nemá psychoterapie jednotnou, obecně přijímanou teorii, ale zahrnuje cca **10 základních uznávaných přístupů či systémů**, z nichž má každý svou vlastní ucelenou teorii osobnosti, etiopatogeneze poruch, obsahu terapie a terapeutického procesu i propracované metody a techniky léčby či výcvikové programy.“ (Kratochvíl, 2002)
- „Psychoterapie je především **léčbou** (sekundární prevencí), ale i **profylaxí** (primární prevencí) a **rehabilitací** (terciární prevencí) poruch zdraví, která se uskutečňuje výhradně psychologickými prostředky, tedy prostředky **komunikační a vztahové povahy**.“ (Vymětal, 2004, str. 20)
- Kratochvíl (2000) vymezuje psychoterapii jako „**léčebnou činnost, léčebné působení na nemoc, poruchu či anomálii prostřednictvím psychologických prostředků**.“
- Kvintová (2013) uvádí, že „psychoterapie je forma pomoci, **léčebné působení**, které může být **profylaxí i rehabilitací**, zabývá se duševními i tělesnými psychogenními projevy klienta, který si přeje dosáhnout nějaké změny. Tato forma pomoci se děje **prostřednictvím psychologických prostředků**.“
 - o léčebné působení pomocí psychologických prostředků, je i **profylaxí a rehabilitací**
 - o léčebné působení na duševní život člověka, na chování, interpersonální vztahy a tělesné procesy = navozuje žádoucí změny
 - o **síla + trpělivost + moudrost** (Ignác z Loyoly)
 - v rámci terapie bychom měli najít sílu, abychom s věcmi, se kterými můžeme něco udělat, tak udělali
 - trpělivost s věcmi, se kterými nemůžeme nic udělat (smířit se s nimi)
 - moudrost na to, abychom tyto dvě věci mohli rozlišit
- = **zvláštní druh psychologické intervence** působící na duševní život, chování člověka, jeho meziosobní vztahy i tělesné procesy tím způsobem, že usnadňuje navození žádoucích změn, či tyto změny přímo vyvolá, a tak podporuje uzdravení či znesnadňuje vznik a rozvoj určité poruchy zdraví
- → probíhá jako **vědomá, záměrná, strukturovaná** a vědecky podložená **interakce** mezi terapeutem a pacientem
- je třeba zdůraznit, že působí/ovlivňuje klienta **komunikací a vztahem!**
- **samostatný obor**
 - o není pouhou metodou používanou např. v medicíně vedle jiných metod (farmakoterapeutických, fyzioterapeutických apod.) (Vymětal, 2004)

- **aplikovaný obor**
 - o má i teoretickou část
 - o má transdisciplinární povahu
 - o vychází zejména z psychologie tím, že využívá psychologické prostředky s cílem pomoci potřebnému jedinci v dosahování normality
- **normalita** = život člověka žijícího a rozvíjejícího se společně s druhými a naplňujícího tak své pozitivní možnosti ve společenství s ostatními lidmi a s ohledem na ně, což je i jiným vyjádřením vysoké kvality vedeného života (Vymětal, 2004)

Terminologie

- **profylaxe** (primární prevence)
 - o odpovídá prevenci v tradičním medicínském pojetí (pacient ještě není nemocen)
 - o znamená **opatření**, jejichž cílem je **zamezit vzniku a rozvoji nežádoucích psychických a somatických stavů** majících za následek poruchu zdraví (*např. pediatr včas odhalí vyšší dispoziční k úzkosti a zařadí dítě do programu, kde se provádí dětská psychoterapie hrou/sebezkušenostní seminář, který se zaměřuje na něco, co nemusí být problém, ale může být v budoucnu*)
 - o s psychoterapií v rámci profylaxe se setkáme v rámci krizových center, provádějí ji školní psychologové, manželští poradci, rodinní lékaři
 - o soubor zdraví podporujících aktivit, postojů, sebepoznání a rozpoznání negativně působících jevů
- **terapie** (sekundární prevence)
 - o je léčbou v běžném slova smyslu
 - o znamená **užití psychologických postupů a strategií**, jimiž **mírníme** a **odstraňujeme poruchu** zdraví
 - o zamezuje dalšímu rozvoji vzniklé poruchy
 - o **cílem** je restitutio in sano (**obnova zdraví**)
 - o podpůrná terapie – to, že člověka aktivně vyslechneme – může mít léčebné účinky
- **rehabilitace** (terciární prevence)
 - o v psychoterapeutickém významu představuje **psychologickou intervenci**, pomocí které usilujeme o **zmírnění následků poruchy zdraví**
 - o rehabilitace často **přechází v prevenci**, čili v odstraňování předpokladů vzniku a rozvoje určité poruchy, výskytu nové ataky nemoci, dekompenzace zdravotního stavu apod.
 - o v praxi to znamená **reaktivaci** a **sociální začlenění** pacienta do života a jeho **přijetí** nevratných **důsledků** poruchy zdraví
 - *př. dříve v Kroměříži u dlouhodobě hospitalizovaných pacientů (3 měsíce a více) před propuštěním z péče se učili základním věcem – např. uvařit čaj, nakoupit podle seznamu, najít si něco přes internet apod.*
 - o **cílem** je restitutio ad integrum (**návrat do původního stavu**)
 - o zpravidla zaměřena na sebepojetí klienta, **přijetí eventuálního defektu**, nalezení nového místa v rodině a akceptaci reality, což se dotýká i klientova hodnotového systému a hodnotového systému osob jemu nejbližších
- **zdraví**
 - o **bio-psycho-sociální dimenze/hledisko** + spirituální dimenze + ekologická/environmentální dimenze (uvádí někteří autoři)
 - o **definice**: stav úplného tělesného, duševního a sociálního blaha (WHO, 1948)
 - o bereme v úvahu normu statistickou - Gaussova křivka – 68% populace je v normě
 - o norma individuálně funkční
 - s tou pracujeme v psychoterapii běžně – individuální přístup = každý případ by se měl brát individuálně (včetně osobnosti, rodiny, výchovy apod.)
 - o psychoterapeutický pohled na zdraví a jeho poruchy má výhodu v tom, že se **opírá o psychologické vědění** (např. o psychologii osobnosti, vývojovou psychologii atd.) a **psychodiagnostické postupy**, díky kterým zjišťuje psychické vlastnosti, struktury, procesy a projevy člověka včetně jeho chování (Vymětal, 2004)
 - o **důraz** je kladen na **diagnostiku osobnosti** a na **diagnostiku základních a relevantních mezosobních vztahů** člověka – ve vývoji i aktuálně (Vymětal, 2004)

Předmět psychoterapie

- lidské zdraví a jeho poruchy, **profylaxe**, **léčba** a **rehabilitace** těchto **poruch** z hlediska možnosti jejich ovlivňování **komunikační** a **vztahovou cestou** + využívá se zde poznatků zejména psychologie a přístupů psychosomatické medicíny (Vymětal, 2004, str. 25)
- předmětem psychoterapie je **LIDSKÉ ZDRAVÍ A JEHO PORUCHY**, respektive duševní život člověka, jeho chování, prožívání a projevy (Kvintová, 2013)
 - o lidská bytost je biopsychosociální jednotkou a je třeba k ní takto přistupovat
 - o tento přístup vychází z definice zdraví dle WHO jako stavu úplné psychické, tělesné a sociální pohody
- **základním léčebným postupem** při **léčbě neuróz**, taktéž u **terapie závislostí**, tam však procesu psychoterapie předchází detoxikace (Vymětal, 2004)
- **systematická** a **podpůrná psychoterapie** má uplatnění při ovlivňování dalších zdravotních potíží – např. somatoformní poruchy (syndrom „dráždivého tračníku“ ...), jež se v praxi překrývají s psychosomatickými poruchami (Vymětal, 2004)

Psychologické prostředky (*hrají důležitou roli v rámci psychoterapie*)

- **kommunikace** – sdělování kontextu v interpersonálním vztahu s cílem ovlivnit a navodit změnu
 - o **verbální** – např. slovo, rozhovor, psychodrama, imaginace, sugesce,...
 - 7% slova
 - o **neverbální** – např. psychogymnastika, relaxace, muzikoterapie...
 - 93% tvoří neverbální (intonace – vocal variety 36%)
 - intonace je velmi důležitá při telefonování, protože nevidíme ostatní neverbální prostředky
 - neverbální složka nás více ovlivňuje než ta verbální
 - při terapii terapeut zrcadlí pohyby klienta (ne zcela přesně, ale když se pohne na jednu stranu, tak terapeut také) – je to nevědomé
- **psychoterapeutický vztah**
 - o každý terapeut zastává určitý přístup, důležité jsou v rámci vztahu: **empatie**, **bezpečí**, **důvěra** a **motivace**
 - **empatie** – částečně se to dá naučit ve smyslu aktivního naslouchání (schopnost na straně psychologa)
 - **bezpečí**
 - aby nás psycholog nesoudil (i když s tím psycholog nesouhlasí – respektuje to)
 - že ty informace tam zůstávají za dveřmi
 - zařízení prostoru (útulně zařízen, relaxační křeslo, příjemné barvy, vonné svíčky)
 - pocit bezpečí by měl mít i terapeut (myšleno u agresivních klientů) – uzpůsobení místnosti (aby terapeut měl únikovou cestu)
 - **důvěra**
 - **motivace** – naprosto zásadní na straně klienta, bez té není možné, aby se terapie mohla realizovat – měla dopad na klienta
 - př. matka a tchýně přivedla na terapii alkoholika
 - o je to tzv. **mezosobní vztah** (další druhy: osobní a neosobní)
 - ani příbuzenský ani osobní – nějak se vytvoří a má nějakou hloubku
 - je dán souborem postojů, představ, zkušeností, očekávání...
 - a dynamikou vztahu
 - působí v mezosobním vztahu – má začátek, průběh a ukončení – vyvíjí se – plán, který se flexibilně přizpůsobuje vývoji

Druhy psychoterapie

- dle aktivity psychoterapeuta
 - o **direktivní**
 - terapeut **působí** na klienta **autoritativně** – zadává úkoly, dává přímé rady, či používá sugesci. (behaviorální přístupy)
 - **přímé usměrňování** myšlení, postojů a chování klienta

- **nedirektivní**
 - terapeut je spíše **průvodcem**
 - **neutrálním postojem podněcuje** pacientovu produkci/aktivitu (př. psychoanalýza)
 - vytváří příznivou atmosféru pro klientovu sebeexploraci
 - extrémnímu případem nedirektivní terapie je tzv. **mhm terapie** (terapeut místo souhlasu či nesouhlasu, stále opakuje „mhm“) (např. Rogers a jeho na klienta zaměřená terapie)
- dle zaměření terapie
 - **symptomatickou**
 - zaměřující se na chorobný příznak/symptom klienta (př. KBT)
 - **kauzální**
 - snaží se najít a odstranit příčinu chorobných příznaků, původ a zdroj pacientových obtíží (př. psychoanalýza)
- dle přístupu k osobnosti
 - **podpůrná**
 - nesnaží se měnit osobnost
 - poskytuje pouze podporu, porozumění, zdůrazňuje pozitivní stránky, nehodnotí, nekritizuje
 - *př. žena potřebuje ventilovat, chce pochopení, ne vždy rozuzlení --> které ale muž často nabízí :D*
 - **rekonstrukční**
 - usiluje o přestavbu osobnosti, snaží se ji měnit
 - zasahuje do postojů, motivací, hodnotových systémů
- dle způsobu práce
 - **individuální**
 - one to one terapie (zaměřena na jedince)
 - **skupinová**
 - terapeut působí na skupinu klientů
 - využívá skupinové dynamiky a dějů, které ve skupině vznikají
 - **hromadná**
 - metody individuální terapie u více klientů současně
 - **rodinná** (příp. manželská)
 - terapie zaměřená na rodinu, na vztahy, interakci a vývoj v rámci této důležité a jedinečné sociální skupiny
 - jde především o změnu celé rodinné soustavy a změna osobnosti jedinců je chápána až jako následek
 - indikovaná je v případech, kdy se předpokládá, že je zdrojem individuálních či vztahových poruch a problémů klienta
- dle příslušnosti terapeuta k určitému *psychoterapeutickému směru*
 - **dynamickou**
 - zaměřuje se na vliv minulých zážitků a nevědomých procesů na aktuální problémy
 - př. Freud, Jung
 - **kognitivně-behaviorální**
 - zaměřeno na nácvik žádoucího chování a myšlení
 - **humanistická**
 - rozvoj vnitřního prožívání, sebe-uskutečňování, životní smysl
 - př. Rogers
- psychoanalytici někdy rozdělují
 - **odkrývající**
 - tj. hlubinnou analýzu, která vynáší na povrch vytěsněný materiál z nevědomí a vede k jeho uvědomění a zpracování
 - **zakrývající**
 - patří sem všechny ostatní formy psychoterapie, které jsou považovány za méně hodnotné (Kratochvíl, 2002)

- další dělení
 - **náhledová**
 - podporuje získání náhledu na obtíže, objasnění a porozumění danému problému (porozumí, proč daný problém má)
 - **akční**
 - podporuje přímé zvládání problémů a nácvik adekvátních dovedností (neanalyzuje problém, ale připravuje klienta na to, jak situaci zvládnout – např. Asertivní chování, trénink sociálních dovedností)

Cíle psychoterapie

- 2 odlišné formulace cílů: (Kratochvíl, 2002)
 - **odstranění chorobných příznaků**
 - pacient má jisté obtíže, úkolem terapeuta je, aby ho těchto **obtíží zbavil**, ať už postupem symptomatickým nebo – dokonaleji – terapií kauzální, odstraňující příčinu
 - někteří autoři zpřesňují tento cíl jako **obnovení pracovní schopnosti**, schopnosti požitku, kontaktu, naděje, schopnosti radovat se ze života
 - účelu je dosaženo, když vymizí symptomy, které tomu bránily
 - **reedukace, resocializace, reorganizace, restrukturalizace, rozvoj či integrace pacientovy osobnosti**
 - podle příslušné teorie osobnosti se analyzují např. intrapsychické konflikty, sledují patologické fixace libida nebo patologické stereotypy v interpersonálních vztazích, usiluje se o korekci postojů
 - osobnost se přetváří ve směru správné adaptace nebo ve směru zrání a uskutečňování svého individuálního životního poslání
 - odstranění symptomů se u tohoto postupu očekává spíše jako vedlejší důsledek
 - významnost zlepšení nebo vyléčení se posuzuje podle dosaženého stupně osobnostních změn, nikoliv podle změn v symptomatice
- obecné cíle (Kvintová)
 - **osobnostní změna**
 - temperament= reaktivita na podněty; je daný, velmi těžko se mění (cholerik x sangvinik x flegmatik...; extrovert x introvert)
 - Jak moc je ta změna možná? Do určité míry ano s motivací.
 - Jak změnit něco u ostatních (partnera)? Změnit chování u sebe – vydržet a může se nastartovat změna (nejisté výsledky)
 - u dětí je to vypořádováno zhruba 2-3 měsíce (u dospělých to může být podobné)
 - **psychofyziologické stavy**
 - zdůrazněno, aby bylo jasné propojení psychiky a fyziologických/somatických/biologických pochodů
 - skrze psychiku můžeme fyziologii těla ovlivnit
 - patří sem **relaxační metody**, která je ale oficiální psychoterapeutickou metodou
 - metody, které mohou využívat i logopedi: dechová cvičení (brániční či do břicha), práce se soustředěním se, autogenní trénink (nástavbou pak řízená imaginace) → využívají se v rámci poradenské i terapeutické praxe
 - intermitentní zátěž - v současné době podporovaná (výkon/běh a poté odpočinkový cvik/chůze → dobré zkusit si brániční dýchání, neboť se jím dokážeme velmi rychle uklidnit)
 - jsme schopni získat empirická data i u těchto metod! - např. i po 7 minutách autogenního tréninku dochází k fyziologickým změnám
 - **odstranění a zmírnění psychopatologických symptomů**
 - zaměření na psychopatologické symptomy (deprese, neurotické poruchy,...) - klinicky diagnostikované poruchy

- **podpora v krizi**
 - specifický cíl v rámci psychoterapie
 - krizová intervence má svá specifika
 - nespadá úplně do poradenského procesu - dlouhodobý problém se řadí do psychoterapie jako takové
- **adaptace na nové podmínky**
 - změna jako taková vždy způsobuje nějaký stres (eustres i distres) - může jak motivovat, tak znejišťovat
 - adaptace na podmínky jakéhokoliv rázu v terapii pomáhá klientovi se adaptovat se na různé podmínky v životě
- **změna chování**
 - můžeme měnit produkty osobnosti
 - lze změnit, pokud budeme chtít --> hlavní je motivace u klienta, na základě které je možné tvořit plán
 - jako následek dojde ke změně prožívání
- **sociální vztahy**
 - sociální vztahy jakéhokoliv prostředí

Kontraindikace psychoterapie

- **akutní psychotický stav**
 - není možné provádět psychoterapii u osob v bludech a halucinacích
 - obecně je to problematické, ale pozn. mohou být skupinové terapie pro tyto pacienty v zaléčeném stavu - vedl je primář z Prostějova (před 15 lety), neboť se na tuto skupinu specializoval
- **akutní intoxikace**
 - není možno provádět psychoterapii pod vlivem návykových látek
- **hlubší mentální retardace**
 - ale všeobecně u všech MR je psychoterapie obtížná (záleží na využitých metodách)
- **méně indikovaní**
 - **hluboké deprese se suicidálními tendencemi**
 - člověk je velmi celkově zpomalený
 - často bez komunikace
 - --> jiná forma pomoci – hospitalizace
 - až po léčbě a medikaci je možné pracovat s klientem
 - **výrazně agresivní**
 - je dobré být vybaven znalostmi jako terapeut, jak s tímto pacientem pracovat, jak mít např. vybavenou / uspořádanou
 - a také **jedinci**, se kterými **není kvalitní komunikace**

PSYCHOTERAPEUTICKÝ VZTAH

- = vztah mezi lidmi v situaci psychoterapie, tedy vztah mezi terapeutem a jeho pacientem nebo v případě skupinové terapie i mezi jednotlivými pacienty či podskupinami pacientů → tyto vztahy významně spoluutvářejí situaci, ve které psychoterapie probíhá
- je jedním z nejvýznamnějších prostředků psychoterapie
- zvláštním případem **meziosobního vztahu** a základem jak prostředí, kde se pomocí různých psychologických postupů člověk mění, tak v některých případech i vlastním prostředkem změny (Vymětal, 2010, str. 99)
 - tvořen **souborem psychických obsahů** (postojů, představ, zkušeností, očekávání, potřeb atd.) jednotlivých subjektů ve vztahu, jednak **dynamikou vztahu** (představuje vzájemné působení a vývoj psychických obsahů pojících se k druhému subjektu, což se děje prostřednictvím řady interakcí)
 - přirozenou a nezbytnou součástí – **pohyb** a **proměna** → nutným předpokladem vývoje vztahu je **otevřenost subjektů** = schopnost připustit ve vztahu nové zkušenosti s druhým
- je vytvářen chováním terapeuta, které odpovídá jeho osobnosti a přístupu, jež zastává - reaguje jím na projevy pacienta a jeho problematiku

- terapeut se může chovat:
 - o technicky, expertně a neosobně spíše **direktivně** - dominantně a se snahou po objektivitě doprovázené větší vztahovou distancí mezi jím a pacientem
 - o v rovině **osobní**ho setkání dvou či více blízkých subjektů v atmosféře lidské blízkosti a vzájemnosti
- to, jakým způsobem se člověk vztahuje ke svému terapeutovi, případně jaké vztahy vytváří ve skupině, je určitým odrazem jeho všedního života (Vymětal, 2004)
- v psychoterapeutickém vztahu je nutné: (Vymětal, 2004)
 - o vztah musí být syčen **důvěrou** pacienta v terapeuta i léčbu s **nadějí** na změnu k lepšímu
 - o principiální **rovnost** mezi účastníky terapie (být může být jejich pozice různě asymetrická)
- → vzniká **uměle**, na základě dohody a je časově ohraničen jen na období psychologické péče (Vymětal, 2010)
 - o vlastní osobnost terapeuta a jeho soukromí jsou k dispozici selektivně, a pokud napomáhají psychoterapeutickému procesu
 - o povinnosti terapeuta:
 - **přijímá klienta** bez ohledu na jeho názory, chování, postoje atd., hluboce ho akceptuje
 - **uznává** klienta jako **plnohodnotnou** a **principiálně sobě rovnou bytost**
 - je pro klienta **spolehlivý** a je to ten, kdo jej „podrží“
 - o povinnosti klienta:
 - **váží si** terapeuta
 - terapeut je **vlídnou, laskavou a chápající autoritou**
- základní rysy člověka „humanitas“ jako sociálního individua
 - o **otevřenost**
 - o **kontakt** a **vědomé soužití** s druhými
 - o tvorba vztahů (**vztahovost**)
 - o **sdílení** a **kommunikace**
- 3 základní vztahové oblasti jedince: (Vymětal, 2010)
 - o vztahy, které má jedinec **sám k sobě**
 - o vztahy **k druhým lidem** a **ostatnímu** subjektivně relevantnímu světu
 - o vztahy **k vyšším hodnotám**

Druhy vztahů (obecně)

- dle vztahu k druhému
 - o **neosobní** – jejich vznik můžeme označit za automatický
 - o **osobní** – na těchto vztazích se jedinec sám podílí vlastní aktivitou (ta nemusí být ani vědomá ani záměrná)
- dle zainteresovanosti
 - o **jednostranný** („zamilovanost“ dospívajících do herců, zpěváků..)
 - o **oboustranný** – mezosobní
- dle kvality vztahu
 - o **hluboké** – přátelství, intenzivní partnerské vztahy
 - o **povrchní** – soused, kterého jen zdravíme
- dle délky trvání
 - o **trvalé**
 - o **přechodné**
- dle zralosti (z hlediska psychoterapie)
 - o **zralé**
 - o **nezralé**
- → kvalita vztahu mezi dítětem a pečujícími osobami determinuje, do jaké míry může jedinec druhé využít ke svému vývoji, a tedy i jeho fungování v dospělosti
- z výzkumů s makakami bylo zjištěno, že již na **subhumánní úrovni** je **primární vztah rozhodujícím činitelem rozvoje dalších vztahů a celého dalšího vývoje** (včetně schopnosti reprodukce, a tedy zachování rodu)
 - o šlo v podstatě o to, že matky mláďat nahradili atrapy, mláďata si nevytvořila vztah s matkou kvůli izolaci, tato mláďata měla chování vedoucí až k sebepoškozování, narušené sexuální chování, samice, které nezažily mateřskou lásku, se stávaly matkami bezmocnými, necitelnými – bez jakéhokoli mateřského projevu

Obecná charakteristika psychoterapeutického vztahu

- klíčová je **důvěra** vztah mezi terapeutem a klientem → utváření a prohlubování důvěry patří k charakteristice dobrého pracovního společenství, v jehož rámci se uskutečňuje a probíhá psychoterapeutický proces
 - o důvěryhodný člověk je - sám sebou, pravý, opravdový, pravdivý, vypočitatelný, bez přetvářky
 - o důvěra v terapeuta roste s tím, do jaké míry klient cítí, že terapeut má o něho osobní zájem a že mu rozumí, stejně jako jeho životní situaci - souvisí také s **empatií** terapeuta
- **atmosféra bezpečí, přijetí a intimacy**
- terapeut je nositelem **naděje**
 - o klient doufá ve změnu k lepšímu, které dosahuje pomocí terapie
 - o je důležitou podmínkou jakékoliv psychoterapeutické práce

→ pro hodnotný psychoterapeutický vztah je přítomnost důvěry a naděje ve vysoké míře nezbytnou podmínkou

- **subjektivní blízkost či vzdálenost** mezi klientem a terapeutem (Vymětal, 2010)
 - o měli by se přibližovat rovnoměrně z obou stran
 - o terapeut a klient by si měli být tak blízcí, aby klient mohl bez obav být maximálně upřímný, sdílný, aby se ve vztahu cítil pochopen a v bezpečí a na úrovni komunikace si mohl dovolit vše
 - o určitá vzdálenost mezi oběma je však nezbytná k tomu, aby si terapeut zachoval autoritu, duševní zdraví a vedl klienta k rozlišování mezi možným a nemožným, mnohdy fantazijním
 - o terapeut by měl být ve vztahu ke klientovi tak blízko, jak je jen možné, ale tak daleko, jak je nutné
- **plná akceptace** klienta terapeutem (Vymětal, 2010)
 - o tedy jeho přijetí se vším všudy, jsou základním postoje, jímž je utvářen vhodný psychoterapeutický vztah
 - o **akceptace** (postoj), **empatie** (schopnost), **autenticita** (rys osobnosti) byly vymezeny a zdůrazněny rogersovskými psychoterapeuty jako nezbytné a postačující podmínky psychoterapie

→ vztah je ale podmínkou, nikoli prostředkem terapie

Faktory ovlivňující rozvoj a průběh psychoterapeutického vztahu

- terapeutova schopnost **empatie** = vnitřní zážitek sdílení a porozumění duševnímu stavu druhého
 - o empatie zahrnuje identifikaci, zpracování a porozumění prožitkům = je to **proces**
 - o v terapii záměrná, zkoumá a dočasná identifikace s pacientem → terapeut má být schopen dívat se na svět očima pacienta, tato situace mu umožňuje **identifikaci** s pacientovými psychickými obrazy druhých, a tak lepší porozumění tomu, jak je vidí
- **bezpečí vztahu**
 - o dáno několika vlivy:
 - závisí na **zkušenostech** z **nejranějšího období života**, kdy dítě získává **pocit základní důvěry** (Erikson)
 - souvisí s tím, jak pevně byl ustaven **pocit oddělenosti**, neboť jeho absence (rozplynutí se v druhém) je hrozbou
 - je ovlivňován **dalšími životními zkušenostmi** – pocit základní jistoty musí být dále upevňován
 - vyžaduje **oporu v chování druhé strany**
 - o ze strany terapeuta – **vytvoření bezpečného prostředí**
 - vyžaduje **dodržování formálního rámce terapie**, **konzistentnost** jeho **chování**, **diskrétnost** a **zájem o pacienta** a jeho **přijetí**
 - na tento faktor (někdy také „bezpečná báze“) kladou důraz všechny psychoterapeutické přístupy
 - o nutné je také **respektovat specifické potřeby** pacienta ve vztahu (např. míry blízkosti atd.)
- jednou z nejvýznamnějších charakteristik psychoterapeutického vztahu je jeho **konzistence**
 - o pacient od terapeuta potřebuje, aby zachovával v průběhu celé terapie stabilní podobu vztahu

Vztahové systémy v psychoterapeutickém prostoru

- 3 skupinami vztahových systémů:
 - o vztahy v rámci ambulantně prováděné skupinové psychoterapie
 - o rodinné (párové) terapie
 - o vztahové systémy v rámci psychoterapeutických oddělení (lůžkových oddělení a denních stacionářů)

- **vztahové systémy v psychoterapeutických odděleních**
 - příznačné specifické rysy – k nejvýznamnějším patří posílení mocenského aspektu
 - terapeut rozhoduje/spolurozhoduje o důležitých záležitostech pacientova života (propuštění, propustky..)
 - dochází zde k častějšímu styku s pacientovou rodinou i vzájemným kontaktům mimo terapeutickou situaci
 - to vše ovlivňuje utváření vztahů mezi pacientem a jeho terapeutem
 - několik rovin vztahů na oddělení:
 - **vztahy mezi skupinami lidí, kteří mají stejnou pozici**
 - terapeutický tým, pomocný personál, pacienti
 - **vztahy uvnitř těchto skupin**
 - zásadní význam klima v terapeutickém týmu
 - pacienti jsou často schopni vycítit různé postoje v rámci týmu, což pochopitelně ovlivňuje pohled pacienta na terapeuta, důvěru v něj, průběh léčby aj.
 - významným činitelem i vztahy mezi pacienty
 - specifická dětská oddělení, kde se využívají hry, je zde vyšší riziko šikany a skrytých mocenských struktur mezi pacienty
- **vztahové systémy v psychoterapeutické skupině**
 - malé skupiny, cca 10 lidí, ambulantně probíhající psychoterapie
 - centrem terapeutova úsilí je skupina jako celek
 - klíčovým faktorem je opět **osobnost terapeuta** a s ní do jisté míry související **způsob vedení skupiny**
 - s tím souvisí i **výběr členů skupiny**
 - na vývoj a průběh vztahů může mít nemalý vliv **charakter skupiny** (otevřená či uzavřená) i to, zda je **vedena jedním či dvěma terapeuty**
 - **paraskupinové dění**
 - terapie pokračuje i „za dveřmi“ ordinace, mimo vlastní terapii, jedná se o negativní projevy, ale jsou téměř nevyhnutelné
 - je-li skupina vedena správně, materiál z paraskupinového dění se do ní vrací a stává se cenným příspěvkem k jejímu průběhu
 - významným aspektem, který je pro skupinové vztahy typickým, je **koheze skupiny**
 - skupinová soudržnost je určitou přípravnou fází, než se bude pacient moci více spolehnout na vlastní síly
 - princip **delegování** – stav, kdy skupina vytvoří situaci, ve které její postoj vyjadřuje některý z jejích členů (nebo podskupina) (Vymětal, 2004)

FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ TERAPII

- Corsini a Wedding (1989) – analyzovali velké množství článků a identifikovali 9 nejčastěji se opakujících faktorů významných pro efektivitu terapie
- tyto faktory rozdělili do 3 trsů = základních mechanismů terapeutické změny:
 - **kognitivní faktory** („poznej sám sebe“)
 - **univerzálnost** – klient se zlepší, pokud si uvědomí, že není sám, který má takový problém, že ostatní lidé řeší podobné problémy, že lidské trápení je univerzální
 - **náhled** – pokud klient porozumí sám sobě a svému vztahu k ostatním a získá jiný pohled na své vlastní motivy a chování, může to mít pozitivní vliv na jeho rozvoj
 - **modelování** – lidé profitují z pozorování vzorců chování ostatní lidí v rámci skupinové terapie, příp. v rámci psychoterapeutického procesu
 - **emocionální faktory** („miluj bližního svého“)
 - **akceptace** – tento faktor reflektuje pozitivní bezpodmínečné přijetí klienta od terapeuta či členů skupiny
 - akceptace klienta takového jaký je a podpora toho, co chce změnit, kam se chce posunout

STÁTNÍ ZÁVĚREČNÁ ZKOUŠKA - PSYCHOLOGIE

- **altruismus** – změna může vycházet z poznání, že terapeut či nějaký člen skupiny má zájem klientovi pomoci, že je mu věnována pozornost nebo je to klient, kdo může pomoci ostatním, na kom mu záleží, což vyvolá změnu v jeho chování.
- **přenos** – tento faktor představuje afektivně zabarvený vztah klienta k terapeutovi nebo mezi klienty ve skupinové terapii; pozitivní přenos motivuje klienta ochotně podstupovat terapii.
- **behaviorální faktory** („odved’ dobrou práci“)
 - **testování reality** – klient zkouší nově naučené, žádoucí chování v bezpečném prostředí terapeutického sezení, dostane se mu podpory a zpětné vazby od terapeuta či členů skupiny
 - **ventilování** – ventilace emocí, tzv. vypuštění páry prostřednictvím pláče, křiku nebo vzteku v prostředí, kde se i přesto stále cítí akceptován
 - **interakce** – klient se zlepší, když je mu umožněno otevřeně připustit členům skupiny či terapeutovi, že některé vzorce jeho chování jsou špatné
- **pozitivní očekávání + důvěra**
 - klienta má největší důraz z hlediska účinnosti
 - dále je důležitá důvěra k terapeutovi a důvěra ve zlepšení svého stavu
 - → tyto faktory se dle výzkumných studií jeví jako nejdůležitější
 - vliv psychoterapie není možné zredukovat pouze na vliv pozitivního očekávání klienta, v rámci terapeutického procesu se objevují další faktory, které více či méně k terapeutické změně přispívají

Obecné účinné faktory

- **situace**
 - navozujeme u pacienta **bezpečné prostředí**, pocit **důvěry**
 - pacient si může vyzkoušet, že chování a projevy pocitů, které by si nedovolil v reálném životě
 - situace by měla být jasně strukturovaná, stejná místnost, stejný vítací rituál, jasně vymezený čas léčby
- **osobnost terapeuta**
 - **autenticita** – otevřenost, opravdovost, věrohodnost, shoda verbálního a neverbálního projevu
 - **souhlas projevu a prožívání** - odkýváme ve smyslu, že chápeme, co klient říká, že to takto prožíval, protože tam byly takové a takové faktory → ale neznamena to, že bude se vším souhlasit
 - **schopnost empatie**
 - vcítění se do pocitů druhého
 - terapeut se snaží aktivně porozumět tomu, co slyší, pochopené reflektuje, ale nehodnotí, projevuje pochopení
 - **akceptace**
 - akceptace a úcta jsou základním vztahovým rámcem interakce
 - akceptovat neznamena s ním souhlasit, ale přijímáme vše, co je pro klienta subjektivně významné
 - umožňuje klientovi prožít situaci bezpodmínečného přijetí bez kritiky a hodnocení
 - osobní **zralost**
 - velmi důležitá
 - zkušenost je nepřenositelná!
 - je dobré mít teoretický základ, ale důležité mít i praktickou zkušenost
 - i např. jiné uvažování VŠ studentů a osob, kteří šli po ZŠ/SŠ hned do zaměstnání (i když mohou být chytrí)
 - **osobnostní typ** (rozdíly mezi osobnostmi lze pozorovat i mezi fakultami - jiný osobnostní typy chodí na PDF, FTK, PŘF,...)
 - **vnitřní stabilita**
 - ačkoliv může mít obtíže v osobním životě, může být vnitřně stabilní v terapii
 - schopnost udržet si odstup a nebrat si práci domů --> nenechám se ovlivnit já jako osoba, můj osobní život
 - **vyšší frustrační tolerance**
 - **kvalifikace**

- **supervize s kolegy**
 - měl by mít možnost kvalifikované supervize a odborných konzultací s kolegy
 - měly by být v každé pomáhající profesi
- **psychohygiena**
- **osobnost klienta/nemocného**
 - je účinnější/výhodnější:
 - u lidí s **pozitivním vyladěním**
 - klient s pozitivním vyladěním, s pozitivním očekáváním bývá terapie obecně účinnější
 - *i optimista může být v depresi/úzkosti - ale bude se s ním lépe pracovat*
 - **ochota spolupracovat**
 - s **motivací** ke změně
 - s **dobrym intelektem**
 - **otevřenými, bez masky**
 - jsou různé druhy masek - formální, neformální,...
 - v terapii je dobře, když tyto masky "odhodí"
 - **přijmout existenci alternativ**
 - pokud je člověk rigidní a nechce přistoupit na kompromis - je to problém
 - **vědomí vlastní zodpovědnost**
 - zodpovědnost za život, rozhodnutí, je jen na každém z nás
 - dříve byl mnohem větší požadavek klientů - poradte mi, co mám konkrétně udělat --> dnes se trend pomalu mění
 - **sebeexplorace** (introspekce)
 - sdělit své prožitky, zkušenosti a spolupracovat na hledání souvislostí mezi obsahy vědomí a prožívání
- **vztah mezi terapeutem a nemocným**
 - = interpersonální vztah mezi klientem a terapeutem; plánovaný a strukturovaný proces řízený terapeutem, s cílem navození žádoucí změny
 - **vzájemný respekt**
 - **vstřícnost**
 - **autenticita, opravdovost**
 - **emapie**
 - **asymetrie, symetrie** se mění v závislosti na **psychoterapeutickém přístupu**
 - např. KBT - učitel žák - asymetrie // Rogersův přístup - spíše symetrie
 - **asymetrie** ze **zmenšuje** a pacient se stává sám sobě terapeutem a **odpoutává se** od něj
 - důležité je nechat odpoutat klienta od sebe
 - dodat sílu sebevědomí, že to zvládne sám
 - pacient je **citlivý** i na **neverbální komunikaci** terapeuta
 - úšklebky neexistují!
 - neverbáln s verbálem by měly být
 - **akceptace** – plné přijetí

Hlavní kritéria

- **ochota a schopnost kvalitní spolupráce**
 - je nutná kvalitní práce spolupráce klienta
 - např. u sluchově postiženého s tlumočnickem - poradenství není žádný problém, ale psychoterapie jako taková ano, protože některé věci, které terapeut řekne (a řekne je schválně z nějakého důvodu) se většinou ztrácí v tlumočení// obdobně u mentálního postižení - psychoterapie problémová, protože intelektově člověk nemá na to, aby dokázal si z toho vzít to, co je třeba (někteří říkají, že nevdá, co terapeut měl na mysli, že si z toho vytáhne to, co má nějaký význam a samotného ho to posune)
- **motivace** k léčbě
- **korekce očekávání**
 - korigujeme očekávání klientů nejlépe hned v začátcích

STÁTNÍ ZÁVĚREČNÁ ZKOUŠKA - PSYCHOLOGIE

- klient přijde s nějakou zakázkou a kontrakt (smlouva) je o tom, že si vyjasníme, co pro něj můžeme udělat a co ne (např. žena chce, aby se s ní manžel nerozešel a problém řešil, chce aby terapeut ho donutil jít na terapii --> nelze - musíme jako terapeuti hned říci, že toto není v našich silách)

- **adaptace postupů v průběhu terapie**

- terapie je dynamická záležitost - něco se děje na straně klienta, v průběhu intervence
- nemůžeme se rigidně držet plánu - je nutné jeho přizpůsobování v průběhu
- terapeut hodnotí a mění, předává postupy a metody dle individuální potřeby jedince

Faktor kdo-jak-komu

- vyjadřuje důležitost osobnosti terapeuta, osobnosti klienta a nakonec i metod, ty se z výzkumných studií ukazují jako méně důležité v komparaci s dvěma uvedenými faktory
- dva terapeuti mohou používat stejné metody, reprezentovat stejný psychoterapeutický přístup a přesto mezi nimi budou rozdíly, ve stylu a v jejich osobnosti

Směry v psychoterapii

- **hlubinná psychoterapie**
 - psychoanalýza, Adlerovská, Jungovská
- **dynamická a interpersonální**
- **Rogerovská**
- **Behaviorální**
- **Kognitivní**
 - racionálně- emoční
- **kognitivně-behaviorální**
- **komunikační**
- **Gelstalt**
- **existenciální a humanistická**
 - logoterapie- Frankl, humanistická
- **eklektická a integrativní**

Zdroje:

- KRATOCHVÍL, Stanislav. *Základy psychoterapie*. 4., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-657-8.
- VYMĚTAL, Jan. *Obecná psychoterapie*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2004. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0723-3.
- VYMĚTAL, Jan. *Úvod do psychoterapie*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2667-0.
- Doplněno o poznatky z hodin psychoterapie od Kvintové, případně z jejích dosud nevydaných opor s názvem **Vybrané kapitoly z psychoterapie** (2013). Nejvíce vychází z Vymětala a Kratochvíla.

SMĚRY V PSYCHOTERAPII**28. Základní současné směry v psychoterapii.****Čím se psychoterapie odlišuje**

- **čím působí**
 - **psychologickými prostředky** – slova, rozhovor, neverbální chování, podněcování emocí, vytvoření terapeutického vztahu, sugesce, učení, vztahy a interakce ve skupině, aj. a jejich záměrné a plánované použití (*detailněji viz otázka 27.*)
 - **komunikace** – verbální (slovo, rozhovor, imaginace) x neverbální (relaxace, muzikoterapie)
 - **psychoterapeutický vztah** – důležité: empatie, bezpečí, důvěra, motivace (bez m. nemůže být úspěšná terapie); tzv. mezosobní vztah (osobní si vybíráme – přátelé, neosobní jsou dané - rodina)
- **na co působí**
 - na nemoc, poruchu nebo anomálii – psychogenní poruchy nebo poruchy s psychickými následky
 - **předmět**: lidské zdraví a jeho poruchy, profylaxe (primární prevence), léčba a rehabilitace těchto poruch komunikační a vztahovou cestou (*detailněji viz otázka 27.*)
- **čeho má dosáhnout**
 - odstranit nebo zmírnit potíže a podle možnosti i odstranit jejich příčiny (*detailněji viz otázka 27.*)
 - **cíl – dvojí pojetí**:
 - **odstranění chorobných příznaků** – také jako obnovení pracovní schopnosti, schopnosti požitku, kontaktu, naděje, radovat se ze života
 - **reedukace, resocializace, reorganizace, rozvoj či integrace pacientovy osobnosti** – přetvoření osobnosti, vymizení příznaků spíše jako vedlejší důsledek
 - **obecně**:
 - osobnostní změna
 - psychofyziologické změny (ovlivnění somatiky psychikou)
 - odstranění a zmírnění psychopatologických symptomů
 - podpora v krizi
 - adaptace na nové podmínky
 - změna chování
 - sociální vztahy
- **co se při ní děje**
 - dochází ke změnám v prožívání a chování pacienta – uplatnění sebeexplorace, získávání náhledu, zpětné vazby, desenzibilizace, posilování,...
- **kdo působí**
 - kvalifikovaná osoba – psychoterapeut

Druhy psychoterapie (*detailněji viz otázka 27.*)

- **direktivní** – přímé usměrňování chování, postojů, myšlení; př. KBT
- **nedirektivní** – podněcující klientovu aktivitu; př. humanistická, Rogersovská
- **symptomatická** – zaměření na symptom; př. KBT
- **kauzální** – zaměření na příčinu; př. psychoanalýza
- **podpůrná** – porozumění, podpora, nesnaží se měnit osobnost
- **rekonstrukční** – snaží se měnit, zasahuje do postojů, motivací; KBT
- **individuální** – zaměřeno na jednotlivce
- **hromadná** – aplikace individuální ve skupině
- **skupinová** – využití dynamiky záměrně vytvořené skupiny
- **rodinná** (manželská) – práce se vztahy v rodině v reálném čase výskytu problémů

- **náhledová** – objasnění a porozumění
- **akční** – nácvik dovedností, zvládání problémů

Rozdělení psychoterapeutických směrů

- **dynamická** - věnuje pozornost vlivu minulých zážitků a nevědomých procesů na současné problémy a potíže
- **kognitivně-behaviorální** – učí překonávat současné problémy a potíže nácvikem žádoucího chování a myšlení
- **humanistická** – zabývá se sebeuskutečňováním, rozvojem vnitřního prožívání a vlastních možností, naplňováním životního smyslu

SOUČASNÉ SMĚRY V PSYCHOTERAPII

- neexistuje jednotná teorie psychoterapie → různé školy navrhly vlastní výklad mechanismů vzniku psychogenních poruch, vypracovaly vlastní metody a vytvořily většinou též svou vlastní terminologii

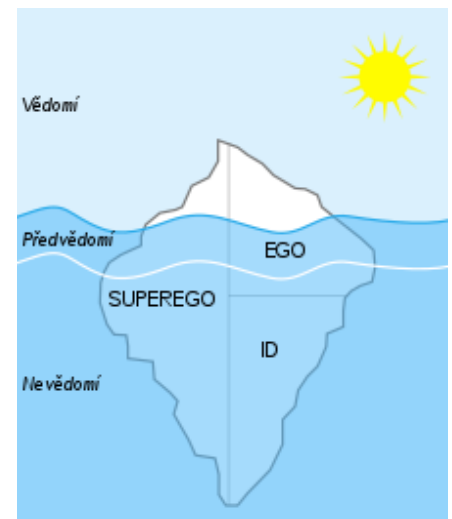
HLUBINNÁ PSYCHOTERAPIE

Psychoanalýza

- neodmyslitelně spojena se svým tvůrcem, **Sigmundem Freudem** (český rodák z Příbora, většinu svého života však strávil ve Vídni), který tento termín poprvé použil v r. 1906
 - o vědeckou dráhu začal jako neurolog, publikoval mimo jiné práci o afáziích
 - o později se orientoval především na neurózy, studoval hypnózu, využíval metodu volných asociací, vytvořil teorii existence nevědomí, na které postavil svoji psychoanalýzu
 - o **výtky**: přecenění role sexuality a koncepce infantilního libida; jeho přeceňování a odmítání jednostranné biologické determinace psychiky
- fáze vzniku psychogenních poruch: (Freudovy koncepty dle času)
 - o **traumatický model**
 - raná fáze
 - předpoklad, že traumatické zážitky se disociují od vědomí a úkolem psychoanalýzy je, za pomoci hypnózy, je vybavit
 - o **topografický model**
 - předpokládá existenci nevědomí, z něž je potřeba vyvodit původně vědomé zážitky
 - o **strukturální model**
 - id, ego, superego, přičemž ve všech těchto složkách působí vědomí i nevědomí
- psychoanalytici vycházejí z předpokladu existence složek psychiky: (topografický model)
 - o **vědomí**
 - zahrnuje část, kterou si člověk plně uvědomuje
 - o **předvědomí**
 - zahrnuje složky, které lze snadno vyvolat do vědomí
 - duševní procesy obsahující zapomenuté, ale vybavitelné myšlenky, zážitky, konflikty
 - o **nevědomí**
 - relativně samostatná oblast
 - jeho obsahem jsou pudové tendence, které mají rozhodující význam pro vývoj osobnosti i pro vznik neuróz (představy, zkreslené obrazy skutečnosti a přání – nevědomý silný motivační vliv)
 - nejrozsáhlejší a vědomí nepřístupná část psychiky (nejsou přímo dostupné, přesto mají vliv na jednání)
 - do nevědomí jsou vtěsnány myšlenky příliš zraňující pro člověka, ponižující
- základní pudové síly
 - o jedinec je puzen mocnými fyziologickými silami, které determinují chování a vývoj osobnosti
 - o pud **sexuální** (eros, **libido**)
 - → prvořadá a směrodatná je v psychoanalýze **libido**, které Freud chápal jako sexuální energii
 - vývoj libida:
 - **orální fáze** (do 1 roku)
 - o libost prostřednictvím sání, libidinózní pocity skrze ústa
 - o při *uspokojení orální potřeby* → vývoj rysů jako optimismus, lehkověrnost, manipulativnost

STÁTNÍ ZÁVĚREČNÁ ZKOUŠKA - PSYCHOLOGIE

- při *neuspokojení* → pesimismus, podezřívavost, závistivost; pokud fixace v tomto období – ústa jako zdroj uspokojení skrze sex, jídlo, kouření, cucání palce
- **fáze sadisticko-anální** (1 – 3 roky)
 - zdrojem libosti je konečník, zadržování a vypuzování stolice
 - při *nadměrných požadavcích* rodičů na čistotu → může nadměrná pořádkumilovnost, šetrnost, tvrdohlavost
 - při *nadměrné shovívavosti* → nepořádnost, plýtvání, uvolněnost; toto stádium jako prototyp pozdější sběratelské vášně
- **fáze falická** (3 - 6)
 - genitálie jako zdroj příjemných pocitů
 - kluci *Oidipovský*/ děvčata *Elektřin komplex* (mezi 3. a 6. rokem) – nevědomý erotický vztah a incestní přání dítěte vůči rodiči opačného pohlaví, přičemž rodiče stejného pohlaví vnímá jako soka → zvládnutí se projeví tak, že zvládne nepřátelské impulzy a identifikuje se s rodičem stejného pohlaví
 - *kastrační komplex* (3. - 6. rok) u kluků – strach ze ztráty penisu a u dívek závist penisu
- **období latence** (6 – 12)
 - sexuální zájmy zcela v pozadí, začnou se objevovat až s nástupem puberty
- **genitální fáze** (12 +)
 - *normální genitální sexualita* – zaměřena vztahově
- při vývoji – může dojít k fixaci libida v určité fázi a buď se projeví jako **perverze** nebo při potlačení vede ke **vzniku neurózy** (podobně může později dojít k regresi na nižší stupeň vývoje)
- pud **destrukční** (*thanatos*, pud smrti související s agresí)
 - přidán později
 - není přijat všemi
- **strukturální model psychiky osobnosti** – Freud vymezuje poměrně tři nezávislé složky
 - **superego** (nadjá)
 - souhrn *ideálů a norem*, zahrnuje *zákazy a příkazy, omezení*, která jsou člověku předkládány v průběhu života → důležité je *do jaké míry se jedinec s těmito zásadami ztotožní*
 - při zpracování zásad se postupně tvoří *vnitřní morálka*, pracuje na principu dokonalosti – potlačuje projevy ID a nedovolené uspokojení slasti
 - *vyvinuté superego* → sklony k perfekcionismu
 - *nedostatečně vyvinuté superego* → nepřijal normy chování je v rozporu s nimi, porušování pravidel, kriminalita
 - **ego** (já)
 - část ega v předvědomí, část ve vědomí z malé části v nevědomí
 - racionálně orientované, zpracovává požadavky, které na něho klade ID do přijatelné odpovídající podoby dané situace
 - **Id** (ono, to)
 - biologické pudy
 - temná nepřístupná část osobnosti – je uložena v nevědomí
 - domáhá se okamžitého uspokojení potřeb
 - iracionální a řídí se hlavně **libidem**
 - požadavky a přání (id) se dostávají do konfliktů se společenskými, estetickými a mravními normami
 - → vědomé já je musí pomocí své funkce tzv. cenzura **vytěsnit** do nevědomí → *předpoklad pro vznik neurózy*
 - nevědomý konflikt se symbolicky projevuje ve snech a chybných výkonech, přežeknutích



- **neurózy** – druhy:
 - o **aktuální neurózy**
 - primární patogenní podnět není psychogenní, ale jde o **toxické činnosti** uvnitř oddílů vegetativní nervové soustavy
 - o **psychoneurózy** – hlavní oblast zájmu psychoanalýzy
 - **nevědomé psychické podněty vyvolávají symptomy** – symbolické projevy konfliktů pudů primárních (pud sebezáchovy, sexuální) a sekundárních (estetický, sociální, etický, náboženský)
 - → jde spíše o důsledky konfliktů v raném dětství či důsledek fixace libida na nižších stupních
 - dle okolností se konflikt buď využije v normalitě, vyústí v psychoneurózu nebo v sexuální perverzi
- **výklad snů**: ve snu fiktivní splnění přání, ale i tady cenzura, proto „přestrojení“, symbolická rovina
- **úzkost**
 - o zásadní pro vznik psychoneuróz
 - o nejprve chápe jako následek nevybitého sexuálního napětí, později spojení s „porodním traumatem“
 - o ještě později jako reakce ega na zvýšené pudové nebo emoční napětí, ohrožení vycházející z vnitřních pudových tendencí
- **obránné mechanismy** (podrobně rozpracovala jeho dcera Anna Freudová)
 - o **vytěsnění** - vytlačení ohrožujících myšlenek do nevědomí
 - o izolace
 - o projekce
 - o přesunutí/**sublimace** – př. nahrazení sexuálního uspokojení do nějaké činnosti či umění
 - o přeměna v opak („reaktivní výtvor“)
 - o racionalizace aj.
- **cílem** psychoanalytické psychoterapie: **vytěsněné pudové impulzy** se mají **odhalit**, přivést **do vědomí** a **vrátit pod kontrolu** vědomého já
- **současné proudy psychoanalýzy**
 - o **Egopsychologie** – Hartman
 - o **Psychologie objektních vztahů** - Kernberg
 - o **Self-psychologie** – Kohut
- vzhledem k časové náročnosti se rozvíjí psychoanalytická psychoterapie, která je méně intenzivní, nejde tolik do hloubky (do změny struktury osobnosti), méně se zabývá příčinami vzniku symptomů – je orientovaná spíše na řešení aktuálních problémů klienta
- **techniky**:
 - o **techniky volných asociací** - nechat myšlenky volně plynout, sledovat výraz obličeje, dlouhodobá terapie (1/2 až 3 roky) několikrát týdně
 - o **interpretace a analýza odporu** - ze začátku volných asociací je terapeut pasivní, později začíná zasahovat, interpretace různých přání a pacient musí překonat odpor
 - o **přenos a přenosová neuróza** - tzv. pozitivní přenos, kdy se pacient ochotně podrobuje léčení; negativní přenos, skrytá hostilita; důležité je, že je to vlastně opakování vztahů pacienta k ostatním

Adlerovská psychoterapie (individuální psychoterapie)

- svůj směr Alfred Adler nazval **individuální psychologií**
- **nevědomí** jakožto významný činitel
 - o obsah se odlišuje od Freuda, kde se jedná o oblast pudů
 - o → rozhodující je **životní cíl** určen **2 faktory**:
 - potřeba **začlenit se do společnosti**
 - potřeba se ve společnosti **uplatnit, prosadit se, touha po moci** (překonání pocitu méněcennosti)
- člověk nereaguje na sociální prostředí pasivně, ale má **vlastní postoj** „jsme pány svého osudu, né jeho oběťmi“
- význam **rodinné konstelace**
 - o postavení mezi sourozenci → vliv na utváření osobnostních rysů

- **neuróza** = “útěk do nemoci”
 - o založena na předpokladu, že každý někdy zažil **pocity méněcennosti** kvůli svým nedostatkům
 - o záleží na odvaze jedince, jestli tento pocit **kompensuje** (“koktavý se stane výborným řečníkem”) nebo **povede k neuróze**, která poskytuje příležitost vyhýbat se situacím, kde se projevila nedostatečnost jedince
 - o nemocný má současně právo žádat ohleduplnost, pozornost a péči, a tím může získat převahu nad zdravými – „ochrana před pocitem méněcennosti“
- **hlavní zásady** terapeutické práce:
 - o rozpoznání pacientova nerealistického životního plánu
 - o jeho vedení ke změně tohoto stylu
 - o dodávání odvahy k plnění realistických cílů

Jungovská psychoterapie

- **Carl Gustav Jung** – stoupencem Freudovi psychoanalýzy, v některých názorech se ale odklonil
- autorem **typologie introvert x extravert** → tvoří základ analytické osobnostní typologie
- představil **metodu asociačního experimentu** jakožto prostředek odkrývání komplexů
 - o komplex je nevědomý soubor představ a tendencí, který může blokovat náš duševní život
- **nevědomí** je primárním základem lidské duše
 - o obsahuje nejen osobní zkušenosti, jednotlivého člověka ale i zkušenosti celého lidstva – **kolektivní nevědomí**
 - o rozšířil nevědomí o kolektivní nevědomí → ty zkušenosti celého lidstva se dědí jako hotové struktury (archetypy)
- **archetypy**
 - o = praobrazy chování, jednání, poznávání – projevující se např. ve snech a fantaziích člověka
 - o **persona** – maska/role, kterou jedinec hraje na veřejnosti
 - o **stín** – primitivní impulzy, spontaneita (nepříjemní stránky osobnosti, k nimž se hlásit nechceme)
 - o **anima** – ženské prvky v mužské psychice (jemnější, vřelejší, citovější)
 - o **animus** – mužské prvky v ženské psychice aj. (racionální, moc bezcitnost, umíněnost)
 - o → přispívají k pochopení druhého pohlaví
- **vývoj/úkoly:**
 - o první polovina života → socializace
 - o druhá polovina života → individuace
 - člověk se má stát sebou samým, postupně tam dochází v posunu v archetypech
 - o přijetí destruktivních sil v nás (stín) → rysů opačného pohlaví (animus/anima) → vyrovnání s moudrým starcem a matkou zemí → dosažení integrovaného já
- **prvním úkolem** psychoterapie je **objasňování nevědomých souvislostí**, kdy podstatnou součástí je **analýza snů**
 - o sny jsou královskou cestou do klientova nevědomí
 - o odmítal však jednoznačné výklady snové symboliky
 - o ve snu se mísí aktuální dění s minulou zkušeností
- využívání **aktivní imaginace**
 - o pacient si má vyvolat nějaký dojem, snovou představu nebo fantazii – soustředit se na ni a nechat ji plynout
- **libido** – rozšířil jeho definici na „veškerou psychickou energii, nejen sexuální“
- **konfrontace s Freudovými teoriemi**
 - o na rozdíl od Freuda sny chápal jako přirozené vyjádření nevědomých procesů
 - o tvrdil, že sny nehovoří jazykem bdělého života
 - o jako součást terapeutické práce využíval též aktivní imaginaci
 - o libido chápal jako veškerou energii duše, nejen tu sexuální

STÁTNÍ ZÁVĚREČNÁ ZKOUŠKA - PSYCHOLOGIE

- ke konceptu vědomí přidal také kolektivní nevědomí, které obsahuje zkušenosti celého lidstva – vzorce, v nichž se tyto zkušenosti vyjadřují, se nazývají archetypy (např. persona – role, kterou jedinec hraje ve společnosti; stín, anima, animus, “self” aj.)
- představil pozitivnější pojetí lidské přirozenosti – vychází z předpokladu, že jsme motivováni zrát a rozvíjet se...vývoj není rozhodnut v dětství, ale pokračuje během celého života, přičemž za zásadní považuje Jung období mezi 35 a 40 lety (dnes známé jako “krize středního věku”)

DYNAMICKÁ A INTERPERSONÁLNÍ PSYCHOTERAPIE

- odvozená od psychoanalýzy
 - přejímá význam nevědomí, intrapsychických konfliktů, význam zážitků z dětství
 - ALE **důraz na sociální faktory** a současné problémy v interpersonálních vztazích
- jde o **nalezení a poznání interpersonálních problémů** (často souvislost s minulými zážitky), jejich **lepší porozumění** a vytvoření si **přizpůsobivějších způsobů ve vztahu k druhým lidem**

Pojetí Karen Horneyové

- **neurotické chování** pramení ze **sociálních a kulturních faktorů**, především **poruch v lidských vztazích**
- jedná se o vzorce interpersonálního chování získané na základě různých situací v rodině (přísném nebo odmítavém chování rodičů k dítěti)

Pojetí H. Sullivana

- **vznik poruch chování** chápán v kontextu **vztahů mezi lidmi**, stejně pak i léčba
- poruchy chování jsou reakcí, která vznikla při úsilí o odstranění úzkosti
- **parataktická distorze** – pacient generalizuje negativní zkušenosti v interpersonálních vztazích, zejména z raného dětství do aktuálních vztahů i do vztahu k terapeutovi

Pojetí F. Alexandera

- **neuróza** jako **selhání jedince v úspěšném zvládnutí dané situace**, **nemožnost** najít za daných okolností sociálně přijatelné **uspokojování subjektivních potřeb**
- neuróza = neúspěšný pokus řešit současné problémy pomocí vzorců chování, které zklamaly při jejich řešení v minulosti
- **korektivní emoční zkušenost** – terapeut reaguje jinak, než jak reagovali např. rodiče v dětství, pacient to **emočně prožívá**, opravuje své postoje

Pojetí V. N. Mjasiščeva

- **neuróza** vzniká tehdy, když jedinec **prožije psychotrauma** a **konflikty z něj pramenící není schopen vyřešit**
- příčina je v tom, jak trauma jedinec prožívá

Pojetí Klermana a Weissmanové

ROGERSOVSKÁ PSYCHOTERAPIE

- autorem je **Carl Rogers**
- **dříve** se směr označoval jako **nedirektivní**
- **dnes je kladen důraz** také na **vřelost** a **opravdovost** terapeuta
- „terapie zaměřená na klienta“, později jako „terapie zaměřená na člověka“
- vychází z klienta, **podněcuje** jeho samostatný **rozvoj** (místo interpretace a usměrňování)
- terapie **důvěrným otevřeným rozhovorem**, kdy se terapeut vciťuje do klienta, plně ho respektuje, podporuje jeho otevřené sebeprojevování a současně může autenticky projevit své osobní pocity
- příznivci tvrdí, že **člověk je ve své podstatě dobrý, a pokud mu poskytneme vhodné podmínky pro seberozvoj, vytvoříme bezpečné prostředí a navodíme důvěrný vztah, bude se rozvíjet pozitivním, zdravým směrem**
 - jen vlivem vnějších tlaků a nepříznivých životních zkušeností se stává nepřátelským, egoistickým s neurotickým chováním
- klient se lépe přizpůsobuje, stává se tvořivějším a zralejším
- přestává být závislým na mínění druhých, přijímá sám sebe a rozvíjí svůj potenciál
- tendence **sebeuskutečňování** – motivační faktor - uspokojování nejen fyzických potřeb, ale duchovní růst, rozvíjení vztahů k lidem, vlastní zdokonalování, směřování od vnějšího k vnitřnímu sebeřízení
- s **vývojem neurózy** souvisí **vznik záporného sebehodnocení** – jeho představa o sobě se dostává do rozporu s představou, jaký by měl a chtěl být

- „**zrcadlení**“ – terapeut zrcadlí pacientovy city, formuluje vlastními slovy to, jak rozuměl pacientovu sdělení
- později zdůraznění **osobního postoje terapeuta** – nutná podmínka terapie → **akceptace, empatie, kongruence** (oprávněnost, soulad mezi terapeutovým prožíváním a chováním)
- sebeexplorace, sebeakceptace, sebeaktualizace

BEHAVIORÁLNÍ PSYCHOTERAPIE

- zakladatelé **Eysenck, Wolpe**
- Eysenck: *neurotické symptomy jsou výsledkem naučení se neadaptivní reakci (př. fobie), jindy jsou znakem deficitním, nenaučením se správnému adaptivnímu chování (př. enuréza)*
- předpokládá, že **poruchy chování** jsou **naučenými reakcemi**, dají se tedy **přecvičit** či **odučit**
- k vyléčení nevede **změna** v myšlení, ale v **jednání**
- pracuje pouze se **symptomy** – důraz jen na vnější děje → byli za to kritizováni
- kladen **důraz na techniky** → nutno najít přiměřenou nacvičovací/přecvičovací techniku
- směr vychází zejména z výzkumů Pavlovovy školy (Pavlov studoval klasické podmiňování) a Watsonova behaviorismu (experiment s Albertem); z experimentální psychologie, která studovala procesy učení
- využívá principu **klasického podmiňování**
 - o spojení určitého podnětu s reakcí více či méně mimovolní, reflexní, automatickou
 - o v některých případech se na týž podnět nacvičuje jiná reakce → protipodmiňování (př. při objevení předmětu fobie se tělo naučit reagovat klidem místo vegetativními projevy strachu)
 - o jindy se má tatáž reakce nacvičit na jiný podnět, př. enuresis nokturna má být reakcí na volní podnět, ne na signály močového měchýře
 - o patří sem postupy využívající **reciproční útlum** (Wolpe)
 - k neurotickému chování dochází v situacích vyvolávajících strach nebo úzkost
 - k utlumení strachových reakcí dochází vlivem současného vyvolávání jiných reakcí, které jsou po fyziologické stránce se strachem neslučitelné (např. konzumace jídla, stav relaxace, reakce sebeprosazení) → podmíněné spojení mezi tímto podnětem a strachem se oslabí → původní strach slábne a pacient se **desenzibilizuje**
- **Thorndike** – učení **pokusem a omylem** + **instrumentální podmiňování**
- **Skinner**
 - o teorie posilování a teorie instrumentálního podmiňování (teorie učení s přímým vztahem k psychoterapii)
 - o využívá principu **instrumentálního podmiňování**
 - volní, záměrné reakce, které se mají změnit na základě toho, zda bude nebo nebude následovat trest či odměna (pozitivní x negativní zpěvňování)
 - tzv. aplikovaná behaviorální analýza (aplikace Skinnerova instrumentálního podmiňování)
 - o **operativní podmiňování**
 - spoj se vytváří mezi reakcí a posílením
 - pozitivní posílení (kladné výsledky chování působí jeho posílení a zvyšuje pravděpodobnost opakování)
 - negativní posílení
 - trest
 - teorie trestů a odměn- pozitivní posilování je lépe, když je nepravděpodobné a tresty by se měly dodržovat pravidelně důsledně
- **Bandura** – teorie **sociálního učení**
 - o umožňuje socializaci člověka
 - o učení zástupnou zkušeností, pomocí pozorování, nápodoby nebo **modelů** (živé nebo symbolické)
 - o → **nápodoba** (imitace, observační učení) může mít vliv na **vytváření poruchového chování** (dívám se na agresivní lidi → budu agresivní) a na **vyhasínání poruchového chování** (bojím se psů, ale vidím, že si můj statečný kamarád se psem hraje → budu si s ním hrát taky)
 - **základní procesy**: pozornost; retence (podržení modelového chování v paměti); motorická reprodukce; podílení a motivace

- Guthrie – **asociační** (kontiguitní) **teorie učení**
 - o princip styčnosti - 2 podněty pokud se časově a prostorově sdružují, pak se i asociálně sdružují
 - o ASOCIACE - zákon „vše nebo nic“, buď se vytvoří nebo ne, postupné vytváření asociace nepřichází v úvahu (pojem asociace zavedl John Locke)
- Wolpeho klasická metoda léčby fobií - **systematická desenzibilizace** → dnes se však více využívá **expozice reálné situace** ve formě postupné konfrontace nebo ve formě plného zaplavení obávaným podnětem
 - o v této souvislosti můžeme uvést **modifikaci** – **vnitřní senzibilizaci**, jejíž podstatou je vytvoření spojení mezi nežádoucím chováním a nepříjemnými důsledky plynoucími z tohoto chování (př. konzumace vysokokalorického jídla s představou zvracení, hnusu, společenské ostudy) → z toho v minulosti vycházelo např. léčení závislosti na alkoholu pomocí lékem antabus (zvracení)
 - o → pro behaviorismus netypická, pracuje se subjektivitou
- tomuto přístupu je **vytýkáno**, že se **zabývá pouze symptomy** a **nevypořádává se s příčinami** onemocnění
- **úspěchy** terapie tak jsou pouze **dočasné** – při přetrvávání příčiny se odstraněný symptom nahradí jiným
- jednoduché behaviorální schéma bylo postupně nahrazeno schématem obsahujícím také faktory osobnosti a kognitivního zpracování
- terapeuti také přesunuli svůj zájem na **sebeovládání a seberegulaci jedince** → věnují se schopnosti člověka přemýšlet o sobě a ovládat reakce vedoucí k nepříjemným důsledkům
- zaměřuje se na symptomy, ne na kauzální příčiny
- **techniky**:
 - o **cílevědomá volba podnětů**
 - vyhýbání se podnětům, které vedou k nežádoucímu chování
 - o **sebekontrola**
 - sledování a zaznamenávání výskytu chování, které je žádoucí a nežádoucí
 - o **sebeodměňování**
 - poskytnutí odměny za žádoucí chování
 - o **sebetrestání**
 - sama si zadá trest, odřekne určitou příjemnost

KOGNITIVNÍ PSYCHOTERAPIE

- postupy věnující pozornost poznávacím procesům, především **myšlení**
- orientace na **vědomou činnost**, na **přítomnost**, na využívání **racionální logické argumentace**

Racionálně-emoční terapie (A. Ellis)

- **vliv přesvědčení, názorů pro vznik a léčbu neurotického chování**
- **schéma ABC**: následuje-li po určitém vnějším podnětu (A) emočně nabitý důsledek (C), vypadá to, že A je příčinou důsledku C, ale emoční důsledky jsou do značné míry způsobeny systémem názorů, postojů a přesvědčení (B); z B vybírá myšlení (racionální/iracionální názory) jemuž přisuzuje rozhodující význam pro emoční reagování
- hlavním úkolem psychoterapie je **pomoc s odstraněním nerealistických názorů** → přímý útok terapeuta proti nim, **přesvědčovací techniky apelující na logické myšlení pacienta**
- později přidává DEG – (D) diskuse s iracionálními názory, (E) efektivní nová filosofie jako zdravý soubor názorů, (G) cíle, hodnoty
- vztah terapeuta s pacientem – kooperativně pracovní, terapeut jako expert, který „akceptuje“ klienta, ale kritizuje jeho názory a chování, není nutný „vřelý“ vztah
- teorie rozbíjí předsudky vštěpované rodiči – tzv. **iracionální názory**
 - o když věci nejsou takové, jaké si přejeme, je to katastrofa
 - o lidské štěstí je způsobeno vnějšími událostmi, které lidé nemohou ovlivnit
 - o nejlepším způsobem, jak zvládnout nepříjemnou událost, je stále na ni myslet a dělat si sni starosti
 - o každý problém má dokonalé řešení a to je vždy nutné najít
 - o společným rysem iracionálních názorů je přesvědčení: věci musí být určitým způsobem uspořádány
- získání **NÁHLEDU**
 - o pochopit, že vliv událostí závisí na postoji k nim

- pochopit, že se pacient udržuje nerozumných postojů
- důležité je vyvinout aktivní úsilí

Kognitivní terapie A. Becka

- stejná východiska – **za emoční poruchy odpovídá především nesprávné myšlení** (nebere v potaz, opačný vztah → emoce mohou ovlivňovat myšlení – kritika)
- terapeut se zaměřuje na to, **jak pacient interpretuje skutečnost** a vede ho k přezkoumání názorů, učí ho **rozlišovat** mezi **objektivní** skutečností a **subjektivním** hodnocením
- osobnost se utváří pomocí schémat, které se skládají ze základních přesvědčení – ty se tvoří brzy v životě na základě zkušeností, identifikace s lidmi; schémata mohou být adaptivní nebo dysfunkční
- **automatické myšlenky** – samy se nabízejí, tzv. kognitivní zkreslení, kognitivní omyl na základě:
 - nepodložených závěrů – známý si mě nevšiml → zlobí se na mě
 - zkresleného výběru faktů – usmála se na něj → něco spolu mají
 - nepřiměřeného zevšeobecňování - nepovedlo se mi to → nic se mi nepovede
 - přehánění/bagatelizace – poslední den jsme se pohádali → zkažená celá dovolená
 - vztahovačnosti – nepřišel jsem včas → všechno jsem pokazil
 - pohledu černými brýlemi
 - terapeut učí klienta poznávat tyto myšlenky, označit je, vzít jako hypotézy a podrobit je logické kritice
- základním postupem je **sokratovský dialog** – terapeut neříká, co je správné, nesprávné, ale **klade otázky** týkající se smyslu, užitečnosti a důsledku klientových názorů

KOGNITIVNĚ-BEHAVIORÁLNÍ

- poměrně mladý směr, jenž je **integrací behaviorálního a kognitivního přístupu**
- 3 možnosti pojetí
 - jedna z **forem behaviorální terapie** – při ovlivňování chování se berou na zřetel tzv. vymezené proměnné – vnitřní psychické procesy, mohou pomoci změně chování
 - jako **forma kognitivní terapie** – využívající experimentování s chováním k dosažení žádoucích změn v myšlení, což je pro efekt terapie rozhodující
 - jako **přístup se specifickými rysy** – odlišnou filosofií
- terapeut pomáhá klientovi **v identifikaci zkresleného myšlení a dysfunkčního jednání**
- pomocí systematického rozhovoru a strukturovaných behaviorálních úkolů pomáháme měnit zkreslené myšlenky i dysfunkční jednání
- využívání technik behaviorálních a kognitivních, vzájemné kombinace
- hlavní rysy přístupu:
 - krátkost a **časová omezenost** (do 20 sezení, jen výjimečně 30+)
 - **otevřená aktivní spolupráce** jako základ vztahu mezi terapeutem a pacientem
 - východisko v teoriích učení
 - zaměření na **přítomnost**
 - zaměření na **konkrétní ohraničené problémy**
 - zaměření na to, co je **pozorovatelné a vědomé**
 - **stanovení** konkrétních funkčních **cílů**
 - směřování k **soběstačnosti klienta** – procvičováním získává dovednosti, zvládá situace a zvyšuje pocit vlastní zdatnosti
 - **důraz na vědeckost** – sbírá konkrétní fakta, měří frekvenci, trvání i míru závažnosti problémového chování, vytváří hypotézy a ty pak empiricky prověřuje
- **atribuce** jako prisuzování významu určitým událostem, který z nich přímo nevyplývá
 - duševní zdraví je spojeno s **atribučním stylem**, který dobrým událostem prisuzuje charakter stálosti a obecnosti, a těm špatným charakter dočasnosti způsobené vnějšími vlivy
 - **naučená bezmocnost** (Seligman) - psi vystaveni opakovaným efekt. ranám a nemohli utéct, to vzdali i když to později bylo možné
 - v rámci terapie zabývání se atribučním stylem – snaha o překonání naučené bezmocnosti a získání vědomí vlastní zdatnosti a získali „**naučený optimismus**“

- **sebeinstrukční trénink** – naučí pacienta, aby si v duchu říkal určitá tvrzení, kterými ovlivňuje své chování a prožívání (To zvládnou. Výborně se mi to povedlo.)
- trénink „**očkování proti stresu**“ – záměrné vystavování se obtížným situacím a cvičení jejich zvládnutí tak, aby klient uměl zvládat situace, které se vyskytují neplánovaně
- **trénink v řešení problémů** – rozčleňuje řešení problému na několik kroků – přesný popis problému, různé možnosti řešení, vybírání vhodného řešení, rozhodování mezi řešeními a praktické vyzkoušení přijatého řešení

KOMUNIKAČNÍ PSYCHOTERAPIE

- jiné názvy
 - o vychází z teorie komunikace – škola z Palo Alto (Watzlawick – Paloaltská škola), zaměření na současné interakce s okolím → **interakční psychoterapie**
 - o v léčbě využívá skrytých manipulací a strategií včetně paradoxů → **strategická psychoterapie**
- 3 druhy vztahů v lidské komunikaci
 - o **symetrický** – rovnost na obou stranách, obě osoby mohou kritizovat, radit
 - o **komplementární** – jeden dává, přikazuje, kritizuje, radí, druhý spíše přijímá, poslouchá, nejsou si rovni; př. učitel-žák
 - o **metakomplementární** – jedna osoba X dovoluje druhé osobě Y, aby užívala určitých manévru, nebo ji k tomu nutí; X vlastně celý vztah na vyšší úrovni ovládá
 - o *může docházet k přesunu mezi symetrickým a komplementárním vztahem → otec-dítě v dětství x v dospělosti*
- **metakomunikace** – tón hlasu, mimika, gesta, kontext; pokud je v nesouladu s verbálním sdělením → „**dvojná vazba**“ – jedinec je v situaci, kdy druhá osoba vyjadřuje dva vzájemně neslučitelné významy (říká „pojď sem“ + v tónu hlasu je nepřátelství, nebo se tělesně odtahuje); viděli v tom etiologii schizofrenie
- **digitální komunikace** se opírá o rozum a logiku -> převaha levé hemisféry; analogová komunikace je obrazní, intuitivní → spíše z pravé hemisféry) ovlivnění některých postojů lze lépe skrze pravou hemisféru → k zablokování té levé, logické terapeut používá málo srozumitelné, matoucí, příliš složité nebo naopak banální výroky tak, jako by nesly důležitou informaci
- terapeut se snaží změnit chování, které vede k udržování symptomů →
 - o **technika předepisování chování** – často ráz **paradoxních úkolů** (např. úkol je, že klient bude každý den v určitou hodinu 15 min. depresivní) a **předepisování příznaků** → pokus o terapeutickou dvojnou vazbu – jakýkoli výsledek jako pokrok (snaha vyvolat si co největší trému a tím ji ztrácí → zlepšení stavu; pokud se daří, tak je to terapeuticky plánované a ukazuje to na možnost záměrného ovládnutí)
 - o **technika změna rámce** – nabízí **odlišná řešení** od těch původních, také jako **přejmenování problému** či chování (vzdorovitost → „snaha o rozvíjení vlastní vůle“; plačtivost – „schopnost projevit své city“) – chování druhých se připisují kladné motivy
- obliba v oblasti rodinné terapie
- terapeuti od tohoto přístupu odrazuje neupřímnost ve vztahu terapeuta ke klientovi, skrytá manipulativnost, neupřímnost, matení, provokování, vymýšlení triků

GESTALT TERAPIE

- Frederick **Perls** – jeden z prvních představitelů; Goodman, v ČR **Balcar**
- název v návaznosti na klasický německý psychologický směr, který experimentoval s percepcí a zdůrazňoval, že **psychické zážitky je třeba chápat v celistvosti**
- souvislost s **teorií pole** - Kurt Lewin → lidem nelze porozumět izolovaně, ale pouze jako složitým a interaktivním celkům v prostředí vztahů s okolím a se společensko-kulturním zázemím, přičemž vše se navzájem ovlivňuje a proměňuje
- forma **expresivní terapie** zaměřená na přítomnost, **prožívání a vyjadřování emocí**
- považuje se za jeden z proudů humanistické psychoterapie
- **problémy lidí vznikají z nedostatečného uvědomování si pocitů** → důraz na:
 - o **uvědomování** – týká se bezprostředních zážitků (např. při jídle si máme uvědomovat vzhled, vůni, chuť, pohyby při žvýkání, polykání a s tím spojené pocity)
 - o „tedy a teď“ – **princip přítomnosti**

- **kontakt** – často se chováme jako bychom svá slova směřovali do stěny/ vzduchu – „komu to říkáte?“, důraz na přímý kontakt; přijmutí odpovědnosti za své tělesné orgány a funkce (neříkat ruce se chvějí, ale já se chvěji)
- lidská existence v sobě zahrnuje různé polarity, např. pán a otrok → „pán“ nás nutí mít pravdu, jednat správně, nařizuje, působí jako svědomí; „otrok“ se navenek podrobuje, ale uvnitř je v pasivním odporu, jedná líně, hloupě → lidé se vyhýbají přijetí opačného pólu, než se chtějí jevit, odmítají uznat, že jsou silní i slabí, páni i otroci a tím brání dosažení „úplného tvaru“ svého života
- integraci osobnosti brání také úzkost, té se snažíme vyhnout různými mechanismy, např.:
 - **projekce** – ty části, které na sobě nechceme, přisuzujeme jiným
 - **retroflexí** – děláme sami sobě to, co bychom chtěli udělat jiným/co bychom si přáli, aby jiní dělali nám
- při terapii se učí intenzivně vnímat a cítit – mají intenzivně vyjadřovat pocity
- terapeut je od toho, aby dal klientovi **možnost prožívat**, chová se neočekávaně, provokuje, zneklidňuje, aby prolomil konvenční chování a vyprovokoval klienta k autentickému projevení
- „**nedokončené záležitosti**“, které se vztahují k minulosti a zahrnují nevyjádřené pocity → pacient si je zpřítomní a verbálně/neverbálně přehraje za pomoci terapeuta/skupiny
- „**prázdná židle**“ – pacient si na „židli“ před sebou posadí různé části svého já nebo těla nebo různé osoby, s nimiž si potřebuje něco vyřídit, a střídavě mluví za sebe a za „to“ → **přednost akci před vyprávěním**
- **paradoxní teorie změny** – jeden z ústředních principů gestaltu → „změna přichází, když se člověk stává tím, kým je, a ne když se snaží stát tím, kým není“ – snaha o změnu může být úspěšná, pokud tato snaha ustoupí do pozadí a terapeut s klientem nechávají vše plynout a přijímají to, co právě je

EXISTENCIÁLNÍ A HUMANISTICKÁ PSYCHOTERAPIE

- podtrhují jedinečnost každé osobnosti a úkolem terapie je podporování osobního růstu
- důležitý je vnitřní zážitkový svět jedince
- patří sem i *daseinsanalýza* vycházející z Heideggera a navazující na Husserla

Existenciální analýza (označení přístupu) a logoterapie (označení metody)

- **Emil Frankl** – nechtěl založit samostatný směr, viděl je jako doplnění tradiční psychoterapie
- člověk je bytost, která může svůj život sama utvářet
- **fenomenologická psychoterapie** – důraz na pocity a prožívání člověka
- má dopomáhat člověku, aby žil s **vnitřním souhlasem** se svým jednáním, bytím
- koncept základních motivací (Langle) – základní podmínky naplněné existence (jsem – ale mohu být?; žiji – ale přeji si žít?; já jsem já – ale smím být takový?; jsem zde – k čemu je to dobré?) → základ pro diagnostiku, terapii
- **logoterapie**
 - terapeutická metoda – „**učení o smyslu**“ → usilování o smysl je nejhlubší motivací člověka – „**touha po smyslu**“ → pokud nenaplnění této touhy – **existenciální frustrace**
 - **existenciální frustrace**
 - vzniká, pokud člověk pochybuje o smyslu své existence, smysl se stal sporným, dosavadní smysl ztratil odůvodnění a člověk neví co dál, nebo když pochybuje o smyslu života vůbec
 - může vést k neuróze, depresi se suicidálními tendencemi → **noogenní/existenciální neuróza** → vzniká rozvinutím „**existenciálního vakua**“, zvláštní formou je víkendová deprese → projevuje se po pominutí shonu pracovního týdne, kdy začnou do mysli pronikat myšlenky o prázdnotě a nesmyslnosti života
 - klíčovým pojmem je **SMYSL** (logos) → jde o nejhodnotnější možnost v dané situaci; smysl najdeme tím, že uskutečníme nějaké **hodnoty**
 - **3 hlavní cesty, které vedou ke smyslu**
 - tím, že člověk něco dělá, tvoří – **tvůrčí hodnoty**
 - tím, že něco prožívá, miluje – **zážitkové hodnoty**
 - tím, jak se vyrovnává s utrpením a staví se ke svému osudu – **postojové hodnoty**
 - logoterapie pomáhá najít východiska z existenciální frustrace, **najít životní smysl**
 - otázku „co ještě mohu čekat od života?“ obrací na „co ještě život čeká ode mě?“

- k nalezení smyslu je nutný určitý odstup od sebe (sebeodstup), aby se člověk mohl otevřít hodnotám světa (sebepřesažení)
- konečným cílem hledání smyslu není jen **seberealizace**, ale **sebetranscendence**

Humanistická

- terapie zaměřená na klienta
- k proudům se počítá Rogersovská psychoterapie a Gestalt terapie
- „**3. síla v psychologii**“ → vznikla z opozice **proti behaviorismu** (popsat, predikovat, ovládat chování) → **x psychoanalýze** a jejímu determinismu (analýza hlubin osobnosti, objasňování minulých zážitků) → ale pochopit **vnitřní zážitky** a naučit se je díky pochopení ovládat, zaměření na duchovní problémy, hodnoty, perspektivy
- vůdčí osobnost – **Maslow**
- pomoc lidem v **duchovním růstu**, v realizaci vlastního duševního potenciálu, zaměření na **hodnoty, perspektivy**
- člověk jako jedinečná bytost, která žije s účelem, uskutečňuje své potence, **dosahuje cílů**, které přesahují jedince (**sebetranscendence**)
- psychoterapeutické setkání je bratrským vztahem a „sdíleným zážitkem“, kdy terapeut slouží jako model autentičnosti
- sebeaktualizace v sobě v Maslowově pojetí zahrnuje sebetranscendenci → sebeaktualizující lidé jsou ponořeni do něčeho mimo ně
- její část představovala hippie hnutí intelektuálů nespokojených s honbou za ziskem, a kariérou, pocity prázdnoty, kritika konzumní společnosti...stále více iracionálních praktik, mystických výkladů → spousta osobností se stáhlo

EKLEKTICISMUS A INTEGRATIVNÍ POJETÍ

Integrativní pojetí

- integrativní psychoterapie → přístup pokoušející se sjednotit různé teoretické přístupy do vyššího celku nebo vytvořit jim teorii nadřazenou
- 4 formy integrování psychoterapie (možnosti chápání tohoto pojmu):
 - **přístup založený na společných účinných faktorech** – kombinace obecně účinných faktorů vyskytujících se napříč přístupy – navázání důvěry, dodávání naděje, empatie, podporování, ...
 - **ambice vypracovat zastřešující teoretický systém integrace**
 - **asimilativní integrace** – terapeut vychází z 1 nebo 2 teoretických orientací, přibírá k nim techniky odjinud a asimiluje je do svého přístupu tak, aby postup byl pro klienta co nejužitečnější → dnes asi nejrozšířenější
 - **technický eklekticismus** (nejblíže tomu, co tradičně nazýváno jako eklekticismus) – terapeut se neřídí teorií, sleduje jen koherenci a systematickост v používání technik, ve výběru se řídí jejich užitečností pro klienta
- může být výhodou a ukázat cestu tam, kde selhává terapie podle „čisté“ školy
- př. dialekticko-behaviorální terapie, kognitivně analytické terapie, transteoretický model, ...
- průkopníkem integrací přístupů v ČR byl **Knobloch a Knoblochová** – integrují prvky psychoanalýzy s teoriemi učení

Eklekticismus

- psychoterapeut si ze širokého spektra **možností vybírá pro pacienta tu nejvhodnější** → vybírá si potenciálně účinné metody (techniky) z různých terapeutických směrů
- **systematická** eklektická psychoterapie (Norcross, Beutler) – vybírání účinných metod napříč teoretickými školami a to takových, které se
 - hodí pro daný případ
 - jsou vědecké či patří nezpochybnitelně k vědecké psychologii a jsou podloženy klinickou praxí
 - jsou vybírány v souladu s jasným plánem léčby
- **rizika**: nahodilá volba technik, které terapeut neovládá, nemá vyzkoušeny nebo si neuvědomuje jejich dopady a souvislosti

TRANSAKČNÍ ANALÝZA

- zakladatelem byl americký psychiatr **Eric Berne** (50.-60. léta), který se nejprve orientoval na skupinovou terapii
- TA se věnuje **koncepci stavů ega**, **mezilidské komunikaci** (transakcím), **životnímu scénáři** a **hrám**
- životní scénář dítěti pomáhá přežít ve světě a vzniká na základě raných dětských rozhodnutí, která jsou dále posilována rodiči, okolím a prožitými událostmi
- člověk se k nim v životě vrací, i když jsou pro něj bolestné
- podle Berneho existují základní 4 postoje k životu:
 - o já jsem dobrý + vy jste dobří
 - o já jsem špatný + vy jste dobří
 - o já jsem dobrý + vy jste špatní
 - o já jsem špatný + vy jste špatní
- TA rozlišuje **3 stavy ega**:
 - o stav **dospělého** (zpracovává a hodnotí situace na základě vlastní zkušenosti)
 - o stav **rodiče** (názory, postoje a chování jsou nekriticky převzaty od rodičů nebo pod tlakem společnosti)
 - o stav **dítěte** (regrese k duševním stavům v dětství, typická velká citovost)
- vzájemné působení těchto stavů se nazývá transakce a je realizována v mezilidských vztazích
- tyto komunikace mezi lidmi, z nichž každý představuje určitý stav ega, mohou vést ke vzniku tzv. her, což jsou dysfunkční vzorce chování

DALŠÍ PŘÍSTUPY

- psychoterapeutických směrů je nespočet → zajímavé jsou např. bioenergetická analýza, multimodální přístup, pozitivní psychoterapie... (více in Vybíral, Současná psychoterapie, 2010)

Transcendentální psychoterapie

- vychází z humanistické terapie
- zaměřuje se na rozšíření zřetele k vnitřnímu světu člověka za hranice spirituální dimenze, tedy sleduje neobvyklé stavy vědomí, zážitky provázející smrt, náboženské praktiky starověkých i současných kultur apod.
- patří sem i tzv. parapsychologie Stanislava Grofa, který vypracoval techniku holotropního dýchání – tato technika je spojená s navozením změněných stavů pomocí hyperventilace (bez použití psychotropních látek, k podpoření se používá intenzivní hudba) – tímto způsobem lze podle něj navodit zážitky z raného dětství i z období porodu a nitroděložního vývoje, lze jít až do období “minulých životů” = transpersonální zážitky překračující rámec jedincova biologického života

Satiterapie

- z pálijského sati = všímavost
- vychází z principů meditace a všímavého uvědomělého vnitřního prožívání
- v souvislosti s tímto směrem můžeme zmínit spirituální rozměr integrativního pojetí osobnosti (biopsychosociální)
- dnes se můžeme setkat s přístupem ve své podstatě podobným satiterapii i některým dalším psychoterapeutickým směrem (psychoterapie C. Rogerse): jde o přístup „**mindfulness**“, kterou může člověk provádět i bez terapeuta (tedy něco jako meditace) – věnuje se záměrnému zaměřování pozornosti na přítomný okamžik bez posuzování, podstatou je nereagovat na naše myšlenky, jen je pozorovat, čímž si získáme odstup
- naučíme se tak lépe pracovat s emocemi, se stresem, úzkostnými myšlenkami apod.

Neuropsychoterapie

- pro tento mladý směr byla významná nová zjištění o plasticitě mozku, kdy bylo doloženo, že po celý život člověka je jeho CNS měnitelný pozitivním způsobem
- utvářejí se nové nervové dráhy, vznikají nové nervové synapse apod.
- takto je zdůvodnitelná mimořádná kompenzační činnost mozku např. po cévních mozkových příhodách
- ve vztahu k psychoterapii lze říci, že prostřednictvím procesů učení nových zkušeností můžeme modulovat biologickou stránku lidské bytosti na úrovni neuronálních procesů a struktur
- vycházíme z předpokladu, že psychická činnost se děje na základě neuronálních dějů
- pokud jsou psychické procesy ovlivnitelné psychoterapií, pak i biologická stránka člověka je modifikovatelná

STÁTNÍ ZÁVĚREČNÁ ZKOUŠKA - PSYCHOLOGIE

- v praxi byly např. zjištěny změny v mozku u depresivních pacientů (atrofie hipokampu, zvětšení amygdaly) – příčinu podle neuropsychoterapeutů může představovat nadměrné vylučování stresového hormonu poškozující hipokampus
- teoriím neuropsychoterapeutů nahrává také skutečnost, že organismus depresivních pacientů se v mnohém liší od neproblémových osob – příznačná je celková nervová podrážděnost, zvýšené sklony k negativnímu prožívání ještě před nástupem nemoci a intenzivní odpověď na stresovou zátěž
- intervence spočívá v nastolení konzistence v duševním životě lidského jedince
- dále cílíme na vytvoření nových neuronálních spojení a utlumení těch nežádoucích
- toho docílíme opakováním žádoucího chování a myšlení, protože jednou ze základních pouček neurofyzologie je, že neurony, mezi kterými neustále probíhá aktivita, zůstanou spojeny (a čím déle nežádoucí chování/myšlení trvá, tím jsou spoje pevnější) (více např. ve Vymětal, Úvod do psychoterapie, 2010, str. 67-74)

Společné faktory v různých směrech

- vztah mezi klientem a terapeutem – důvěra, bezpečí, empatie
 - o a terapeutova „schopnost probudit naději“ (autorem je Rosenzweig, který přirovnal terapeuta k misionáři)
- jednotný výklad poruchy
- emoční uvolnění klienta
- konfrontace s vlastními problémy
- poskytování alternativních, přijatelnějších pohledů na svět a sebe sama
- posílení žádoucího chování a prožívání klienta (zejména u behaviorální terapie)
- práce na integraci dezintegrovaných částí osobnosti klienta

Zdroje:

- KRATOCHVÍL, Stanislav. *Základy psychoterapie*. 4., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-657-8.
- VYBÍRAL, Zbyněk a Jan ROUBAL (eds.). *Současná psychoterapie*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-682-7.
- ANDRLOVÁ, Michaela. *Současné směry v české psychoterapii: rozhovory s významnými psychoterapeuty*. Praha: Triton, c2005, 222 s. ISBN 80-7254-603-1.
- VYMĚTAL, Jan. *Lékařská psychologie*. Praha: Portál, 2003, 397 s. ISBN 80-7178-740-X.
- VYMĚTAL, Jan. *Úvod do psychoterapie*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, 287 s. Psyché. ISBN 978-80-247-2667-0.

SPECIFIKA PSYCHOTERAPIE V DĚTKÉM VĚKU

29. Specifika psychoterapeutického přístupu k dětem, psychologické prostředky užívané v psychoterapii dětí.

Pojem psychoterapie

- rozumíme **záměrné užívání psychologických prostředků k léčbě psychických, fyzických, sociálních a noogenních poruch** (týkající se mysli, životního smyslu)
- porucha zapříčiňuje vždy nějakou odchylku od normálního zdravého vývoje dítěte
- = **léčba psychologickými prostředky**, zaměřená na **odstranění této nežádoucí odchylky** a **obnova zdravé funkce** a vývoje osobnosti dítěte
- → sice představuje léčebné působení, ale samotná psychoterapie neuzdravuje, vytváří pouze podmínky, ve kterých může uzdravení nastat

SPECIFIKA DĚTSKÉ PSYCHOTERAPIE

- **děti přicházejí** k psychoterapeutovi poměrně **častěji** než dospělí → jejich **léčba** má **větší naději na úspěch**
 - o ZŠ dnes běžně posílají děti s problémy a poruchami k vyšetření do pedagogicko-psychologických poraden, a pokud jsou rodiče dítěte ochotni spolupracovat, je jim doporučeno psychoterapeutické vedení
 - o v zásadě platí: čím je lidská bytost mladší (stejně tak čím je určitá psychická funkce vývojově mladší), tím je zranitelnější, ale i snadněji měnitelná a léčitelná psychologickými prostředky → tedy čím mladší dítě, tím je více tvárnější, a prostředím ovlivnitelnější
- **věk**
 - o od toho se odvíjí přístup k dítěti, prostředky a metody, které se využívají
 - o s dítětem se dá pracovat téměř od raného věku - ale je důležité si říci, co si pod psychoterapií představujeme
 - do 14 let - využívají se jiné prostředky
 - 14 let - hranice věku pro klasickou psychoterapii v plném působení (využití rozhovoru, navázání vztahu s terapeutem)
- **vývojová úroveň**
 - o důležité brát v potaz
 - o důležitá je **nezbytnost informací o vývojové úrovni dítěte a jejich charakteristikách**
 - o informace o **zátěžích**, jimž je vystaveno a které mohou být pro konkrétní vývojové období zásadně důležité (např. předčasná separace od matky, krizové situace v rodině)
- **iniciátor je rodič**
 - o do psychoterapeutického procesu je **potřebné zahrnout i osoby**, na nichž je **dítě bytostně závislé** (rodiče, sourozenci, prarodiče)
 - o samotné děti většinou o psychologickou pomoc nežadají → přivádí je jiné zúčastněné osoby, nejčastěji rodiče nebo učitelé
 - o mnohé léčebné postupy jsou však účinné pouze za předpokladu, že pacient je sám ochoten na změně spolupracovat
 - o děti, které jsou do terapie přinuceny, odpovídají neochotně a bez zájmu o věc
 - o zvláště děti v období dospívání je nutné nejprve pro léčbu vhodně motivovat a dát jim prostor pro svobodné rozhodnutí
- před započatím samotné psychoterapie je důležité dítě **zevrubně psychologicky vyšetřit** → toto vyšetření je základem pro další práci, neboť podle nálezu jsou voleny psychoterapeutické metody a postup
 - o dítě je nesené sociálními vztahy a teprve v pubertě se z nich začíná vymaňovat
 - o v dětské psychoterapii je na rozdíl od psychoterapie dospělých kladen větší důraz na **city a chování**, protože poznávací a volní schopnosti nejsou u dětí ještě plně rozvinuty
- **rodinná psychoterapie či poradenství**
 - o rodina - malá sociální skupina
 - o měla by probíhat alespoň v současné sounáležitosti s dalšími členy rodiny (v ideálním případě všechny jednotky systému)

- záleží i na tom, zda a jakým způsobem dítě s rodičem interaguje
- část se odehrává pouze v interakci s dítětem (pokud rodič a dítě souhlasí), část s dalšími členy

Cíl dětské psychoterapie

- kryje se s **obecným cílem výchovy**
- **všestranný a harmonický rozvíjení osobnosti** dítěte
 - uplatňuje se právě tam, kde je toto harmonické působení nějakým způsobem narušeno, kde je výchova jednostranná a nepodporuje optimální vývoj
 - všechna opatření psychoterapie směřují k rozvoji osobnosti dítěte, které by se mělo ve svém vývoji dostat na vyšší úroveň
- **odstranění chorobných příznaků**, kterými dítě trpí, a **obnovení normálního vývoje**
- **integrace pacientovy osobnosti do běžného života**
- **obnova zdravých duševních funkcí jedince**
 - zaměřuje se především na jeho správné poznávání a hodnocení skutečnosti, citovou vyrovnanost, výkonnost odpovídající jeho skutečným možnostem, společenskou přizpůsobivost
- má umožnit školákům **lepší sebepoznání a sebepojetí**, což vede k rozvoji **zdravějšího sebevědomí**
 - pomáhá mu k **pochopení sebe sama i vztahů s druhými lidmi**
 - odstraňuje, případně alespoň **kompensuje nedostatky**
 - snaží se o dosažení větší **vnitřní stability a schopnosti sebeřízení**
- **nalezení vlastní role a postavení mezi vrstevníky, zlepšení úrovně vzájemné komunikace** a schopnosti **navazovat přátelství**
- dítě se učí rozlišovat mezi tím, co chce mít a tím, co reálně může mít, učí se **přijímat vlastní možnosti** a případná omezení
- u nejrůznějších poruch se terapie snaží o **nápravu a regulaci psychických a psychofyzických stavů** (úzkosti, tenze) a pokud je to možné, o **návrat do normálního života**

Psychoterapie a výchova

- **moderní výchova** (jako záměrné, všestranné a cílevědomé působení zaměřené na formování osobnosti vychovávaného) **staví do středu pozornosti dítě**
 - ne však už jen jako pasivní objekt výchovy, jako tomu bylo dříve, ale jako **aktivní spolupůsobící subjekt**
 - orientuje se na jeho **osobnostní a sociální rozvoj**, jenž se snaží podporovat ne direktivní manipulací vychovatele, ale **aktivizováním vlastních tvůrčích schopností jedince**
 - → aby toto úsilí bylo efektivní, opírá se výchovné působení o poznatky z vývojové psychologie a ve svém přístupu zohledňuje individuální zvláštnosti jednotlivých věkových kategorií
- dětská psychoterapie úzce souvisí s výchovou ve všech směrech
- **terapeutické působení vždy výchovu dítěte doplňuje, provádí, nebo napravuje, a musí tedy respektovat její zákonitosti**
- **dětský psychoterapeut** je na rozdíl od psychoterapeuta dospělých **především vychovatel**
 - podobně jako psychoterapie i výchova se potýká s nejrůznějšími dětskými problémy a potížemi
 - dítě prochází rychlým tělesným i psychickým vývojem, který má svá úskalí a přirozeně s sebou nese mnohé komplikace - ty většinou za pomoci rodičů a vychovatelů s dalším vývojem dítěte samy odeznívají
- psychoterapie se **zaměřuje na již existující poruchy** vyžadující léčebný zásah
- psychoterapie se liší od výchovy svým zaměřením a obsahem

Psychoterapeutický proces a přístup

- **proces** = záměrná a plánovitá práce, která používá určitých uspořádaných postupů a je zaměřená na dosažení pozitivní změny v prožívání a chování jedince
 - zaměřuje se na:
 - **mimo vědomé duševní děje** (nezpracované úzkosti, hněv, traumatické zážitky)
 - **vědomé pochody** (odkrývání a objasňování negativních způsobů vnímání sebe a druhých a nesprávných způsobů myšlení a hodnocení skutečností)
 - **vnější projevy jedince** (rozpoznávání konkrétních patogenních reakcí a projevů, osvojování vhodných způsobů chování a dovedností)

- **společenské vztahy a procesy** (především zdravé začlenění dítěte do vlastního společenského prostředí – rodiny, vrstevnické skupiny)
- **tělesné funkce a jejich poruchy** (obnova narušených tělesných soustav a orgánů)
- **přístup** = takový způsob jednání s pacientem, který vede k integraci a rozvíjení jeho osobnosti a vnitřní vyrovnanosti, umožňující léčivou změnu
 - patří sem nejen konkrétní působení terapeuta, ale např. i chování zdravotní sestry v přípravě pacienta na důležitý zákrok, psychoterapeuticky vedený rozhovor s pacientem i jeho příbuznými, postupy krizové intervence, pomoc při zvládnání zármutku, sdělování nepříznivých okolností o zdravotním stavu apod.

Indikace a prognóza v psychoterapii dětí

- indikace psychoterapie jako základní nebo doplňkové metody léčby vychází ze **zjištění tělesného a duševního stavu dítěte** v porovnání s ukazateli normálního zdravého stupně rozvoje jeho životních funkcí
- dalším indikačním hlediskem je otázka, **nakolik je jeho individuální stav projevem porušeného stavu rodiny** (zde se rozhoduje, zda je namístě zaměřit se na dítě samo nebo na strukturu a funkci celé rodiny)
 - platí, že čím je dítě mladší, tím více je nutno pracovat s jeho rodiči bez ohledu na to, zda je rodina patogenním činitelem nebo není (závislost dítěte na rodičích, ochota rodičů v psychoterapii dítěte spolupracovat)
- **prognosticky významné činitele**:
 - **faktor věku a stupně vývoje dítěte**
 - čím je ↓ mladší, tím více je vystaveno vlivu svého okolí → je-li toto okolí patogenním činitelem, je prognosticky důležitá míra, v níž je naděje dosáhnout nápravy prostředí
 - situace se mění v období dospívání – citové a společenské osamostatňování dítěte
 - **závažnost situace**, která poruchu vyvolává
 - sahá od poruch přechodných (příznaky vývojových proměn), které se dají zvládnout s minimální terapeutickou podporou, popřípadě rozumnými úpravnými v režimu a v odezvách prostředí
 - až po závažné, pro dítě nevyřešitelné konflikty citové povahy
 - **dobu vzniku** poruchy a její dosavadní trvání (tzn. stupeň jejího upevnění ve struktuře osobnosti)
 - u tvárnější osobnosti mladšího dítěte je i poruchový stav vratký
 - když se objeví v pozdější době, může postihnout kořeny osobnosti pro další rozvoj podstatněji
- praxe ukazuje, že je velmi žádoucí současně vést psychoterapeuticky i rodiče, případně sourozence (tzn. celou rodinu) – protože problémové dítě často tvoří nejslabší článek (dokáže ostatní svým projevem ovlivňovat, někdy znamená velkou zátěž), čímž podstatně ovlivňuje jednání ostatních členů rodiny a rodinnou atmosféru
- předpokladem každé pomoci je **porozumění** (musíme dobře rozumět, abychom mohli pomáhat)

FORMY PSYCHOLOGICKÉ¹ POMOCI DĚTEM

- dětská psychoterapie používá formy běžné v terapii dospělých
- s psychoterapií v užším smyslu souvisí i některé alternativní formy, ze kterých se může psychoterapie vyvinout nebo v ni mohou přejít
- **klinické psychologické poradenství**
 - tato forma představuje krátkou pomoc během několika intenzivních rozhovorů s dítětem a jeho rodiči
 - většinou jde o běžný situační nebo vývojový problém, se kterým si rodina neví rady a neřeší ho vhodným způsobem
 - terapeutova pomoc je podpůrná, pomáhá rodičům objasnit problém, podává chybějící informace, rady a racionální pohled na věc
 - může se jednat např. o poruchy usínání, vyměšování, přijímání potravy, školní selhávání, přetížení, poruchy v chování apod.
 - nejedná se tedy o poruchy organismu nebo osobnosti, ale pouze o poruchové projevy dítěte a nepřiměřené reakce jeho blízkých osob, které tak daný problém umocňují
- **psychologické vedení**
 - v tomto případě jde o psychologickou pomoc v dlouhodobém osobním vztahu dítěte a jeho rodiny s odborníkem

- dítě, které vyrůstá v narušeném sociálním prostředí, si osvojuje během terapie zdravé způsoby chování, chápání a hodnocení
- podstatou péče je zprostředkování zdravého, intenzivního vztahu, který dítě postrádá u svých rodičů, jež jsou nějakým způsobem narušeni nebo postiženi
- vývoj vztahu terapeut cílevědomě řídí, pomáhá dítěti, aby se vyrovnalo se skutečností selhání rodičů a poskytuje dítěti citovou podporu, jistotu a identifikační vzor
- někdy jde pouze o pomoc při překonání krizového období v rodině nebo o podporu při zařazování tělesně postižených dětí do normálního života
- smyslem péče terapeuta je poskytnout dítěti či dospívajícímu nový, dostatečně trvalý a silný vztah, nezátížený dřívějšími problémovými událostmi, zkušenostmi a postoji
- vývoj vztahu je cíleně řízen tak aby v něm mohl klient své nedostatečně rozvinuté či nedostatečně naplňované potřeby a motivy nebo nedostatečně vypracované či zvládané postoje a chování prospěšně naplňovat, utvářet a kultivovat
- **vlastní psychoterapie**
 - jedná se o psychoterapii v užším smyslu
 - vlastní psychoterapeutický vztah a proces pomáhá napravit narušenou osobnost, organismus nebo vztahy dítěte
 - po navázání osobního vztahu používá terapeut speciální psychoterapeutické postupy
 - pro léčbu dětí školního věku se nejčastěji používá **vhledově zaměřená či na osobu soustředěná terapie, individuální nebo skupinová behaviorální terapie, systémová, behaviorální nebo eklektická rodinná terapie a pěstounská nebo institucionální péče**

DĚTSKÁ PSYCHOTERAPIE

Druhy

- **individuální psychoterapie**
 - v této formě pracuje jeden terapeut s jedním dítětem, rozvíjí s ním individuální osobitý vztah, na jehož kvalitě závisí úspěšnost práce
 - terapeut nemá být direktivní, ale přesto musí situaci držet pevně v rukou
 - je tvořena interakcí – vzájemnou komunikační výměnou a ovlivňováním z obou stran, přičemž vedoucí úlohu a odpovědnost za výsledek má terapeut
 - situace během psychoterapeutického procesu se vyvíjí především vlivem chování terapeuta, jeho osobnosti, teoretické orientace a způsobu práce
- **hromadná psychoterapie**
 - jde o určitý typ individuální psychoterapie, avšak terapeut ji provádí s více klienty zároveň (například nácvik psychofyzické relaxace)
 - osobní vztah s pacientem tak ustupuje do pozadí
- **skupinová psychoterapie**
 - psychoterapie je prováděna v uměle vytvořené skupině pacientů, kteří se vzájemně neznají
 - význam individuálních vztahů pacientů k terapeutovi ustupuje do pozadí, uplatňují se zde především vztahy mezi pacienty navzájem, které se stávají hlavním zdrojem léčby
 - všichni členové skupiny do terapeutického procesu svým způsobem vstupují, přispívají a těží z něj
- **rodinná terapie**
 - terapeutická práce je tady zaměřena na obnovu zdravých psychických a fyzických funkcí v přirozené rodinné skupině dítěte
 - uplatňuje se především tehdy, považuje-li se právě rodina za příčinu a zdroj poruch a problémů dítěte
 - o indikaci rodinné terapie rozhoduje také věk dítěte
 - čím je dítě mladší, tím více je nutno pracovat s jeho rodiči
 - v mladším školním věku je spolupráce s rodiči ještě nutná
- **terapeutická komunita**
 - jedná se o psychoterapii probíhající v léčebném zařízení

- účinnost výše uvedených forem psychotherapeutické léčby je zde umocněna jejich zasazením do reálného života pacientů na oddělení a vyšší intenzitou setkání

Vedení psychoterapie

- průběh psychoterapie u dětí probíhá obvykle následujícím způsobem:
 - o **navázání dobrého psychotherapeutického vztahu**
 - terapeut dává dítěti pocítit své porozumění a účast na jeho problému
 - musí být schopný pochopit pohled dítěte na věc, toto porozumění mu vhodným způsobem projevit a navázat s ním komunikaci, které by dítě rozumělo a která by zároveň nebyla dětinská
 - i malý pacient potřebuje pocítit, že si jej terapeut váží, že jej respektuje a přijímá takového, jaký je
 - o **zásahy poskytující dítěti bezprostřední ulehčení v problémech**
 - o **vlastní psychotherapeutická práce**
 - zaměřuje se podle povahy potíží na citové odreagování a zkušenost v terapeutickém vztahu, vzhled do souvislostí problému, ovlivnění motivů, osvojení nových způsobů chování, obnovu zdravého průběhu fyziologických funkcí a další léčebné změny.
 - o **integrace dosažených změn do běžného života dítěte**
 - dítě se snaží pozitivní změny osvojené během terapeutického procesu aplikovat na zátěžové podmínky v mimo terapeutických situacích
 - v další fázi dochází ke zvyšování nároků, aby se docílené změny staly součástí běžného života
 - o **postupné odpoutání a osamostatnění dítěte od terapeuta a jeho pomoci**

Psychotherapeutický vztah s dětmi

- důležité je věnovat značnou pozornost také psychotherapeutickému strukturování vztahu terapeuta s dospělými (rodiči či jinými vychovateli dítěte)
- způsob jednání a také zážitkový obsah vztahu musí být přizpůsobený věku, povaze a problémům dítěte
- **podmínky v osobě dítěte**
 - o dítě vnímá, cítí, myslí a vyrovnává se se světem jinak, než dospělý, a tak je na terapeutovi, aby se naučil **rozumět jeho pohledu na věc**, jeho **reakcím** na **vlastní problémy** i na novou situaci terapie
 - o k účinnému vytvoření vztahu spolupráce s dítětem je kromě porozumění zvláštnímu postavení a zvláštnímu pohledu dítěte v jeho světě nezbytné i **nalezení vhodných způsobů komunikace**
 - o **vhodný způsob mluvy ze strany terapeuta** (ne příliš dětsky a srozumitelný) je důležitým prostředkem, jak dítěti ukázat, že mu rozumí, a že je bere vážně jako partnera a spolupracovníka ve společné snaze napravit nepříznivou situaci
 - o dítě většinou nebývá iniciátorem terapie a často přichází s pocitem trpného odporu a rezignace
 - o **terapeut jej musí získat k dobrovolné spolupráci**, a to nejlépe tak, že citlivě vystihne a reflektuje postoje, obavy a přání dítěte a přijme je a chválí jako pochopitelné a normální
 - o spolupráci je dobré osvědčit tak, že **terapeut dítěti pomůže překonat jeho obavy** a **nabídne mu realistickou vyhlídku** na dosažení některého z jeho bezprostředních cílů terapeut by měl být schopný dítěti ukázat, že je přijímá jako plnohodnotného spolupracovníka
 - o dítě má cítit, že je pro úspěch nepostradatelné, a že mu přísluší výrazný podíl na jeho úspěších
 - o **dítě je samo o sobě závislejší na dospělých**, a proto se tu nachází velké **riziko** značné **závislosti na terapeutovi**
 - o dítě se může cítit ohroženo napřed svým přílišným vydáním se terapeutovi a následným uvolňováním vztahu, a proto je důležité **zdůrazňovat vlastní schopnosti dítěte zvládat situaci** a **samostatně řešit problémy** i v průběhu terapie
 - o popřípadě mu ukázat, že terapeut je také ve svém postupu závislý na pomoci dítěte
- **podmínka v prostředí dítěte**
 - o dítě má mnohem větší závislost na okolí, a zvláště na rodinném prostředí, a proto **terapeut** při budování psychotherapeutického vztahu **musí pracovat i na utváření vztahu s psychotherapeutickým jednáním s dospělými kolem dítěte**
 - o úspěšná terapie **vyžaduje spolupráci dospělých**

STÁTNÍ ZÁVĚREČNÁ ZKOUŠKA - PSYCHOLOGIE

- terapeut by jim měl zpravidla dát najevo porozumění, solidaritu, ochotu a kompetenci ku pomoci v jejich obtížích s dítětem a potvrdit jim správnost jejich počínání v tom, že dítě k terapii přivedli i v tom, že dosud sami dělali vše, co bylo v jejich silách, pro nápravu potíží dítěte
- stejně jako dítěti i jim je třeba dát pocítit jejich nepostradatelnost při zvládání poruchy

Prostředky psychoterapeutické pomoci

- psychoterapie dětí je odlišná od psychoterapie dospělých, kde je hlavním prostředkem **rozhovor**
- u dětských pacientů nemá mluvené slovo takovou váhu (vážné chápání smyslu, porozumění)
 - prioritní je → **hra, různé činnosti, cvičení a všechny běžné dětské aktivity**
 - samy o sobě však tyto ještě nejsou psychoterapií → tou se stává teprve jejich záměrné uplatnění, které vytváří podmínky pro léčebný proces
 - není podstatný druh činnosti, ale prožitek, který v dítěti tato činnost vyvolává
 - u dětí mladšího školního věku se s nejvyšším efektem používá volná nebo řízená hra, a to individuální nebo společná s druhými dětmi, dále společná činnost (činnostní terapie)
 - ve starším školním věku již hra jako terapeutický prostředek ztrácí na významu
 - využívá se především individuální terapie rozhovorem nebo rozhovorová skupinová terapie
- **řízená stimulace jednotlivých funkcí**
 - podstatou léčby je **rozvíjení a napravování narušené funkce** její soustavnou aktivací
 - jde o **záměrné a intenzivní podněcování nedostatečně nebo nesprávně vyvíjejících** se psychických, psychofyziologických a psychosociálních **funkcí**
 - léčba je účinná například u dětí podnětově, citově či smyslově deprivovaných, trpících následky nedostatečné péče, dále u pacientů smyslově postižených nebo dlouhodobě izolovaných pro tělesné onemocnění apod.
 - z hlediska věku je důležité, že tyto postupy **lze uplatnit již v útlém věku** (složitějších činností nelze využít)
 - **v prvních letech života** (ve zvláštních případech i později)
 - stimulace tělesným kontaktem s osobami a věcmi (hravé dotýkání se , mazlení, kontakt při krmení, koupání, přebalování)
 - stimulace zvukem, zvukovými podněty a mluveným slovem (lidský hlas má zvláštní úlohu pro citový a řečový vývoj dítěte)
 - stimulace zrakovými podněty s možností sledovat lidi a předměty v klidu a v pohybu
 - oblast pohybu – využití navazuje na neuropsychologickou rehabilitaci narušení hybnosti a spočívá v podněcování zprvu instinktivních či reflexních a později i volných pohybových aktivit
 - **ve školním věku** se rozvíjí:
 - řečové porozumění a vyjadřování
 - podporují se rozumové, volní a psychofyziologické funkce, které probíhají v rámci různých nápravných činností
 - tento prostředek se využívá zejména do batolecího věku
- **hra**
 - pro dítě **nejoblíbenější** a také **nejpřirozenější činnost**, a proto představuje jeden z nejsilnějších terapeutických prostředků a metod
 - využívá se zejména u dětí starší 3 let, ale dá se využít i dříve (individuální)
 - umožňuje dítěti (především v předškolním a mladším školním věku) **sebevyjádření, odreagování a zmírnění citového napětí, porozumění vlastním prožitkům**
 - **děti mladšího školního věku** se ještě dokáží naplno zaujmout hrou, ve které zapomínají na realitu a **odkrývají své vztahy a vnitřní světy**, prožívají instinktivní radost a projevují své zdravé i poruchové prožívání a chování → dítě se přitom projevuje pro sebe **nejpřirozenějším a nejbezpečnějším způsobem**
 - **prostřednictvím hry s hračkami** nebo i s využitím jednoduchých hudebních nástrojů (xylofon) s nimi **navazujeme kontakt**, učíme je brát druhého na vědomí, „nebát se domluvit atd.)
 - pomocí hry se tak pacient může **vyrovnávat se svými minulými traumatizujícími prožitky a frustrujícími vztahy** nebo se **připravovat na budoucí praktické zvládání vnějších problémů**

- usnadňuje dětem přijetí sociálních rolí i prohlubování individuace
- v procesu terapeutické léčby i v samotném procesu učení tedy ještě i v *mladším školním věku* zastává důležité místo
 - dítě si dříve *na někoho hraje*, než se jím skutečně stane, což mu usnadňuje postupné začleňování do společnosti
 - na základě pozorování vstupuje ve hře do role jiného člověka, proniká do jeho světa, prozkoumává fiktivní prostředí, a má tak možnost vyzkoušet si různé situace nejprve „nanečisto“
 - takové hry umožňují dětem *přenos sociální perspektivy*, což znamená, že dítě vnímá někoho nebo něco z pohledu jiného člověka
 - do této pozice se plně vkládá, stává se např. paní doktorkou a panenka představuje je samotné
 - dítě zapomíná, že jde o hru, a *zakouší pocity osoby, na kterou si hraje*
 - hry na role (tzv. *námětové hry*) stojí na principu identifikace, ale na rozdíl od předškolního věku školní děti již jasně rozlišují mezi hrou a skutečností
- tohoto procesu využívají mnohé psychoterapeutické metody
- práce s dětskou hrou je spíše intuitivním uměním terapeuta, který se sám od dětského pacienta učí správně a prospěšně s ním terapeutickou hru hrát
- využívají se:
 - *projektivní techniky* (začarovaná rodina, kamínky, panenky a rozestavění,...), které jsou však jako doplňkové techniky → musí se velmi opatrně s interpretací!
 - lze využít jako ice-breaker pro psychology
 - *pozn. z projektivních technik nelze diagnostikovat!*

- **cílená činnost**

- má své největší uplatnění ve školním věku
- *naplňuje* totiž *potřebu* dětí *po cílené činnosti*, která za sebou *zanechává viditelný výsledek*
- znamená nějakou *úkolovou* (instrumentální) *činnost s určitým vnějším cílem*, která zprostředkovává dítěti zážitek z daru a seberealizace
- *prožitek úspěchu* se umocňuje také tehdy, je-li činnost vykonávána, a tedy sledována a hodnocena ve skupině vrstevníků
- příkladem takových činností může být výroba různých věcí, nácvik dovedností, společná příprava jídla a stolování, sportovní a zábavné hry a soutěže, táboření, putování v přírodě, hudební, výtvarné a dramatické činnosti apod.
- může se využívat v rámci skupinových terapií (kde je více dětí pohromadě)
- kooperace
- na základě této činnosti se probírá, jaké interakce a vztahy proběhly, jaké bylo prožívání daného dítěte (jestli mu bylo při té činnosti dobře, jestli kooperuje,...)

- **rozhovor**

- rozhovor představuje *tradiční prostředek* používaný v psychoterapii
- *účinnost* závisí jednak na *kvalitě vztahu pacienta s terapeutem* a také na *věku dítěte* – především na schopnosti komunikace, vyjadřování a porozumění významu mluveného slova
- u *mladších dětí* rozhovor vždy doprovází ještě i další metody a prostředky léčby
- ve *školním období* se tedy s přibývajícím věkem individuální i skupinový rozhovor stále více uplatňuje
- *plně efektivní* se stává ale až u dětí *kolem 14 let*, kdy je už rozvinuto abstraktní myšlení
- děti více detekují neverbální komunikaci
- potřebují výraznější rozlišení, pokud dělají něco dobře a špatně (nevyužívat tolik neutrálních výrazů → aby nebyl nesoulad verbálního a neverbálního projevu)
- odměňování dětí:
 - verbál, doprovázející adekvátním neverbálem

- pozitivní stimulace
- odměna ve formě něčeho dobrého, co dítěti chutná (ale nepřehánět, v souladu s nastavením rodičů, apod.)
- konkrétní pochvaly (lepší pochválit za co konkrétně, než jen obecně "ty jsi šikulka, hodná holka" - co si z toho má dítě vzít)
 - → zase ale nechválit úplně za vše stejně - musí to být vyvážené, aby dítě vidělo rozdíl (určitě je fajn chválit i za snahu, ale nejásat úplně nad vším, aby poznalo, kdy danou činnost provedl opravdu správně)
 - *pozn. obdobně i v případě "ty zlobíš" - ale nevysvětlíme dítěti, co vlastně udělalo → měli bychom jim říci, co bylo špatně a navrhnout, jak by to mohly řešit ("myslela jsem si, že se přijdeš omluvit/že uděláš....")*

- **tvůrčí prostředky**

- tyto prostředky léčby **přesahují svým obsahem běžné činnosti**
- využívají **různé formy lidského umění** k psychoterapeutickým účelům
- uplatňují se hlavně ve skupinové, ale i v individuální a rodinné terapii
- u *mladších školních dětí* mohou být tyto aktivity ještě součástí hry, později je možné je užívat samostatně
- **výtvarné činnosti**
 - umožňují dětem **spontánní vyjádření svých citů, vztahů a vlastního vnímání světa**
 - s úspěchem se uplatňují především v mladším školním věku
 - starší děti se již často stydí a jejich výtvarný projev není spontánní
 - *např. dítě s bohatou fantazií si představuje bytosti, jichž se pak bojí → dítě je nakreslí, pojmenuje – tímto zrealněním ztrácí na síle, přestávají obtěžovat*
 - vedle svého diagnostického významu má značnou potenci abreaktivní a komunikativní tam, kde slova nestačí
 - podobnou úlohu může plnit i tvoření z plastického či jinak tvárného materiálu (písku, hlíny), kde dosahujeme masivnějšího tělesného zážitku (dotek, pohyb)
- **pohybové činnosti**
 - pohybem lze **vyjadřovat pocity, představy a vlastní prožitky**
 - bezprostředně dokáží pohybem vyjadřovat nejmladší děti (ve školním věku pouze v nejnižších třídách), později už mívají zábrany, zvláště jedná-li se o děti méně pohybově obratné
 - pohybová obratnost bývá u dětí často bolavým místem jejich sebehodnocení- v takových případech je vhodnější začlenit pohybovou práci do jiné skupinové činnosti – vyjádření vlastní nálady postojem či pohybem (individuálně či v celé skupině)
 - nadějnější je takové užití u předškolních dětí a pak až u adolescentů, kteří v podmínkách vhodného skupinového vyladění a vzájemné důvěry dovedou chápat její výrazový význam
- **hudba a rytmus**
 - **aktivní práce s hudbou a rytmem** se uplatňuje ve skupinové terapii, umožňuje **vyjadřování citů a neverbální sdělování**, je vhodná pro všechny věkové kategorie
 - úspěch závisí na schopnostech terapeuta tuto techniku využít a na nadšení pacientů
 - jakékoliv předměty vyjadřující zvuk a rytmus, Orffovy nástroje
 - obsahem hudebního výrazu je vyjadřování vlastních citů, různé druhy vzájemného kontaktu, sdělování
 - **nonverbální prostředky** pomáhají **rozpoznat a vyjádřit** i to, co se **slovy** vyjádřit **neodváží** nebo **nedokáže**
 - více než na věku závisí využití těchto prostředků na navození situaci, na vhodném citovém vyladění účastníků

○ **dramatizace**

- bývá mimořádně působícím a oblíbeným prostředkem, který využívá různě **složitě formy dramatického projevu i vnímání**, od dětského „hraní na něco“ až po relativně složitá divadelní vystoupení
- psychodrama ve své obvyklé podobě – se skupinovou či terapeutovou volbou tématu, s objasněním pravidel, s výběrem protagonisty, s technickými zvraty v jeho úloze a se závěrečným sdíleným rozhovorem – je však přístupno dětem před věkem dospívání
- **psychodrama** = klienti přehrávají jako na divadle důležité momenty z dřívějšího i současného života, svá očekávání, sny apod.

○ **práce s texty**

- **mladší školní věk** je věkem pohádek a příběhů, jejichž vyprávění je mimořádně citově účinné
- také u dospívajících má vyprávění a četba široké využití
- terapeutické zpracování může spočívat v následujícím vyjádření jejich subjektivního významového náboje jinou modalitou (dramaticky, kresbou), nebo jejich vlastní modalitou (jejich probíráním)
- příkladem může být **paremiologická terapie** (Špitz):
 - skupina dětí se dobírá svého osobního a pak i společně sdíleného významu přísloví, citátů či přímo výroků nebo otázek někoho z přítomných a vyjasňuje si tím svoje postoje a pohledy na závažné skutečnosti, popřípadě si je tak obohacuje či mění
 - kromě toho si také osvojuje účinnější způsoby logického porozumění a chápání smyslu určitých lidských zkušeností
- podobně jako u dětské hry lze i zde zdůraznit buď přímý terapeutický účinek prožívání vlastní činnosti bez jejího objasňování, nebo naopak zdůraznit využití obsahu této činnosti jako klíče, jímž je možné nabídnout dítěti vhléd terapeutovou interpretaci

- **psychoterapeutický režim léčebného oddělení**

- nemocniční zařízení nabízí mnohem intenzivnější psychoterapeutické působení, než jaké poskytuje běžná terapie např. během jednoho setkání týdně
- **léčba na oddělení** má i tu výhodu, že získané **pozitivní změny v chování a prožívání** si dítě může osvojovat a upevňovat během praktických vztahů a činností na oddělení, kde má možnost je uplatňovat a zobecňovat
- jejich uchování a přechod do běžného života je zde méně ohrožující

Psychoterapeutické zásahy do prostředí dítěte

- **malé dítě** je **odrazem prostředí**, ve kterém vyrůstá → ještě během školní docházky není dítě schopno jednat diferencovaně, projevovat se jinak, než se projevuje jeho nejbližší okolí, tj. rodina → v patologické rodině nemůže vyrůst zdravé dítě
- čím je dítě mladší, tím těsněji souvisí jeho psychogenní poruchy s narušeností jeho bezprostředního okolí (nejčastěji rodinné prostředí)
- tam, kde je toto **prostředí terapeuticky neovlivnitelné** (v žádoucím směru), je nutný radikálnější zásah – přemístění dítěte do některé formy **náhradní rodinné péče**
- pokud nejde změnit dosavadní patologické prostředí ve prospěch dítěte, je namístě alespoň se o to pokusit
- vnější podmínky takové změny může představovat stěhování, rozvod rodičů, změna školy atd.
- jindy je třeba cíleně zlepšit vztahy v rodině, způsob soužití a rodičovské péče tak, aby přestaly dítěti škodit
- v některých druzích psychoterapeutických působení na dítě činí terapeut z rodičů (učitelů, vychovatelů) tzv. **pomocné terapeuty** – naučí je, jak terapeuticky strukturovat a řídit domácí / školní situaci, poskytuje jim k tomu vedení a supervizi

Zdroje:

- J. Langmeier, K. Balcar, J. Špitz : Dětská psychoterapie
- S. Kratochvíl: Základy psychoterapie
- J. Vymětal: Úvod do psychoterapie
- V. Smékal, P. Macek: Utváření a vývoj osobnosti
- M. Vágnerová: Vývojová psychologie
- DP Jitky Minářové, 2008 – Dětská psychoterapie

SKUPINOVÁ PSYCHOTERAPIE

30. Charakteristika skupinové psychoterapie, skupinová dynamika, zpětná vazba. Příklady skupinové psychoterapie. Logoterapie a V.E. Frankl.

Psychoterapie

- léčba (sekundární prevence), ale i profylaxe (primární prevence) a rehabilitace (terciální prevence) poruch zdraví, která se uskutečňuje výhradně psychologickými prostředky = prostředky komunikační a vztahové povahy
- léčebné působení na poruchy, potíže a problémy psychologickými prostředky (komunikace, vztahy mezi členy a vztah s terapeutem)
- „Skupinová psychoterapie je proces, při němž se terapeutické síly uplatňují v průběhu pravidelných setkání několika klientů s jedním nebo více terapeuty. Skupina se pravidelně setkává se záměrem pomáhat si navzájem k dosažení změny směřující k optimálnímu vývoji.“ (Špitz)

SKUPINOVÁ PSYCHOTERAPIE

- začátek ve 20. letech 20. století – k masovému rozšíření došlo po roce 1945
- rozdíl mezi hromadnou a skupinovou psychoterapií – využití dynamiky, vztahů a interakcí mezi členy
- současné pojetí: dynamická náhledová terapie s behaviorálním nácvikem
- = forma psychoterapie, při níž terapeut, případně několik terapeutů, léčí malou skupinu klientů (pacientů) společně, jako psychodynamickou skupinu, kde se otevřeně uplatňuje skupinový mechanismus vývoje, vysvětlování a zkoušení vnitřních mezilidských vztahů v terapeutické skupině

Cíle

- dosáhnout **vhledu do problematiky** jedinců a pomoci jim **pochopit** a **změnit nesprávné postoje**
- **změnit maladaptivní vzorce** chování
- **zprostředkovat poznatky o interpersonálních procesech** → naučit se efektivněji jednat s lidmi
- **podpořit zrání** osobnosti
- **odstranit chorobné příznaky** (přímý nácvik x vyřešení intra nebo interpersonálních konfliktů)
- podle Špitze to je především vyjádření a zpracování emocí
- Kraft za hlavní cíl uvádí výchovu emocí a jejich kontrolu
- Špitz považuje Kraftův cíl za druhotný

Úkoly terapeuta

- vytvořit a udržet skupinu
- budovat kulturu skupiny, vytvářet normy
- aktivovat a objasnit princip „teď a tady“
 - o skupina žije „teď a tady“ (vzájemné vztahy mezi jednotlivými členy, k terapeutovi, ke skupině)
 - o aktuální pocity se stávají hlavním tématem skupiny
 - o skupina se obrací sama k sobě – dělá sebereflektující smyčku a zkoumá to, jak se právě zachovala → přenos vzorců chování do reálného života

Klientela

- pacienti s neurotickými poruchami (fobie, úzkostné poruchy, OCD, posttraumatická stresová porucha apod.)
- psychotici (schizofrenie, bludy, poruchy nálady apod.)
- osoby závislé na alkoholu a drogách
- osoby somaticky postižené

Zásady skupinové psychoterapie

- **prostředí** - soukromí, bez rušivých elementů, možnost sedět v kruhu
- **trvání a častost setkání**
 - o minimálně 60 minut, po 120 minutách již dochází k menší odezvě (únava,...)
 - o četnost setkání - 1x (většinou) až 5x týdně, ideálně alespoň 2x týdně
 - o krátkodobá (nejkratší skupina, která může dosáhnout cíle, většinou kolem 50 sezení, není zkrácenou dlouhodobou skupinou – má jiné vnitřní nastavení)
- **skladba klientů, velikost a typ skupiny** - zásady pro sestavení skupiny se týkají:
 - o výběru členů skupiny

STÁTNÍ ZÁVĚREČNÁ ZKOUŠKA - PSYCHOLOGIE

- počtu účastníků (optimálně 10-12; min. 5)
- uspořádání terapeutické situace
- rozdíl je také patrný v tom, zda se jedná o skupinu:
 - v **pobytovém zařízení**
 - klienti se stýkají jen na skupinovém setkání
 - informace o svém životě poskytují skupině pouze oni sami
 - mimoskupinová setkání nejsou žádoucí, proto se do stejné skupiny nezařazují příbuzní nebo známí
 - v **ambulantních podmínkách**
 - klienti se setkávají denně v průběhu společného života

Charakteristika skupiny

Struktura skupiny

- → má svoji hierarchii a reflektuje také pozice (status) jedince ve skupině
 - tyto pozice sebou nesou různá práva a povinnosti (pevně vymezeny) – jak terapeuta, tak klienta
 - pokud se dle nich jedinec chová, hovoříme o roli

Typy skupin

- **formální** - vycházející z organizace, či instituce, v jejímž rámci skupina vzniká
- **neformální** - vymezená interpersonálními preferencemi
- **přírozně vytvořená**
 - skupina lidí, kteří se dobře znají a žijí společně i mimo terapii, jsou to rodiny či partneři a nazýváme tento typ rodinnou či partnerskou terapií
 - v rámci této terapie jsou prožívané či řešené problémy všech zúčastněných přítomny bezprostředně
- **uměle vytvořená**
 - skupina pacientů, kteří se navzájem neznají
 - skupiny mohou být homogenní či heterogenní, a to s ohledem na věk nebo jejich obtíže, mohou být složeny pouze z pacientů stejného pohlaví či se jedná o smíšené skupiny
 - **uzavřené** - kdy celý léčebný proces prodělávají stejní lidé
 - **otevřené** - pacienti mohou průběžně odcházet a přicházet
 - **interakční** – zaobírající se právě probíhajícími ději
 - **tématické** – zaměřené na určité téma
 - **biografické** – kde se probírají životopisy pacientů s akcentem na vlivy, které formovaly jejich osobnost
- **otevřená** – možnost příchodu nových členů
- **uzavřená** – nemožnost příchodu nových členů
- **svěpomocné skupiny** - například anonymní alkoholici (terapeut je jen pozorovatel)

Normy skupiny

- nepsaná pravidla
- projevování emocí
- přijímání a tolerování druhých
- poskytování zpětné vazby
- motivace ke změně

Zásady práce ve skupině

- **zásada otevřenosti a upřímnosti**
 - ve skupině je možno hovořit o všem, vyjádřit i takové pocity, za které se obvykle stydí nebo jsou považovány za společensky nevhodné
 - pokud jedinec nechce o něčem mluvit, má se raději odmítnout vyjádřit, než si něco vymýšlet, přerukovat či lhát

- **zásada zodpovědnosti v jednání**
 - o je třeba dodržovat základní pravidla společenského soužití, aby nedošlo k jednání, které by jiného tělesně, psychicky či společensky poškodilo
 - o mohli bychom tyto dvě zásady shrnout do jediné věty: „o všem se může mluvit, ale ne všechno se může dělat“
- **zásada dodržování důvěrnosti**
 - o nutný předpoklad efektivní práce skupiny a předpoklad pocitu bezpečí a jistoty
 - o pokud členové mluví o problematice skupiny mimo skupiny, pak by neměli hovořit o nepřítomném členu a obsah by měl být následně diskutován ve skupině
- někdy se ve skupině zavádí ještě čtvrtá zásada, tzv. **právo říci stop**
 - o každý má právo, kdykoliv bez dalšího vysvětlování zastavit hovor, který se ho týká, dohodnutým stop-signálem
 - o skupina musí v této chvíli jeho postoj respektovat

Uplatňující se faktory

- příslušnost ke skupině lidí s podobným problémem
- možnost pomáhat druhým
- možnost zpracovat konstruktivně minulé zážitky
- příležitost k vytvoření nové naděje
- možnost aktivně se učit novým druhům chování

Skupinová dynamika

- při skupinové psychoterapii je důraz kladen především na využití skupinové dynamiky
- = všechny **sociální procesy** a **interakce** s jejich **emočními**, **verbálními** i **neverbálními průvodními znaky**
- terapeutovy vstupy a intervence jsou promíšeny s interakcemi členů skupiny
- dosažená změna v chování se pak projevuje ve skupině i mimo ni

Role ve skupině

- role ve skupině jsou popsány různě dle autora - nejznámější popis základních rolí poskytl Moréno
 - o → 2 vůdcovské role a 1 roli černé ovce
 - o „**hvězda**“
 - nejoblíbenější vůdcovský člen
 - bývá společenský, zábavný, nekonfliktní a srdečný
 - o **druhý vůdce**
 - zvolen pro svoje schopnosti, je většinou inteligentní, racionální, pracovitý, spolehlivý, obětavý, aktivní a jistý
 - o **černá ovce**
 - člen pro ostatní nepřitažlivý, lhostejný, nesympatický či odmítaný
- další, kdo rozpracoval skupinové role, je R. Schindler
 - o **alfa** - reprezentuje podněcujícího vůdce, který je aktivní a dodává odvalu
 - o **beta** - představuje experta, který má speciální znalosti či schopnosti, kterých si skupina váží
 - o **gama** - převážně pasivní a přizpůsobiví členové, skrývají se ve své anonymitě a většina z nich se identifikuje s alfou
 - o **omega** - protivník, člen na okraji skupiny, je odlišný, je neschopný, což skupinu provokuje
- z pohledu rolí, lze formulovat i další cíl skupinové terapie, a to **rozšiřování repertoáru rolí**, **nacvičit si nové role**, aby se jedinec uměl chovat i jinak než dosud, aby uměl zaujímat i jiné role, než do kterých se automaticky dostával (Yalom, 1999)

Skupinovou terapii komplikuje

- vznik dvojic nebo uzavřených skupin
- přítomnost člena, který příliš mluví
- mlčení jednoho či více členů
- dlouhodobá role „obětního beránka“
- nepřítomnost některého klienta či klientů na více sezeních

→ **vznik** – **formování** (koheze, poznávání) – **bouření** (napětí, konflikty) – **normování** – optimální **výkon** - **ukončení**

Fáze vývoje skupinové psychoterapie

- **koheze**
 - = **soudržnost** → výslednicí sil, které působí na členy skupiny tak, že chtějí ve skupině zůstat a udržet ji
 - členové se pak více akceptují a vytvářejí si k sobě hlubší vztahy
 - můžeme ji vyjádřit heslem: “my patříme k sobě”
 - nutnou **podmínkou účinnosti skupinové terapie**
 - aspekty přispívající ke kohezi:
 - výhody, které plynou z členství (saturace osobních potřeb)
 - vzájemná atraktivita členů
 - přátelská akceptující atmosféra
 - vliv skupinových aktivit, prestiž skupiny, respektive zvyšování prestiže jedinců jejich členstvím ve skupině
- **rivalita** (soupeření)
- **tenze**
 - **napětí** - vzniká zákonitě a přirozeně při vzájemné interakci členů skupiny
 - členové jsou **konfrontováni s odlišnými názory, postoji, požadavky a chováním**, objevují se **antipatie, pocity zlosti, agresivity a nepřátelství**
 - konflikty vznikají mezi členy, mezi jednotlivcem a skupinou, mezi podskupinami nebo mezi skupinou a vůdcem, také protest vůči autoritě, kterou představuje terapeut
 - členové reagují na tenze dle svých zautomatizovaných stereotypů → tendence ji potlačovat, ventilovat nepřímou nebo ji projevit přímo
 - tenze je **užitečný a nutný faktor**, který **podněcuje úsilí o změnu, podporuje diskuzi a verbalizaci negativních prožitků a projevení maladaptivních vzorců chování**
 - není dobré, když je tenze příliš vysoká, ani příliš nízká
 - **silná tenze**, která není kompenzována emoční podporou a kohezí - podněcuje se snaha členů o únik ze skupiny
 - nízká tenze - není podněcována snaha rozebírat problémy, protože je atmosféra příliš soudržná a ochraňují, což nepodněcuje snahu o změnu
- **projekce**
 - nevědomý obranný mechanismus, při němž jedinec promítá své myšlenky, pocity a impulsy, které sám má, ale které jsou pro něj vědomě nepřijatelné, do jiného člověka. Je to obrana proti úzkosti z vnitřního konfliktu. Lze o ní hovořit jako o nesprávné generalizaci, člověk zklamaný v jednom vztahu očekává zklamání i v dalším, vzniká tak bludný kruh, kdy se jedinec začne chovat dle tohoto očekávání a tím vyvolává určité reakce z okolí, které mu vlastně potvrdí jeho prvotní očekávání. Jedinec může do ostatních promítat nejen své minulé zkušenosti, ale i své skryté motivy ve shodě se známým příslovím: „podle sebe soudím tebe“. V rámci skupiny se projekce objevuje tak, že každý člen přichází se svými minulými zkušenostmi, které následně ovlivňují jeho percepce, emocionální reakce a chování vůči druhým. Jedinec pak v podstatě nereaguje na reálné projevy druhého, ale na základě toho, jaké zkušenosti v minulosti učinil s podobnými lidmi nebo v podobných situacích.

Stádia vývoje uzavřené skupiny dle Kratochvíla

- uzavřená skupina – práce s uzavřeným počtem jedinců, který se nemění a je od počátku do konce stejný
- možné pozorovat charakteristická stádia
- **orientace a závislost**
 - K čemu to je? Jak mi to pomůže? Hledá se smysl, nejistota, závislost – očekává se vedení
 - hledání, váhavá účast, seznámení
 - konverzace o neurčitých všeobecných tématech, komunikace je omezená, seznámení
 - závislost na terapeutovi
 - strukturalizace, cíle, zásady

- **konflikty a protest**
 - tzv. bouření
 - mezi jednotlivými členy / členy a terapeutem
 - tendence k sebeprosazení, boj o vůdcovství, tvorba rolí
 - častá je kritika, neochota psychického „otevření se“ před skupinou
 - bouří se proti autoritě terapeuta
 - krystalizace rolí
- **vývoj koheze a kooperace**
 - snižuje se napětí, počet i závažnost konfliktů
 - tvorba společných norem a hodnot
 - zvyšuje se aktivita členů, schopnost společné práce, cílem je blízkost a vzájemný soulad
- **cílevědomá činnost**
 - integrovaná skupina
 - radí, kritizuje, povzbuzuje
 - cílem je dosažení náhledu, změny postojů, poskytnout zpětnou vazbu
 - struktura již není pevná, možnost měnlivého obsazení rolí

Berkovitz

- **roztříštěnost** – nejistota členů, jak budou přijímání terapeutem a jinými členy
- **předpracovní** – vytváří si vztahy, ale ještě neřeší problémová témata
- **stadium terapeutického účinku** – diskutování problémů a postojů
- **závěrečné stádium**

Zacharov

- **orientační** – emoční sjednocení
- **diferenciace** – projevují se rozdíly skupiny, konflikty
- **integrace** – stabilizace vztahů

Levine

- **paralelní** – členové se obracejí na terapeuta, pracují „vedle sebe“ ne spolu
- **zapojování** – rozvoj interakce mezi členy skupiny
- **vzájemnosti** – vytvořeny empatické vazby a vzájemné akceptování, možnost plného rozvoje individuality
- **závěrečná fáze** – odpoutání od společných vazeb, přebírání sebeřízení

Účinné faktory skupinové psychoterapie

J. Špitz

- **zlepšení komunikace na všech úrovních**
 - učí se jasně komunikovat, lépe vyjadřovat vlastní myšlenky a názory, být citlivější ke sdělení druhých → předpoklad vzájemného porozumění
- **kommunikace citových prožitků**
 - možnost vyjadřovat své pocity novým způsobem – účinnějším a přitom sociálně přijatelnějším
- **katarzická funkce skupinového procesu**
 - možnost projevit silné emoce, uvolnit emoční napětí
 - napomáhá k celkovému růstu
- **korektivní rekapitulace prožitků**
 - znovuprožití zážitků z primární skupiny (rodina) → možnost ujasnit si vztahy a znovu je vytvářet (účinněji)
- **korektivní sociální zkušenost**
 - možnost konfrontovat vlastní city s emocemi druhých, ověřovat si své hodnotové preference, morální postoje a společenské normy
 - pozitivní přijetí skupinou, ocenění, respektování
- **schopnost přijímat odpovědnost**
 - za své chování, rozhodování

- **vývoj sociálních dovedností**
 - o vlastní chování je modelováno podle terapeuta nebo podle dalších členů skupiny
- **zkoušení nových forem chování**
 - o účinnějších, předpoklad transferu do běžného života
- **získávání informací**
- **pocit sounáležitosti**
 - o zkušenost, že dělat něco pro druhé se vyplácí a přináší to uspokojení → učí se hodnotě altruismu

Irvin D. Yalom

- **dodávání naděje**
 - o dodávat a udržet naději je rozhodující v jakékoli psychoterapii
 - o důležitá pro setrvání pacienta v terapii, ovlivňuje další terapeutické faktory, víra je terapeuticky účinná sama o sobě
 - o nutné posilovat pozitivní očekávání, odstraňovat negativní předpoklady a nabídnout jasná a účinná vysvětlení o tom, jak skupina léčí
 - o pro pacienty je důležité sledovat zlepšení ostatních členů skupiny = posilování naděje
- **univerzalita**
 - o mnoho pacientů má očekávání, že jsou jedinými ztroskotanci → to posiluje sociální izolaci, zvyšuje pocit odlišnosti
 - o na skupině zjišťují, že jsou osoby se stejnými / podobnými problémy -> pocit přijetí mezi „své“, vzájemné porozumění
- **poskytování informací**
 - o didaktické instrukce o duševním zdraví, nemocech, obecně o psychodynamice + rady, návrhy, doporučení od psychoterapeuta
 - o dochází ke změně katastrofických scénářů, získávají pocit jistoty → vidí možnost ovlivnit situaci
 - o přímé rady
 - typické pro novou skupinu: „Myslím, že bys měl...“ , „Proč nezkusíš ...?“ , „Udělej to takhle...“
 - sama rada většinou nemá pro pacienta prospěch, ale proces dávání rad má smysl – svědčí to o vzájemném zájmu a péči
 - některé skupiny jsou založeny na dávání rad, přesných instrukcí a alternativních návrhů, jak dosáhnout určitého cíle (př. Anonymní alkoholici - vydržet abstinovat 1 den apod.)
- **altruismus**
 - o vychází z myšlenky, že na terapeutické skupině pacienti „dostávají tím, že sami dávají“
 - o pocit, že je pro ostatní důležitý
 - o poskytují si navzájem podporu, potvrzení, nápady, náhled
- **korektivní rekapitulace primární rodiny**
 - o velké množství pacientů má za sebou neuspokojivou zkušenost s rodinou
 - o skupina v mnoha ohledech připomíná rodinu
 - o často se pacienti k vedoucímu skupiny chovají jako ke svým rodičům (někteří si vytvoří závislost na terapeutovi / bojují s jinými členy o pozornost / bojují proti terapeutovi a jeho kontrole apod.)
 - o dávné rodinné konflikty jsou znovu prožívány ale korektivně, řešení neukončených záležitostí z minulosti
 - o ujasnění vztahů, vytvoření nových účinnějších vztahů
- **rozvoj sociálních dovedností**
 - o přímé metody – hraní rolí
 - o méně přímé metody – zpětná vazba od druhých („Při rozhovoru se chováš povýšeně“ – dozví se o svých návycích, o kterých neví, ale které silně ovlivňují jeho vztahy s okolím) -> vede to ke změně sociálního chování
- **napodobující chování**
 - o pacienti nacházejí vzory jak v terapeutovi, tak v ostatních pacientech

- **interpersonální učení**
 - o význam mezilidských vztahů
 - osobnost je produktem interakce s lidmi
 - dochází k utváření sebehodnocení na základě hodnocení druhých
 - z počátku terapie jsou běžné cíle: zmírnit úzkost, depresi → později se proměňují v touhu naučit se komunikovat, důvěřovat apod.
 - výrazná potřeba člověka být přijatý druhými
 - o korektivní emoční zkušenost: cílem je vystavit pacienta emočním situacím, které nedokázal zvládnout v minulosti, ale za vhodnějších okolností
 - o dochází k testování reality – reakce nejsou adekvátní → dochází ke korekci ze strany skupiny
 - o skupina jako sociální mikrosvět
 - o po určité době se členové skupiny stávají sami sebou – začínou se ve skupině chovat tak, jak se chovají v reálném životě
 - o cílem je rozvoj schopnosti rozeznat nevhodné chování v sociálním mikrosvětě, osvojit si nové, účinnější chování, a to pak využít v reálném světě
 - o → členové si prostřednictvím zpětné vazby a vlastního pozorování začínou uvědomovat významné rysy svých vztahů a chování
 - o → zlepšuje se schopnost pozorování vlastního chování, zjišťují, že jejich chování má vliv na pocity ostatních, postoje druhých i postoje vůči sobě samému
- **skupinová soudržnost**
 - o nezbytnou podmínkou úspěšné terapie je dobrý terapeutický vztah (důvěra, vřelost, empatie, přijetí)
 - o soudržná skupina – skupiny si více cení, lepší docházka, stabilita, více vzájemné podpory, obrana skupinových norem
 - o skupina svého člena přijme bez ohledu na jeho minulost, pokud se bude držet skupinových norem
- **katarze**
 - o vnitřní očista člověka
 - o pacient se naučí vyjadřovat své vlastní pocity akceptovatelnou formou
- **existenciální faktory**
 - o pacient se učí postavit se tváří v tvář životu, popřípadě smrti
 - o učí se převzít odpovědnost za to, jak jeho život bude vypadat

Zpětná vazba

- = proces pozorování činnosti a shromažďování informací pro jejich vyhodnocení nebo korekci
- zpětná vazba = vyjádření svých pocitů při projevu druhého → zpětná vazba je (na rozdíl od interpretace) vždy správná, protože pocit nelze hodnotit
- důležitá pro terapeutu i klienty, klient ji dostává ze strany terapeuta, ale i od ostatních členů skupiny
- aby byla účinná, musí být její mnohdy negativní a zraňující poselství pro pacienta vyváženo pozitivním oceněním jiných jeho vlastností a musí se dít v přiměřené fázi vývoje skupiny (již plně rozvinutý úzký vztah mezi jejími členy)
- zpětná vazba je to, co nás může rozvíjet → formuje se naše osobnost i přístup k okolnímu světu
- díky zpětné vazbě získáváme důležité informace – pohled zvenčí, často konstruktivně kritický, kterého bychom sami nebyli schopni z důvodu subjektivního zatížení
- pomáhá člověku dozvědět se, jak jej vidí ostatní lidé, jak působí na své okolí, lépe chápat důsledky svého jednání vůči jiným lidem
- pomáhá lidem upravovat své chování, aby mohl snáze dosahovat svých cílů → rozvoj interpersonálních dovedností
- obsahuje vždy nějaké prvky hodnocení:
 - o **pozitivní** – potvrzení správnosti
 - o **negativní** – odmítnutí daného jednání, činnosti
- výhody zpětné vazby
 - o vyjádření názorů a postojů toho, kdo zpětnou vazbu podává

- příjemci pomáhá získat pohled zvenčí na svůj výkon či jednání a udržet jeho správný směr, popř. jej korigovat správným směrem
- skupině pomáhá budovat otevřenou atmosféru důvěry → to pomáhá k dosažení stanovených cílů

Příklady skupinové psychoterapie

Psychodrama

- Morenův psychodramatický směr významně ovlivnil vývoj skupinové psychoterapie
- → podněcuje u jedince dva důležité principy: **spontánnost** a **tvořivost**
- v současné době je buď psychodrama:
 - **základní a hlavní technikou skupinové terapie** → speciálním skupinovým sezením
 - psychodramatické techniky zařazovány do plánu skupinové terapie **jako jedna z technik**, vedle muzikoterapie, arteterapie, psychogymnastikyaj.
- **3 části psychodramatické sezení:**
 - **rozehrátky**
 - má podpořit spontánnost, tvořivost a uvolnit atmosféru - je jakousi fantazijní a pohybovou rozcvičkou
 - používají se různé techniky **taneční, pantomimické, fantazijní**, nebo **rozhovor** o konkrétním problému, který se bude přehrávat
 - **vlastní psychodramatická hra**
 - terapeut vystupuje v roli režiséra, jedinec, který předloží svůj vlastní problém, se nazývá protagonista
 - ostatní se nazývají pomocní herci nebo „pomocná já“ dle toho, komu pomáhají ztvárnit situaci
 - obvykle se začíná větou: „**Kdo má nějaký problém, který si chce přehrát?**“
 - prostor určen k přehrávání (jeviště) by měl být oddělen od prostoru, kde se sedí (hlediště)
 - protagonista se snaží co nejbarvitěji popsat scénu, kde se přehrávání bude odehrávat, terapeut jej v tomto podněcuje, pracuje se s imaginárními rekvizitami např. žena jak míchá vařečkou jídlo, myje podlahu, obléká se apod.
 - **sdílení pocitů**
 - závěrečnou fází, jde o **skupinový rozhovor s poznámkami, dotazy a komentáři členů skupiny**, nejde o analytickou interpretaci, ale o **sdělování vlastních zkušeností a pocitů**, které protagonistovo chování v ostatních vyvolalo, jak hru prožívali, poskytují protagonistovi zpětnou vazbu
 - nemusí být verbální, může jít o gesto, objetí, pohlazení, odstrčení
- režisér hru sleduje, podněcuje k výraznějšímu pohybovému či emocionálnímu projevu, dle potřeby hru zastavuje, vrací, upozorňuje na důležitý moment, začleňuje další pomocné herce a zařazuje speciální techniky, které umožňují hlubší proniknutí pod povrch nebo nabízení pohled z různých stran, náhled či odreagování emocí
- **techniky**
 - monolog s vnějším jednáním protagonisty
 - dvojník a alter ego
 - výměna rolí
 - zrcadlo

Sociometrické techniky

- zachycují **vztahy mezi jedinci ve skupině**, jejich **postavení, vůdcovství, iniciativu, oblíbenost a neoblíbenost**
- dynamika vztahů se graficky znázorní pomocí sociogramu

Analytický směr

- **zakladatel:** P. Schilder, L. Wender, nejznámější představitel: *Slavson* (USA)
- **zdůrazňuje 3 skutečnosti:**
 - **ve skupině je usnadněna analýza přenosových tendencí** (přenos vůči terapeutovi, vůči ostatním členům skupiny)
 - **malá skupina aktivizuje problematiku života v rodině v raném dětství**

- **neurotičtí pacienti jsou slepí jen vůči vlastním nevědomým tendencím**, na druhých lidech však nevědomé tendence dovedou objevovat dobře
- Slavson
 - **činnostní** skupinová terapie – **děti**
 - umožnění neřízeného projevovalí aktivity dětí v tolerujícím prostředí
 - probíhá v dílnách
 - každý si může dělat, co chce, není stanovený společný cíl – terapeut neovlivňuje jednání dětí, pouze jim ukazuje, že jsou akceptovány (láska bez podmínek)
 - **analytická** skupinová terapie – **dospělí**
 - řídí se stejnými principy jako individuální psychoanalýza
 - př. volné asociace, analýza verbálního projevu, analýza odporu a snů, interpretace přenosu
 - k řečenému se vyjadřuje se nejen terapeut, ale i ostatní členové skupiny
 - pojímá i skupinovou terapii jako intrapersonální → snaží se zabránit vzniku skupinových norem, hodnot a cílů, ve skupině má být jen malá koheze, skupinová dynamika je pro něj negativní faktor → pacient dosáhne náhledu pouze vlastními silami, pacienti se mají zabývat svými vlastními problémy a ne skupinovým plánem

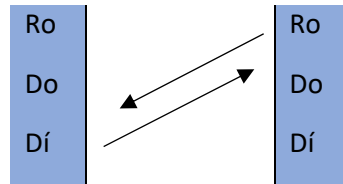
Transakční analýza

- zakladatel E. Berne
- základem je koncepce
 - **motivace**
 - uvádí 2 páry základních psychologických potřeb:
 - **potřebu podnětů** + **potřebu uznání** - nejdůležitější forma potřebných podnětů je **pohlazení** → u dětí přímý fyzický kontakt, později slovní projev uznání; nedostává-li se pozitivních „pohlazení“, usilujeme alespoň o negativní (nesouhlas, kritika, zmaření apod.)
 - **potřebu struktury** + **potřebu vzrušení** - týká se smysluplného využití času
 - **analýza struktur**
 - podle Berna existují 3 různé stavy ega
 - **rodič** – chování a postoje nekriticky převzaté od rodičů (zákony, pravidla, apod.)
 - **dítě** – pozůstatek vnitřních duševních stavů člověka v dětství (pocit bezmocnosti, strachu, provinilosti, protest a radost, tvořivost, spontánnost), citový ráz – bez rozumové kontroly
 - **dospělý** – zpracovává a hodnotí informace na základě své vlastní zkušenosti a vlastního rozumu; samostatné objektivní hodnocení situace je na základě rozumové analýzy (ne na základě předsudků ani neovládaných citů)
 - **analýza transakce***
 - **zásadní význam** pro komunikaci mezi lidmi
 - transakce je závislá na tom, který stav ega je u jednotlivých komunikujících osob v činnosti
 - **rovnoběžná transakce** → komunikace je bez obtíží
 - věcná otázka → věcná odpověď
 - př. Kolikátého je dnes? → Pěťadvacátého (dospělý → dospělý)
 - př. Dnešní mladí lidé nemají před ničím úctu → Nejen to, ale považují všechno za samozřejmost (rodič → rodič)



▪ šikmá transakce

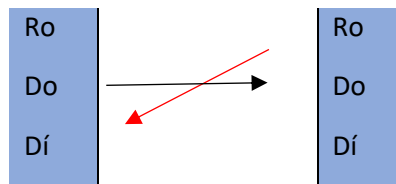
- př. Je mi dnes nějak špatně, myslím, že mám horečku → Tak si lehni do postele, chceš uvařit čaj s citronem? (*dítě* → *rodič*)



▪ zkřížené

transakce →

- vyvolávají
- př. podnět má charakter *dospělý* → *dospělý*, ale odpověď je typu *rodič* → *dítě* (Nevíš, kde jsou moje manžetové knoflíčky? → Tam kde sis je nechal!)
- podnět byl *dospělý*, ale žena reagovala jako *rodič* na *dítě*
- rovnoběžná transakce by proběhla, pokud by žena muži podala informaci, kterou potřeboval (př. V horní zásuvce / Nevím, ale pomohu ti je hledat / Nevím, ale teď nemám čas pomáhat ti je hledat.)



- černá šipka = podnět
- červená šipka = reakce

▪ skryté transakce

- obsahují skrytý podnět
- př. Kam jsi zase strčila ten otvírák na pivo?
- hlavní podnět je *dospělý*, protože hledá informaci ale současně je tu skryta komunikace jiného druhu (př. máš doma nepořádek) = to je komunikace *rodič* → *dítě*
- jak bude komunikace pokračovat, záleží na manželce: „Strčila jsem ho vedle vidliček“ (*dospělý* → *dospělý*) – bez problému
- „Jsi slepý, nebo co?“ (žena reaguje jako *dítě*) → pokud dojde ke skryté zkřížené translaci, dochází k *vřavě*

○ analýza scénáře

- scénář je životní plán založený na rozhodnutí učiněném v dětství, posilovaném rodiči a potvrzovaném následujícími událostmi
- rámec scénáře tvoří 4 základní životní pozice:
 - Já jsem dobrý, vy jste dobří
 - Já nejsem dobrý, vy jste dobří
 - Já jsem dobrý, vy nejste dobří
 - Já nejsem dobrý, vy nejste dobří
- vzniká na základě výroků typu: „Na co sáhneš, to pokazíš“, „To se ti povedlo“, „Nikdy nikomu nevěř“, „Zadarmo ani kuře nehrabe.“ apod.
- obrací se k minulosti
- konfrontováním minulosti se současností si má pacient uvědomit, zda přijatý životní scénář odpovídá současné skutečnosti a jeho přáním a zda nepotřebuje opravu

○ analýza her

- hry, které spolu lidé hrají
- hra je sled na sebe navazujících transakcí → pacienti se učí chápat tyto transakce, jejich vzájemné ovlivňování, jak je děj hry ovlivněn jejich očekáváním apod.
- hry, které se hrají obvykle souvisí s problematickým scénářem, jsou nečestné a většina z nich vede k nepříjemnostem

○ **terapeutický postup**

- východiskem je kontrakt – dohoda o tom, čeho chce klient dosáhnout
- může být v průběhu revidován a může být rozdělen do dílčích kroků
- největším cílem je schopnost utvářet svůj život na základě vlastní volby (učí se poznávat současné scénáře, pokud jsou nevyhovující, nahradí je). Napomáhá k dosažení optimistického životního postoje „Já jsem dobrý, vy jste dobří“

Další příklady skupinové psychoterapie

- skupiny setkání
- topologický směr
- eklektický směr
- terapeutická komunita

Formy skupinové psychoterapie u dětí:

- skupinová psychoterapie hrou
- činnostní skupinová psychoterapie
- rozhovorová skupinová psychoterapie
- rodičovská diskuzní skupinová psychoterapie

LOGOTERAPIE

- **zakladatel: Viktor Emil Frankl** – nechtěl založit samostatný směr, viděl je jako doplnění tradiční psychoterapie
- člověk je bytost, která může svůj život sama utvářet
- fenomenologická psychoterapie – důraz na pocity a prožívání člověka
- má dopomáhat člověku, aby žil s **vnitřním souhlasem** se svým jednáním, bytím
- koncept základních motivací (Langle) – základní podmínky naplněné existence (jsem – ale mohu být?; žiji – ale přeji si žít?; já jsem já – ale smím být takový?; jsem zde – k čemu je to dobré?) → základ pro diagnostiku, terapii

Logoterapie

- terapeutická metoda – „**učení o smyslu**“ -> usilování o smysl je nejhlubší motivací člověka – „**touha po smyslu**“
→ pokud nenaplnění této touhy – **existenciální frustrace**
- existenciální frustrace
 - vzniká, pokud člověk pochybuje o smyslu své existence, smysl se stal sporným, dosavadní smysl ztratil odůvodnění a člověk neví co dál, nebo když pochybuje o smyslu života vůbec
 - může vést k neuróze, depresi se suicidálními tendencemi → **noogenní/existenciální neuróza** -> vzniká rozvinutím „**existenciálního vaku**“, zvláštní formou je víkendová deprese → projevuje se po pominutí shonu pracovního týdne, kdy začnou do mysli pronikat myšlenky o prázdnotě a nesmyslnosti života
- klíčovým pojmem je **SMYSL** (logos) → jde o nejhodnotnější možnost v dané situaci; smysl najdeme tím, že uskutečníme nějaké **hodnoty**
- **3 hlavní cesty**, které vedou ke smyslu
 - tím, že člověk něco dělá, tvoří – **tvůrčí hodnoty**
 - tím, že něco prožívá, miluje – **zážitkové hodnoty**
 - tím, jak se vyrovnává s utrpením a staví se ke svému osudu – **postojové hodnoty**
- logoterapie **pomáhá najít východiska z existenciální frustrace**, najít životní smysl; otázku „co ještě mohu čekat od života?“ obrací na „co ještě život čeká ode mě?“
- k nalezení smyslu je nutný určitý odstup od sebe (sebeodstup), aby se člověk mohl otevřít hodnotám světa (sebepřesazení)
- konečným cílem hledání smyslu není jen seberealizace, ale sebetranscendence

4.3 Logoterapie

Vídeňský psychiatr **Viktor Emil Frankl** (1905–1997) byl zprvu ovlivněn Freudem a Adlerem, později především filozofií existence. Principy své teorie promyslel ještě před válkou. V letech 1942–1945 byl vězněn v několika koncentračních táborech, kde sdílel se svými spoluvězni hraniční situace lidského bytí, což dodalo jeho úvahám o životním smyslu zvláštní váhu. *Frankl*

Podle Frankla je základní lidskou potřebou **vůle ke smyslu**, nikoliv vůle k moci nebo ke slasti. Člověka uspokojuje a naplňuje především hledání smyslu jeho života. *Vůle ke smyslu*

Podle Frankla vzniká tzv. **existenciální frustrace** tehdy, když člověk ztratil dosavadní smysl své existence (např. při ztrátě zaměstnání nebo po rozchodu s blízkým člověkem), když se smysl jeho bytí stal sporným a člověk neví, co dál, nebo když pochybuje o smyslu svého života vůbec. Existenciální frustrace může vést k neuróze nebo k depresi. Tento typ deprese či neurózy je zvláště typický pro rozvinutou konzumní společnost. Je projevem jejího *existenciálního vaku*, které je podle Frankla příčinou mnohých sebevražd, zvláště mezi zjevně úspěšnými a zámožnými lidmi. Fenoménu existenciálního vaku je blízká **nedělní neuróza**, která se objevuje, jakmile skončí běžná zaměstnanost a člověk si uvědomí svou vnitřní prázdnotu¹⁷¹. *Existenciální frustrace*

Logoterapie

Terapeutický přístup, který se snaží o nalezení východiska z existenciální frustrace, nazývá Frankl **logoterapií**. Logos zde znamená především smysl nebo význam. Frankl poukázal na to, že jedinec může *objevit smysl* v životě trojím způsobem: 1) vykonáním činu, 2) prožitím hodnoty a 3) utrpením. Podle Frankla v sobě každá prospěšná činnost obsahuje skrytý smysl. Prospěšné jsou především takové aktivity, při kterých člověk přesahuje hranice svého já a jedná s ohledem na druhé. Prožitím hodnoty miní Frankl jakýkoliv opravdový zážitek, který člověka obohacuje nebo povznáší. Může to být zážitek hodnotného uměleckého díla, krásy přírody nebo úspěšného výkonu. Nejhodnotnějším lidským zážitkem je láska¹⁷².

Postoj k utrpení

Utrpení bychom podle Frankla nikdy neměli vyhledávat. Protože však téměř nevyhnutelně provází lidskou existenci, je třeba umět zaujmout k němu statečný postoj. Logoterapie hovoří o *tragické triádě* – utrpení, vině a smrti – jako o něčem, co je příležitostí pro nejhlubší lidský rozvoj. Trpící člověk se stává hrdinou tehdy, když promění své utrpení v morální vítězství a tím objeví konečný smysl své existence¹⁷³.

Franklova logoterapie patří v současnosti mezi vlivné psychoterapeutické směry, k jeho významným představitelům patří rakouský psycholog Alfred Längle a Elizabeth Lucasová, která působí v Německu.

Zdroje:

- Skupinová dynamika (teorie a výzkum) – Kožnar
- Loď skupiny – Rieger
- Skupinová psychoterapie v praxi – Kratochvíl
- Techniky a přístupy ve skupinové psychoterapii – G. Corey, M. S. Corey, Callanan, Russell
- Skupinová psychoterapie – Teorie a praxe – Yalom
- Dětská psychoterapie – Langmeier, Balcar, Špitz
- Obecná psychoterapie – Vymětal
- Základy psychoterapie – Kratochvíl
- Aktivita pro skupinovou psychoterapii – Viers

PSYCHOTERAPEUTICKÉ METODY

31. Přehled základních psychoterapeutických metod. Metody využitelné v logopedické praxi.

Metody psychoterapie

- rozdělujeme dle principů, ze kterých vycházejí a podle účinných faktorů, na kterých stavějí: **racionální, sugestivní a hypnotické, empatické a abreaktivní, relaxační a imaginační, nácvikové, psychoanalytické a interpersonální**

RACIONÁLNÍ METODY

- zaměřuje se na **logické myšlení pacienta**, snaží se působit na jeho rozum, soudnost, kritičnost
- **předpokladem** je **důkladný rozbor anamnézy** (ta je nejen diagnostickým postupem, ale také významným psychoterapeutickým činitelem)
- k jejím **formám** řadíme:
 - o **explikace** - výklad a objasnění podstaty onemocnění, příčin jeho vzniku a psychosomatických souvislostí a výklad zásad duševní hygieny
 - o **persuaze** - k výkladu se připojuje přesvědčování
 - o **reorientace** - snaha o dosažení změny pacientových názorů a postojů v oblasti jeho životního zaměření a hodnot
 - o **psychagogika** - komplexnější vedení, učení a usměrňování pacienta

Výklad onemocnění

- má obavy ze své nemoci, z následků, z dědičnosti a **je třeba mu vyložit**:
 - o **rozdíl mezi organickým a funkčním příznakem**
 - ujištění, že orgán není poškozen a porucha je tedy reverzibilní
 - ujištění, že funkční symptom je reálnou obtíží
 - o **rozdíl mezi neurózou a psychózou**
 - význam to má převážně pro neurologické pacienty, jež jsou hospitalizováni v psychiatrickém zařízení a mají obavy, aby se nezbláznili
 - o **charakteristické příznaky, některých neuróz**
 - např. popsat projevy dráždivé slabosti, přecitlivělosti a dekoncentraci u neurastenie nebo třeba znaky hysterického záchvatu atd.
 - o **princip psychogeneze, vliv emocí na psychické a somatické procesy**
 - lze uvádět příklady fyziologických změn při prožívání strachu v době reálného ohrožení
 - s inteligentními pacienty probrat i některé neurofyziologické a psychodynamické mechanismy
 - o **příčiny** uplatňující se při **vzniku neuróz**: **a) oslabení CNS b) psychické zážitky c) faktory v osobě samé**
 - o **zásady léčení neuróz**

Výklad duševní hygieny

- duševní hygiena přináší souhrn poznatků a zásad, které jsou potřebné pro ochranu před neurotickým a duševním onemocněním
- lze ji rozdělit do **3 okruhů**:
 - o **životní zaměření**
 - člověk poměrně dobře snáší aktuální životní nesnáze, má-li před sebou perspektivu lepší budoucnosti
 - pacienta vedeme k tvorbě perspektiv, vyhledávání možných pozitivních cílů v budoucnosti
 - je výhodná i skupinová diskuze s hledáním hodnot, které by takovým lidem mohly ztracené hodnoty nahradit
 - patří zde také **problematika adaptace**
 - **aktivní adaptace** – člověk nepříznivé podmínky v okolí odstraní a situací změní vlastním zásahem.
 - **pasivní adaptace** – člověk se vzdá některých svých zvyků, požadavků či přání, které nemůže pro překážky uskutečnit či které jsou nad jeho síly atd.
 - nelze však vést člověka k tomu, aby se společensky adaptoval i za cenu, že se vzdá svého přesvědčení, zpovrchní ve vlastní činnosti či rezignuje v boji za pravdu a spravedlnost

- léčebná hlediska by se pak střetávala s hledisky etickými
- výchova k optimistickému životnímu přístupu – pozitivní myšlení má velký mentálně hygienický význam
- **zásady životosprávy**
 - organizace dne a rozdělení času mezi práci, odpočinek, zábavu a spánek, tělesné cvičení, problém kouření, pití alkoholu, kávy, dopingu, návyku na léky atd.
- **zásady jednání s lidmi**
 - cílem je poskytnout pacientovi potřebné vědomosti pro utváření harmonických vztahů k lidem
 - snažíme se, aby pacient pochopil, že v chování lidí k nám se odráží naše chování k nim
 - probíráme otázky motivace lidského jednání
 - věnujeme se problematice manželství a také výchovy dětí

Výklad postupu k odstranění některých symptomů

- součástí racionálních postupů jsou i **doporučení**, umožňující pochopením psychologických a fyziologických mechanismů „vyzrát“ na některé symptomy
- při fixování některých symptomů má značný **význam strach z očekávání a nutkavé sebepozorování**
- → tyto obavy i sebepozorování porušují průběh normálních reakcí a chorobný příznak se pak objevuje jako výsledek obav
- dereflexe podle V. Franka – **znamená požadavek odstranit nežádoucí reflexi**, tj. odstranit uvažování o příslušném symptomu nebo patologické situaci a ignorovat je
- **sebepozorování** nebo **pozorování příznaku** je nutno **nahradit jiným zaměřením** (na nějakou práci, ideu či osobu)
- → jde o obrácení pozornosti jiným směrem
- **paradoxní intence** - podle V. Franka se jedná trik, který se snaží zamezit očekávání strachu tím, že si přeje to, čeho se nejvíce bojí

SUGESTIVNÍ A HYPNOTICKÉ METODY

Suggestivní psychoterapie

- nepůsobí na **logické myšlení** pacienta, nýbrž se je snaží **obejít**
- **využívá** terapeutovy **autority** a přesvědčivě podávaných tvrzení zaměřených na odstranění potíží nebo na dosažení žádoucích postojů a chování
- účinnost **závisí na sugestibilitě pacienta** (vnímavost k sugescím)
- lze ji provádět i v bdělém stavu, ale nejlépe v hypnóze
- **součástí** je i **placebo reakce** – na ní se podílí i vliv očekávání kladného postoje k léčení, naděje na uzdravení a víry v úspěch příslušné léčby

Hypnotická psychoterapie

- hypnóza → dočasně změněný psychický stav charakterizovaný - zvýšením sugestibility, vztahem závislosti hypnotizovaného na hypnotizérovi, změněným stavem vědomí

Techniky hypnotizace

- hypnóza se nejčastěji navozuje uspávací metodou a metodou stupňování náročnosti bdělých sugescí
- **uspávací metoda** → hypnotizér se snaží vyvolat ospalost a únavu
 - **fixace předmětů** (fixuje očima např. hrot tužky, skleněnou kuličku atd.)
 - **fixace hypnotizéra** (zaměřuje pohled většinou na kořen nosu nebo zorničku hypnotizéra)
 - **sluchové podněty** (využívá monotónních zvuků např. šumění moře, ventilátorů atd.)
 - **pasy** (hypnotizér pomalu přejíždí rukama nad obličejem a hrudí pacienta – malé pasy... nebo i nad jeho celým tělem shora dolů a vrací se – velké pasy)
 - **slovní sugesce** (hypnotizér líčí monotónním a zároveň jistým a rozhodným hlasem opakovaně příznaky, jež se u pacienta mají objevovat jako svalové uvolnění, ospalost atd.)
 - nejčastější je kombinace zrakové se slovní
- **metoda stupňování náročnosti bdělých sugescí** → nepoužívá se sugescí spánku, nenavozuje se relaxace, pohodlí a monotonie ale hypnotizér vystupuje aktivní, sebejistý a autoritativní roli
- **další metodické otázky**

- techniky lze rozdělovat také jako:
 - o **autoritativní techniky** (aktivizují spíše odpor – hypnotizovaný se brání či podléhá) X **neautoritativní** techniky (vzniká spíše potřeba pasivního a ochotného poddání se, chovat se tak jak si hypnotizér přeje)
 - o **přímé** (dohoda o tom co se bude dít) x **nepřímé** (terapeut může využít zkoušek sugestibility, během nichž při kladných reakcích pacienta přejde bez přerušování ke stupňování náročnosti sugescí a k navození hypnózy)
- u dětí jsou nejvhodnější a nejúčinnější techniky, které **vycházejí z fantazie**, z živých představ, ze hry „jako by“
- hypnotizační techniky mohou mít také charakter:
 - o **standartní** → hypnotizér se pokouší bezprostřední situaci včetně pacientova zaměření napřed psychologicky přestrukturovat tak, jak to vyžaduje hypnotizační rituál
 - snaží se přerušit pacientovo spontánní chování a přimět ho k chování jinému
 - o **individualizovaný** → při hypnotizaci využívá zvláštností osobnosti a chování pacienta
 - hypnotizér nejprve přijímá chování, které pacient spontánně projevuje, dává k němu souhlas a sugestivně je podpoří, aby je pak mohl sugescemi pozměňovat a pacienta tak dostat pod svůj vliv
- **opakované navozování hypnózy**
 - o terapeut sugestivně ujišťuje pacienta na závěr první hypnózy, že další hypnóza bude hlubší a její navození rychlejší
 - o toho využívá i Vogtova metoda frakcionované hypnózy → hypnotizér pacienta opakovaně hypnotizuje a dehypnotizuje během jednoho sezení

Hloubka hypnózy a hypnabilita

- hloubka hypnózy je tím větší, čím složitější hypnotické jevy lze vyvolat a čím více je hypnotizovaný do zážitku pohroužen.
- **stupně hypnózy** – klasické dělení podle třístupňové klasifikace podle Forela:
 - o **stupeň somnolence** (ospalost, zavření víček, pocity tíhy atd.)
 - o **hypotaxie** (další růst ospalosti, neschopnost otevřít oči, ztráta volných pohybů atd.)
 - o **somnambulismus** (vysoká sugestibilita s možností vyvolávání všech hypnotických jevů včetně amnézie)
- **měření hloubky hypnózy**
 - o nejznámější škály jsou Stanfordské škály pro individuální testování a Harvardská škála pro kolektivní testování hypnability
 - o mají vlastnosti psychometrických testů, jsou dostatečně reliabilní mají normy

Typy hypnózy

- **spánková, pasivní**
 - o subjekt je ospalý či vypadá jako spící. Je omezeně pohyblivý
 - o chybí mu spontánnost a na příkazy reaguje jako automat apod.
- **bdělá, aktivní**
 - o subjekt je pohyblivý
 - o živě a rychle reaguje na sugesci
 - o často je dále zpracovává a individuálně rozvíjí

Kolektivní hypnóza

- lze ji provádět buď v kolektivu s osobami o různé, nám neznámé hypnabilitě či ve skupině vybraných hypnabilních osob
- 2 postupy hypnotizace vybrané skupiny hypnabilních osob:
 - o **hypnotizace vsedě** – sedí v půlkruhu či kruhu a fixují se na malý lesklý předmět umístěný nejlépe uprostřed.
 - o **hypnotizace vleže** – tichá klidná místnost kde se položí na lůžka. Přístroj vytvářející jednotvárný šum.

Hypnotické jevy

- **motorika**
 - o můžeme sugerovat jednotlivé pohyby, složité chování či naopak znemožnit určené pohyby nebo chování

- **vnímání**
 - o snadno lze vyvolat různé druhy parestezií, pocity tepla a chladu, hyperestezie a bolest, hypostezie až analgezie
 - o lze vyvolávat také zrakové iluze, halucinace nebo také sluchové hypnotické halucinace, vyvolání různých chutí a pachů
 - o mohou se sugerovat také negativní halucinace v oblasti sluchové a zrakové (ohluchnutí, slepota...)
- **vegetativní reakce**
 - o lze vyvolat tělesné změny, které jsou nezávislé na vůli (např.: žaludeční sekreci, hladinu cukru atd.)
- **myšlení, paměť a emoce**
- **prožívání situací, věková regrese** - příkazy může subjekt prožívat:
 - o prožitek pouze vnitřní – subjekt je navenek pasivní, prožitky se v mimice a pohybech neprojevují
 - o prožitek se projevuje navenek – subjekt se může chovat tak jako by sugerovaná situace byla skutečná
- **věková regrese** – vhodnou technikou navracíme pacienta do dřívějšího období jeho života (hl. dětství)
- **posthypnotická sugesce a posthypnotická amnézie** – může se týkat všech jevů výše zmíněných a je to sugesce zadaná v hypnóze, jejíž účinek zasahuje do období pro ukončení hypnózy

Postup při hypnoterapii

- při přímém sugestivním odstraňování příznaků lze rozlišit dva základní postupy:
 - o **jednorázové náhlé dramatické odstranění příznaků**
 - použitelný zejména u monosymptomů hysterického rázu, pokud se pacienta podaří uvést do hluboké hypnózy
 - v hluboké hypnóze se pak přímo a autoritativně příznak odsugeruje (mutistickému pacientu → mluv ... afonickému → křič)
 - o **postupné odstraňování příznaků v sérii sezení**
 - pokud není hypnóza příliš hluboká, nejsou-li předpoklady k rychlému odstranění příznaku nebo jsou-li potíže celkově více difuzního rázu, je vhodnější nepokoušet se je odstraňovat najednou ale zvolna.
 - v sérii sezení, prováděných cca 2x týdně se používá sugescí postupného zlepšování např.: bude stále lepší nálada ... bolesti budou ustupovat atd.)

Eriksonova psychoterapie

- **alternativní přístup**
- vychází improvizovaně a tvořivě z toho, co po stránce chování a prožívání nabízí v hypnoterapeutické situaci sám pacient
- nejde však jen o hypnoterapii – využíval i zvláštních psychoterapeutických postupů, který kombinoval s hypnotickým transem a jindy zas nikoliv
- 4 významné faktory pro základní orientaci v eriksonovské psychoterapii:
 - o **role hypnózy**
 - o **individualizace a pozitivní orientace**
 - o **role podvědomí**
 - o **nepřímé sugesce a neobvyklé příkazy**
- prolínání hypnózy a nehypnotické psychoterapie
 - o přechod mezi **normálním stavem** a tím, co erikson označuje za **tranz**, je podle něj plynulý
- **individualizace a pozitivní orientace**
 - o jedním z hlavních principů eriksonovské hypnotizace, hypnoterapie i psychoterapie je využívání toho co terapeut bezprostředně pozoruje v **chování pacienta a co se od něj dozvídá o jeho prožívání**
 - o na počátku se má terapeut zcela přizpůsobit pacientovi, vžít se do jeho způsobu myšlení a vyjadřovat jeho myšlenky
 - o terapeut se tedy zaměřuje na to, co pacient sám nabízí, navazuje s ním kontakt na jeho úrovni, a pak toho využívá k ovlivnění a dosažení změny v žádoucím směru
 - o eriksonovská psychoterapie je primárně **zaměřena** na **dosahování pozitivní změny** a není orientována na minulost

- podle něj není třeba soustřeďovat se na minulost – ke změně může dojít, aniž člověk pochopí, proč problém vznikl
- **povědomí**
 - terapeut dává pacientovi sugesce, že jeho nevědomí, jeho nevědomá mysl zpracuje jeho problém a najde řešení nebo přinese důležité informace
 - povědomí je kladnou životní silou, která dovede pro pacienta vše dobře zařídit

Neurolingvistické programování

- **samostatný směr**, jež vyrostl z Eriksonovské psychoterapie (vytvořený R. Bandlerem aj. Grinderem)
- jeho zastánci a cvičitelé jej chápou jako **model** a **výcvik účinné komunikační strategie pomáhající dosahování individuálních cílů s využíváním zdrojů, které má každý sám v sobě**

EMPATICKÉ A ABREAKTIVNÍ METODY

Empatická psychoterapie

- umožňuje pacientovi, aby se **otevřeně rozhovořil o sobě**, **ventiloval své problémy** a **prozkoumal** rozporné i kladné **stránky své osobnosti**, a tak se v sobě sám víc vyznal, víc se akceptoval a mohl se vhodněji samostatně rozhodovat
- uskutečňuje se formou nedirektivních rozhovorů s terapeutem vcitujícím se do pacienta a pomáhajícím mu co nejvýstižněji vyjádřit jeho pocity
- **empatické rozhovory**
 - terapeut se s pacientem schází k cca hodinovým rozhovorům (přibližně 1 či vícekrát týdně)
 - pacienta vybídne, aby sám hovořil o tom, co sám považuje za důležité pro své sebepoznání a zlepšení duševního zdraví
 - pacientovo vyprávění většinou přímo neusměrňuje ani neprojevuje souhlas či nesouhlas, pozorně naslouchá a občas se snaží vlastními slovy vyjádřit, jak pacientovo sdělení chápe
 - terapeutovy výroky lze označit jako zrcadlení = co nejpresnější vystižení pacientových myšlenek a citů
 - terapeut neklade otázky a neposkytuje interpretace ani rady... pouze se snaží udržovat v chodu proces pacientova zkoumání a sebeobjasňování
 - pacient má jistotu, že se může svobodně vyjadřovat
 - chování terapeuta není pasivní ani lhostejné
 - je přátelské, respektující a srdečné

Abreaktivní psychoterapie

- zaměřuje se speciálně na **intenzivní vyjádření a projevení negativních emocí** (hlavně těch, jejichž projevení bylo v minulosti blokováno a které v důsledku toho zůstaly potlačeny či nevybity)
- používá k tomu záměrného podněcování, fantazie, relaxace, hypnózy nebo i farmakologicky navozených psychických stavů, v nichž je snížena sebekontrola a podpořeno emoční prožívání nebo slovní produkce
- **princip abreakce**
 - snaží se **zneškodnit předpokládané patogenní působení negativních emocí** tím, že je **nechává znovu proběhnout za terapeutických okolností**
 - nechává pacienta reprodukovat nebo znovuprožívat patogenní emoční zážitky (psychická traumata, konflikty) s odpovídajícím citovým doprovodem → očištné působení takového prožitku
 - původně se abreakce chápala jako znovuprožití, vytěsněného nevědomého materiálu a předpokládala tedy přijetí hlubinně psychologické koncepce nevědomí
 - později se začalo pod pojem abreakce zahrnovat i **emoční znovuprožití tenzního vědomého materiálu**
 - = lze ji definovat jako reprodukci či znovuprožití patogenních emočních zážitků s odpovídajícím citovým doprovodem za účelem uvolnění emoční tenze
 - chování, které má vést k uvolnění se někdy navozuje tak, že terapeut opakovaně, naléhavě a se stupňující se dramatickostí vybízí pacienta k projevování emocí, k příslušné mimice a pantomimě, k pláči, úderům do předmětů apod.
 - extrémní forma abreaktivní psychoterapie → tzv. **primární terapie** A. Janova
 - založena na vynuceném odreagovávání předpokládaných traumat raného dětství včetně traumat, které představuje porod (Kratochvíl v knize dodává, že Janovu přístup chybí vědecká solidnost)

STÁTNÍ ZÁVĚREČNÁ ZKOUŠKA - PSYCHOLOGIE

- v současné době se abreakce přijímá v syntetických přístupech jako jeden z dílčích účinných faktorů v individuální i skupinové terapii
- **hypnotická abreakce**
 - pacient se uvede do hypnózy, a pak se sugescí přivede k prožívání situace, která se má odreagovat
 - je důležité zjistit, zda je pacient schopen prožívat situace v hypnóze, zprvu sugerováním indiferentních situací
 - 3 způsoby prožívání situací (následně i odreagování) dle hloubky a typu navozené hypnózy:
 - pacient dovede situaci slovně i pohybově přehrát při otevřených očích
 - pacient je v hypnóze pasivnější
 - hypnóza není dostatečně hluboká, aby během ní mohl pacient otevřít oči
 - pacient situaci prožívá buď jako jednající osoba nebo pouze jako pozorovatel
- **využití psychofarmak**
 - stav příznivý pro abreakci se navozuje jednak podáním farmak snižujících sebekontrolu snížením lucidity vědomí (narkoanalýza, inhalační anestetika), jednak farmak stimuluji mluvení a emotivitu
 - **narkoanalýza** – využívá pomalé vstřikování pětiprocentního roztoku krátko-účinného barbiturátu (např. thiopental)
 - s pacientem se udržuje rozhovor až do doby, kdy se v řeči objeví mírná dysartrie
 - zavádí se hovor na zážitky, jež vedly k jeho zhroucení
 - **inhalační anestetika** – využívalo se jich k podnícení abreakce (éter, trichloretylén) → nyní se od nich upustilo z důvodů zdravotních rizik
 - **psychomimetika** – ve vyšších dávkách vyvolávají stav vzrušení, zvýšené aktivity a mnohomluvnosti se zvýšenou pohotovostí k emočním reakcím → tato techniky bývá označována jako psychotonové interview
 - v současné době se však využívají pouze výjimečně
 - 50. a 60. léta využívání halucinogenů a LSD 25 a psilocybinu - psychedelická psychoterapie → usilovala o dosažení extatických zážitků, které by pacientovi umožnily nahlédnout v jeho životní problematice → upustilo se od toho pro nebezpečí zneužívání halucinogenů

PSYCHOANALYTICKÉ METODY

- patří k ní **technika volných asociací**, **interpretace snů**, **analýza odporu**, **přenos**, **vznik přenosové neurózy** a její rozřešení až k úplnému uzdravení
- **úkolem terapeuta** je **odhalit podstatu konfliktů** a přivést pacienta k náhledu na nevědomou motivaci
- pacient přijatý k tomuto léčení by měl mít dostačující intelektuální úroveň
- **technika volných asociací**
 - pacient leží na gauči, terapeut sedí mimo zorné pole pacienta, ale aby mohl sledovat výraz pacientova obličeje
 - terapeut požádá pacienta, aby nechal myšlenky volně plynout, nahlas říkal vše, co jej bude napadat a sdělení nijak neupravoval nebo se je nesnažil logicky uspořádat
 - mluve o všem, co vám proběhne myslí
 - dle klasických Freudových požadavků se má konat sezení 6 dní v týdnu cca hodinu, později se frekvence ustálila na 4-5 x týdně 50 min
- **interpretace a analýza odporu**
 - při volných asociacích je terapeut zprvu pasivní a v určité fázi terapie začíná aktivně zasahovat s interpretacemi
 - doplňuje chybějící souvislosti, týkající se nevědomých obsahů a představují patogenní momenty onemocnění, jež se snaží dostat pacientovi do vědomí
 - platí zásada, že interpretovat se má tehdy, když pacientovi schází již jen krůček k vlastnímu poznání
 - odpor – vše co ruší postup analýzy
 - v samotném sdělování volných asociací se projevuje např. delšími odmlkami, naznačující, že pacient pozměňuje a upravuje sdělení, neschopností vyvolat si jakoukoliv představu, dlouhými řetězci myšlenek probíhající v kruhu a náhlou změnou tématu, nechutí k přijetí interpretace

- přenos a přenosová neuróza

- **přenos** je zvláštním, afektivně zabarveným vztahem pacienta k terapeutovi
- žena začíná projevovat vůči mužskému analytikovi city, sympatie až zamilovanost se sexuálním zabarvením
- u muže se mohou promítnout homosexuální latentní tendence → to je pozitivní přenos → pacient se pak ochotně podrobuje léčení, jeho sdělení jsou bohatá
- přenosový odpor → pacient může reagovat odporem při uvědomění si pocitů → negativní přenos → projevuje se v něm skryté nepřátelství, chladná rezervovanost a hostilní odmítání interpretací
- přenos je žádoucí a důležitou složkou terapie
- **psychoanalytické pojetí přenosu** – nevědomé a nutkavé opakování infantilních, z libida vycházejících, přání a vztahů vůči otci a matce ve vztahu k terapeutovi
- současná psychoterapeutická literatura → širší smysl přenosu a to jako: nerealistické opakování jakýchkoliv emočně podbarvených vztahů a zkušeností z minula ve vztazích současných, tedy nejen z dětství, nejen vůči rodičům, nejen sexuálně podbarvených a nejen vůči terapeutovi
- během analýzy se původní neuróza mění v přenosovou neurózu → pomoc interpretační práce, afektivního znovuprožívání a trpělivého zpracování situací z dětství se pacient zbaví svých příznaků a obtíží
- vyvine se umělá **přenosová neuróza** → pacient si přeje zůstat v léčení, odmítá být zdravý, protože s uzdravením by se musel vzdát vztahu k terapeutovi → hlavním úkolem této fáze terapie je léčení přenosové neurózy. Přenos se překoná tím, že se analyzuje a interpretuje
- samotná psychoanalýza má přivést pacienta k samostatnosti, když ho uvolní z jeho infantilních fixací, odstraní mechanismy potlačení a sníží úzkost
- vedle přenosu se může objevovat i protipřenos → terapeut promítá do pacienta své vlastní problémy a potlačovaná přání → komplikuje to léčbu

- krátká psychoterapie s psychoanalytickou orientací

- objevují se různé formy zkracování klasické techniky a vypracovávají se tzv. krátké nebo fokální terapie
- **krátká psychoterapie** → stanoví si určité hranice, pokud jde o objevení psychogenních souvislostí a přeměnu skrytých konfliktů v uvědomělé - ale i nadále vychází z koncepce, že potíže pacienta jsou důsledkem protikladných intrapsychických tendencí a používá pojmový aparát psychoanalýzy
- **fokální psychoterapie** → terapeut volí malý počet cílů nebo ohnisek a své terapeutické úsilí soustředí na jejich dosažení a vyřešení
 - nenechává se odvádět tak obtížnými úkoly, jako je změna celé osobnosti
 - počet sezení je předem omezen na 10-40 (Malan 1965), 10-30 (D. Beck 1974), 12 (Mann 1973) či 6 (Bellak a Small 1972)
 - terapie je indikovaná u pacientů s relativně silným ego a dobrou motivací k léčení, u nichž lze nalézt vymezený problém jako terapeutický cíl
- základní principy léčebného postupu (Bellak a Small):
 - **kommunikace od pacienta k terapeutovi** – pacient sděluje problémy, anamnézu a současnou životní situaci
 - **náhled terapeuta** – terapeut objevuje základní společné jmenovatele v pacientově chování v příčném i vertikálním řezu
 - **kommunikace od terapeuta k pacientovi** – terapeut interpretuje, sděluje pacientovi, jak chápe společné jmenovatele různých vzorců jeho chování. Nabízí zpravidla napřed řadu částečných a oslabených interpretací, aby vyzkoušel pacientovu připravenost interpretaci přijmout
 - **náhled** - pacient je schopen vnímat ve svém prožívání, cítění, myšlení a chování, jemu dosud neznámý základní vzorec
 - **zpracování** – komplexní proces v ego pacienta, k němuž dochází v důsledku nových náhledů, a který vede k trvalým změnám v prožívání a chování. Proces, v němž pacient používá nově získaný náhled v řadě analogických situací, které vyžadují podobné schéma chování

- o u přenosu v krátké psychoanalyticky orientované terapii někteří představitelé doporučují s ním intenzivně pracovat, jiní zase omezit interpretace jen na přenos negativní či ho orientovat tam, kde se týká fokálního konfliktu, další zase doporučují vyhnout se rozboru přenosu a podporovat vytvoření a udržení pozitivního přenosu a snažit se zabránit přenosu negativnímu

INTERPERSONÁLNÍ METODY

- věnuje **pozornost** především **současným interpersonálním vztahům** jako zdroj potíží pacienta
- vede pacienta k **objevení** a **pochopení souvislostí mezi jeho symptomy a interpersonálními vztahy** a pak k poznání jak se na problémových, konfliktních, frustrujících či traumatizujících interpersonálních vztazích sám podílí svými vlastními postoji a reakcemi, svým způsobem prožívání a chování – jaké vyvolává odvetné reakce okolí → takové poznání označujeme interpersonální nadhled
- tato metoda věnuje pozornost také tomu, **z čeho současné nevhodné reakce v interpersonálních vztazích vyplývají**, jak se na nich podílí nedostatečně/nevhodně zpracované zážitky z minulosti
- může se provádět v individuálních sezeních, ale také formou skupinové léčby
- **metodické složky**: podporování náhledu, vytváření předpokladů pro korektivní emoční zkušenost, využití skupinové dynamiky a skupinových technik psychodramatu a psychogymnastiky a využití systému terapeutické komunity
- **přenos** = realistické opakování jakýchkoliv emočně podbarvených vztahů z minulosti ve vztazích současných
- **náhled**
 - o vliv událostí závisí na tom, jak je osoba vnímá
 - o události, které zažíváme, určujeme do jisté míry sami tím, že je očekáváme
 - o terapeut má **pomoci pacientovi určit a objasnit nepružné a nevhodné styly** a pomoci mu **najít odlišné** formy chování, přizpůsobené měnlivým skutečnostem specifických setkání
 - o interpersonální terapie se zaměřuje na **2 druhy příčinných vztahů**:
 - **horizontální** – co člověk nyní dělá druhým lidem a co v souvislosti s tím druhí dělají jemu
 - **vertikální** – co se v minulosti člověka stalo a emočně na něj silně zapůsobilo
 - o ve snaze odstranit současné neadaptivní chování se terapeut snaží pomoci pacientovi:
 - o **protnout bludný kruh** probíhající v současnosti a **navodit odlišné chování** či **prožívání**
 - o **vyhledat kritické zážitky z minulosti, zhodnotit neblahý vliv** na přítomnost a **zpracovat** je aby se do ní dále nepřenesly
 - při zajišťování náhledu tkví hlavní terapeutova práce v poskytování interpretací → slovní formule, které pacientovi nabízejí nový hlubší pohled na souvislosti - jsou to náměty či hypotézy, které má pacient zpracovat (může a nemusí s nimi souhlasit a terapeut je nemůže vnucovat)
 - o náhled je **prostředkem** s nikoliv cílem
 - o **cílem** je **změna chování**, která z náhledu vyplývá, ke které náhled vytváří předpoklad. (u závislostí např. na alkoholu, drogách → znamená náhled uznání závislosti, potřeby léčení, přijetí nutnosti abstinence)
 - o **3 stupně** tohoto náhledu podle Skály:
 - náhled verbální (slovně potvrzuje uvedená tři tvrzení)
 - náhled produktivní (plnění pravidel léčebného režimu a tvoření nového životního stylu)
 - náhled efektivní (dodržování abstinence i po skončení léčby)
- **korektivní emoční zkušenost**
 - o pacient prožije **zkušenost**, která je v **rozporu s jeho nevhodným očekáváním**, a že tato situace je, podobně **jako původní trauma emočně** nabitá a může vést k určitému zlomu v jeho postoji a dalším chování
 - o při pokusech o navození korektivní emoční zkušenosti v psychoterapii má **základní význam terapeutický vztah** → v něm pacient získá nové zážitky, které se významně liší od všech zážitků dřívějších a mohou vést ke změně jeho postoje
 - o terapeut se stává předmětem pacientových nesprávných generalizací
 - o pacient od něj očekává reakce, se kterými se setkával ve svém okolí, a je připraven na ně reagovat svým obvyklým způsobem → terapeut musí reagovat jinak
 - o musí se k pacientovi chovat ne podle toho, jaký v současnosti je, ale podle toho, jaký by měl být

- psychodrama

- vypracoval J. L. Moreno
- je improvizované, zjednodušené divadlo k psychoterapeutickým účelům
- účinkuje v něm pacient a psychodramatický tým (režisér a pomocní herci – mohou být pacienti, jsou k dispozici, aby mohl protagonista předvést své zážitky, přání, postoje, ...)
- možnost hrát se skupinou pacientů (*u neuróz*) **X** s jedním pacientem a týmem psychoterapeutů (*psychotičtí pacienti*)
- před zahájením vysvětlíme pacientovi podstatu metody a vyzveme ho, aby sdělil myšlenky a nápady, které by mohl dramaticky vyjádřit
- lze zapojit i reálné postavy ze života (manželku, tchýni atd.) a nechat je reprodukovat skutečné konflikty
- 5 základních prostředků:
 - **jeviště**
 - odpovídá velikosti skupiny
 - polokruhové jeviště, vyvýšené
 - kulisy – stůl a židle
 - nouzově je možné provádět psychodrama uprostřed kruhu vytvořeného publikem
 - **pacient** (protagonista)
 - představuje sám sebe
 - „agování“ – hra, při níž je herecký výraz podmíněn pacientovým vnitřním prožitkem (*pacient se v prožívané akci silně angažuje a může až vypadnout z předepsané role – předvádí skutečně sám sebe, hraná zlost přejde ve skutečnou zlost atd.*)
 - **režisér**
 - včlenit každý náznak, který se u pacienta objeví, do dramatického jednání
 - vede hru tak, aby umožňovala pacientovi identifikaci, a neztratit kontakt s publikem
 - připravuje interpretaci s využitím poznámek pomocných herců a reakcí publika
 - **pomocní herci**
 - hrají role, které si pacient přeje a znamenají i posilu pro režiséra při interpretaci
 - **psychodramatické publikum**
 - nejlépe stejně zainteresovaná skupina
 - může pacientovi pomoci a může se pomocí přehrávaných scén ovlivňovat
 - příslušníci skupiny se mohou do hry zapojovat, když se jich problematika dotýká
- techniky (5 nejdůležitějších):
 - **hraní vlastní role**
 - pacient hraje sám sebe v interakci s někým jiným (nebo více lidmi)
 - při předvádění konfliktu může být protihráčem reálná osoba, se kterou ke konfliktu došlo (př.: manžel s manželkou)
 - častěji však druhou osobu zastupuje herec
 - pacient si herce volí sám
 - v jedné roli se může vystřídat více herců
 - hra může předvádět i verze očekávaného nebo plánovaného chování v budoucnu
 - **monolog**
 - pacient je na scéně sám a myslí nahlas
 - mluví sám k sobě, pronáší úvahy, myšlenky, které ho napadají, projevuje své motivy a vnitřní city, uvažuje o sobě a hodnotí se
 - neprojevuje své vnější reakce, ale vnitřní stav
 - **dvojník**
 - „alter ego“ – pomocný herec, se vciťuje do protagonisty
 - snaží se vyjadřovat jeho strachy, nepřátelství, lásku, když to protagonista nedovede
 - ztělesňuje vnitřní hlas

STÁTNÍ ZÁVĚREČNÁ ZKOUŠKA - PSYCHOLOGIE

- pomocný herec sedí vedle pacienta
- je s ním v interakci jako vlastní já, nebo se postaví za něj jako „svědomí“ (mluví v první osobě)
- techniku lze použít při hraní vlastní role, tak při monologu (nabízí jiný pohled na věci)
- **výměna rolí**
 - ve scéně, kdy dochází ke konfliktu pacienta s osobou z okolí, převezme pacient roli této osoby
 - pacientovu roli převezme pomocný herec (pacient hraje manželku, nadřízeného, nadřízeného atd.)
 - výměna rolí ho nutí, aby se vžil do myšlení druhého člověka a viděl sám sebe jeho očima
- **zrcadlo**
 - pomocní herci portrétní protagonistu v jeho přítomnosti
 - předvádějí scény z jeho života a jeho chování
 - pacient sám není na scéně, sedí v publiku, přihlíží a komentuje
 - pozoruje své chování jako v zrcadle
- při seznamování skupiny s psychodramatickou technikou se osvědčily **krátké psychodramatické etudy** na předem zadané **téma**
 - témata umožňují účast většího počtu osob: *dopravní prostředek, návštěva, v obchodě, v čekárně u doktora*
 - **manželská témata** - manželův pozdíl příchod, manžel po sobě neuklízí, nedostatek peněz, ženin nezájem o sexuální život, atd....
 - **rodiče a děti** - špatně se učí, syn začíná kouřit, atd....
 - **pracovní témata** - rozkol mezi spolupracovníky, mistr někomu nadržuje,...
 - **sebeuprosazení** - v roli nadřízeného vytknout něco podřízeným, a naopak,...
 - **k výměně rolí** - rodič a dospívající syn/dcera
 - **k monologu a svědomí** - proč mě nemají ostatní rádi, být či nebýt,...
 - **nácviková forma psychodramatu** - seznámení muže s ženou, společenské konverzace,..
 - psychodramatické etudy nemusejí být samy o sobě terapeuticky významné a mohou mít charakter spíše zábavný → vedou však k osmělení a zjištění, že se jde na jevišti bezpečně pohybovat
- po tomto nácviku je snazší využít v psychodramatickém sezení **klasické zahajovací otázky**: „Kdo má nějaký problém, který by si chtěl přehrát?“
- psychodrama **vede k vytvoření modelu skutečnosti**
- rozšiřuje chápání vlastních reakcí, umožňuje nový pohled do osobní situace, emoční korekci
- použití k nacvičení nových interpersonálních reakcí

U psychotiků se spíše jako pomocní herci využívají terapeuti (zajišťuje vyvíjení hry správným směrem). Důležité aby psychodramatické sezení končilo v optimistické atmosféře.

*Strossová – **psychomelodrama** – psychodrama podbarvené hudbou (volné klavírní improvizace), s pacientem hraje zpravidla terapeutický tým.*

- **psychogymnastika**

- metoda, při které účastníci skupinového setkání vyjadřují různé situace, pocity a vztahy pohybem, bez slov
- u nás Knobloch, Knoblochová, Junová
- hlavní složka – pantomimická témata, proto se používá i název **psychopantomima**
- prvky psychogymnastiky se mohou využívat v běžných sezeních, nebo se uplatňuje jako samostatný, dvouhodinový program (včetně vyjadřování a komentování pocitů po předvedení) – **3 fáze**:
- 1. fáze - „**rozproudění**“
 - pomocí živého svalového pohybu, který snižuje zábrany, připravují se výrazové prvky pro pantomimu (druhy motivované chůze, běhů, poskoků, dvojice kdy jeden napodobuje druhého, pohyby se zavřenýma očima, a jiné)

- 2. fáze - **vlastní psychogymnastika**
 - vyjádření pantomimicky zadaného tématu, který má vztah k jeho problémům. (př. *Zakázané ovoce – na židli je ovoce, pacienti jeden za druhým znázorňují konflikt, který by prožívali vůči něčemu, po čem touží, ale z morálních, společenských důvodů není dovoleno. Další témata: váhání na křižovatce životních cest, atd.*)
 - některé témata jsou určené pro jednotlivce, některá pro skupiny, nebo celou skupinu najednou
 - složka provedení akce a složka sdílení pocitů o provedené akci
 - **osvědčená témata:** jaký jsem, jaký chci být, někam jdu a uvědomím si, že jsem si něco zapomněl doma, vybrat a odevzdat dárek, čím bych byl, kdybych byl rostlinou, atd.
- 3. fáze
 - navozuje pocit vlastní síly, uvolnění, optimismu, odstup od tíživých problémů, vědomí sounáležitosti s ostatními
 - využívá se rytmických pohybů, lidových tanců, relaxačních cviků
 - zkouší se také využívání hudebních prvků
 - zpěv i tanec poskytují cenné možnosti využití v interpersonální psychoterapii

Využití skupinové dynamiky

- skupinová dynamika jako **soubor skupinového dění a skupinových interakcí se všemi zákonitostmi**, jichž se využívá jako součásti terapeutické techniky
- **3 požadavky** na skupinu, aby mohla plnit terapeutické úkoly interpersonální psychoterapie:
 - skupina musí být modelem pacientových přirozených skupin a současně musí pacienta podněcovat, aby projevil, co nejširší rejstřík svých charakteristických vzorců chování - zároveň má skupina celé dění zjednodušovat, aby bylo přehlednější než ve skupině přirozené
 - skupina má být natolik plastická, aby náznakové obsazení rolí a jejich výkon bylo možno měnit
 - členové terapeutické skupiny se mají umět chovat jinak, než jak pacient očekává, tj. jinak než členové jeho přirozených skupin
- vytvářejí se z 8 – 12 hospitalizovaných či ambulantních pacientů - obvykle 1 – 2x týdně 1-2 hodiny
- obsahem je diskuze mezi pacienty, které terapeut naslouchá a spíše ji podněcuje, než usměrňuje

NÁCVIKOVÉ METODY

- zahrnujeme zde metody, u nichž je **hlavním terapeutickým principem opakování, učení, trénink**, nebo přesněji řečeno metody využívající **plánovitých soustavných cvičení s postupným zvyšováním nároků**
- pacient se jimi **odnaučuje chorobným příznakům** a **osvojuje** si chování **žádoucí**, správné
- mají významnou oporu jednak v pavlovovské koncepci podmiňováním, jednak v behaviorální terapii a teoriích učení
- mají zásadní význam u těch příznaků, které jsou zlovykem, naučeným maladaptivním chováním, jež je možno vyložit jako patologicky zafixovaný podmíněný reflex, stereotyp či vzorec chování
- **5 nejpoužitelnějších a nejvýznamnějších postupů:**
 - **pozitivní nácvik**
 - **nejjednodušším a účinným postupem** je **nacvičování správné reakce** stejně jako když se vypracovává žádoucí dovednost
 - běžně se využívá **u fobií a obsesí**
 - pacient se např. postupně vystavuje situaci, které se bojí za okolností nejprve příznivějších a postupně stále obtížnějších až se naučí v nich pohybovat bez strachu
 - značný význam i u **řečových neuróz** (kockavost, breptavost), **koordinačních křečí** (např. tik, grafospasmus...) → u kockavosti se řeč cvičí nejprve šepem, nacvičuje se čtení v permissivním prostředí, kritické hlásky se zpočátku vynechávají nebo začíná se čtením samohlásek v textu, nacvičuje se správné dýchání při čtení a mluvení, postupně se přechází k vyprávění obsahu čteného, ke spontánnímu rozhovoru a pacient se učí mluvit bez chyb i v přítomnosti více lidí, řečnická cvičení
 - do této skupiny metod patří také **pozitivní podmiňování** (např. Mowrer a Jones jej využívají u enuréz)

- **nácvik sebeovládání**
 - zaměřen ne na symptomy, ale na reedukaci některých nedostatků v osobnosti
 - pacient se sám vystavuje situacím, ve kterých je třeba vynaložit určité úsilí a přemáhat překážky (opět postup od nejjednoduššího ke složitějšímu) - učí se také vzdát určitých příjemných věcí (např. menší porce jídla, nebo cigareta ne hned ale až po splnění úkolu)
 - důležitá je systematičnost a také písemné podchycení cvičení → zaznamenává si úkoly a výsledky/ splnění
- **aktivační trénink** → vhodný pro hypotymní a depresivní pacienty → ráno energicky vyskočit z postele, umýt se studenou vodou zpívat, udržovat se aktivní, energetické držení těla
- **operační podmiňování** – kladné posilování žádoucích reakcí - následuje-li za uskutečněnou reakcí pozitivní posilující účinek, je pravděpodobné, že se při příští příležitosti tato reakce zopakuje
- **nácvik asertivity**
 - **specifický druh pozitivního nácviku**, který usiluje o **dosažení dovednosti vyjadřovat přímo, poctivě a přiměřeně** vlastní názory, potřeby a pocity bez porušování práv druhých lidí
 - umožňuje navazovat **kladný sociální kontakt** a současně v něm vhodně **hájit svá práva** a odmítat neoprávněné nároky
 - východiskem nácviku je **výklad rozdílu mezi přílišnou ústupností, přiměřeným sebeprosazováním a zbytečnou útočností**
 - pacient se učí:
 - **vyjadřování vlastních pocitů** – nacvičuje výroky, jež začínají slovy mám ráda, líbí se mi, nemám rád, nelíbí se mi atd.
 - **zahajování, udržování a ukončování rozhovoru** – terapeut pacientovi ve skupině přidělí partnera a určí situaci, v níž se ocitl ve společnosti cizího člověka → skupina poté výkon komentuje a navrhuje další zdokonalování
 - pacient se učí používat podněcující otázky, které vybízejí další osobu k úvahám a delšímu vyprávění, využívat informací, které partner ve svých výrociích poskytuje k dalšímu udržování rozhovoru s partnerem, nabízet informace o sobě a svých zážitcích, kterých by se partner mohl chytit
 - **mluvení k více lidem** – zejména u osob trpících trémou z veřejného vystoupení, nebo když nedokáží srozumitelně a poutavě vyjádřit své myšlenky
 - **nácvik požádání o laskavost** – učí se překonávat nesmělost a vyjádřit svá přání v situacích, kdy je vyhovění záležitostí dobré vůle jiných lidí
 - **nácvik prosazování oprávněného požadavku** – přehráváme situace, ve kterých pacientovi někdo nechce poskytnout, nač má nárok, nebo ho neprávem omezuje - pacient se má naučit zdvořile, ale důsledně trvat na svém právu
 - **přeskakující gramodeska** – postup přičemž se cvičící nenechá vztáhnout do zdůvodňování, ale jen stále znovu opakuje svůj požadavek
 - **otevřené dveře** – postup kdy cvičící vždy ihned uzná každý alespoň trochu oprávněný argument protivníka, takže protivník ztrácí důvod své argumenty dále rozvíjet či obhajovat
 - **přijatelný kompromis** – postup kdy po opakovaném zdůraznění svých požadavků a uznání argumentů protivníka pacient přistoupí na řešení, v němž se spokojí s částečným výsledkem, přijatelným pro obě strany
 - **odmítání** – postupuje se podobně jako u nácviku prosazování požadavků - cvičící nemá mnoho argumentovat a vysvětlovat důvody, má hlavně důsledně opakovat nechci
 - **komplexní trénink sociálních dovedností** pro schizofrenní pacienty (Brown) ???
- **aversionní terapie**
 - spojování nežádoucí aktivity s nepříjemným podnětem (např. s vypracováním zvracívého reflexu, s elektrickou rankou nebo elektrickou faradizací např. u léčby závislosti na alkoholu)

- **vnitřní senzibilizace** – nověji vypracovaná metoda, při níž se nežádoucí podněty nespojují s vnějším trestem, ale s extrémně nepříjemnými a negativně afektivně nabitými představami za pomoci řízené imaginace
- **systematická desenzibilizace a expozice**
 - metoda systematické desenzibilizace pro léčení fobií (vypracováno Wolpem), patří ke klasickým metodám behaviorální terapie
 - desenzibilizace ke strachu se při ní provádí v terapeutově pracovní pomoci relaxace a představ → v praxi se v klasické podobě dnes už využívá poměrně málo
 - desenzibilizační metody se dnes označují častěji názvem expozice (zpravidla předpokládá přímou konfrontaci s reálným podnětem vzbuzujícím strach)
 - konfrontace může být postupná a odstupňovaná nebo také náhlá a úplná tzv. zaplavení flooding
 - **systematická desenzibilizace** – má nepřiměřený strach postupně utlumit tím, že se záměrně a opakovaně vzbuzované představy situací a podnětů vyvolávajících strach sdružují s dokonale ovládnutou svalovou a psychickou relaxací, která je protikladná psychické, motorické a vegetativní reakci strachu → 3 etapy:
 - **nácvik relaxace** – Wolpe jej provádí podle návodu k Jacobsonově progresivní relaxaci během šesti cvičení - u nás se běžně používá úvodních cvičení z autogenního tréninku.
 - **sestavení odstupňovaného seznamu strachů** – všechny podněty vyvolávající u pacienta strach se rozdělí na určitý počet tematických skupin
 - **vlastní desenzibilizační postup** – pacient si nejprve navodí relaxaci a pak se mu zadává nejslabší situace ze seznamu - Wolpe uváděl poměrně vysokou účinnost této metody
 - → postupné spojování představ situací ze seznamu s relaxací
 - opakem systematické desenzibilizace je **metoda implozivní terapie** (autoři Stampfl a Levis), kdy se místo postupného přivikání strachovým, podnětům u pacientů vyvolávají silné negativní emoce tím, že si delší dobu představují příslušné situace zesílené až do hrůzostrašnosti a ošklivosti. (pacient, který trpí nutkavým mytím rukou si představuje, jak vytahuje odpadky z koše a ruce má od špíny, výkalů atd.)
 - EDMR (eye movement desensitization and reprocessing) = **desenzibilizace pomocí očních pohybů a přepracování**
 - desenzibilizační technika, kdy si má pacient představovat nejnejpříjemnější okamžik v traumatizující události, kterou prožil, současně s průvodními fyziologickými projevy, přičemž si vnitřně opakuje negativní tvrzení sám o sobě, které je s touto scénou spojeno
 - následně sleduje očima terapeutův prst (terapeut jím pohybuje ze strany na stranu cca 2x/s 40 cm od očí 12-24x)
 - pacient pak dostává instrukci, aby scénu zcela vymazal ze své mysli a zhluboka se nadechl
 - pak se celý postup několikrát opakuje až se pacient ke scéně, dostatečně desenzibilizuje (účinný u posttraumatické st. p.)
 - **expozice** – vystavení se situaci, které se člověk vyhýbal, protože u něj vyvolávala strach
 - má vydržet narůstající strach bez úniku ze situace
 - pacient musí pochopit působení expozice, musíme ho připravit na to, že bude strach prožívat a přesvědčit ho, že strach nenarůstá do nekonečna, že se dá vydržet a poté postupně odezní a zmizí
 - **odstupňovaná expozice** – dílčí úkoly mají být jasně určeny
 - lze použít seznamu s hierarchií obávaných situací, který pacient ohodnotí 0-100 podle strachu
 - před uskutečněním dílčího úkolu si zaznamená, jak velký strach očekává a po skončení, jak velký strach se dostavil
 - dobré je i zaznamenat časovou křivku, jak strach narůstal, dosahoval maxima a klesal

- **zaplavení** – pacienta ihned naplno konfrontujeme s nejvíce obávanou situací, aby se vyprovokoval maximální strach, a je třeba v něm vydržet, dokud se pacient nepřesvědčí, že strach po kulminaci odezní
- **nápodoba a další techniky**
 - **systematické exponování pacienta pozorováním modelového chování** – pozorování nebojácného chování vzoru k obávaným podnětům
 - lze využít přímo pozorování, ale také sledování filmových scén či videozáznamů
 - o napodobování se opírá i Kellyho terapeutická **technika fixování role** → terapeut napíše klientovi nárys specifických osobnostních vlastností, vhodný pro hraní role a klient ji pak má hrát (pasivní klient hraje sebe prosazující roli atd.)
 - **negativní nácvik a metoda přesycení** – úmyslně se vyvolává reakce, která je nežádoucí
 - u negativního nácviku se má opakovaným, úmyslným vyvoláváním dostat pod volní kontrolu
 - u přesycení se provádí tak dlouho, až dojde k únavě příslušných center a reakce začne vyhasínat
 - **zastavení nežádoucích myšlenek** = stop-technika – má pacienta naučit ukončovat nežádoucí sled myšlenek
 - pacient si má úmyslně vyvolat nepříjemné myšlenky a představy, které ho obtěžují a když se do nich pohrouží, vykřikne terapeut stop!
 - lze to kombinovat s technikou vnitřního sebeprosazení = pacient si o sobě říká něco pozitivního nejdřív hlasitě poté v duchu

RELAXAČNÍ A IMAGINAČNÍ

- metody využívající svalovou relaxaci, koncentraci, autosugesci a řízené představy, jak samostatně tak i ve vzájemné kombinaci

Autogenní trénink

- jedna z **nejrozšířenějších tréninkových metod** založených na **relaxaci**
- relaxační metody vycházejí z poznatků o vzájemné souvislosti mezi třemi faktory:
 - psychickou tenzí
 - funkčním stavem vegetativní nervové soustavy
 - napětím svalstva
- metodu autogenního tréninku vypracoval berlínský neurolog a psychiatr *J.H.Schulz*
- je to metoda **krátkých**, ale **pravidelných** a **důsledně pokračujících systematických cvičení**
- autogenní trénink má široce použitelný nižší stupeň (standartní cvičení) s navazujícími formulkami a složitější vyšší stupeň, který je formou řízené imaginace
- **standartní cvičení** = 6 postupně nacvičovaných úkolů, při nichž se dosahuje uvolnění v různých částech a orgánech těla ve spojení s koncentrací na příslušné subjektivní pocity
 - cvičení tíhy
 - cvičení tepla
 - regulace srdeční činnosti
 - koncentrace na dech s myšlenkou „dech je zcela klidný“ aniž dochází k nějaké volní manipulaci s dechem
 - regulace břišních orgánů
 - koncentrace na oblast hlavy s myšlenkou „čelo je příjemně chladné“
- cvičení provádí pacient 3x denně, 3-5 minut (později lze prodloužit na 15 min)
- končí se vždy odvoláním relaxace za použití energicky vyslovených formulek “ paže napnout, zhluboka dýchat, otevřít oči, spojených s několikerým energickým zacvičením pažemi
- pravidelné cvičení má vést již samo o sobě k trvalému uklidnění, zvyšování výkonnosti a odstranění některých neurotických symptomů
- **individuální formulky**
 - po zvládnutí standartního cvičení se lze zaměřit na žádoucí nebo nežádoucí vlastnosti a příznaky individuálního případu přímo - pacient si v koncentrovaném pohroužení do sebe představuje žádoucí zásady jako skutečnost a autosugestivně si je vštěpuje v individuálně vytvořených formulkách
 - formulka má být **krátká** a **kladná** (jsem odvážný místo nebojím se)

○ rolišujeme:

- **fyzilogicky zaměřené formulky** – směřují k posílení účinků navozovaných již standardním cvičením, přičemž jsou specificky zaměřeny na funkci orgánů, v nichž pacient pociťuje obtíže
- **intenční formulky** – orientovány na změnu duševních funkcí, postojů nebo chování
 - mohou být neutralizující, zaměřující nebo posilující
 - **neutralizující** odstraňují rušivou koncentraci na tělesné nebo duševní pochody (např. pozornost lidí je mi lhostejná – u balbutiku)
 - zaměřující formulky **vytvářejí pozitivní zaměření** (např. svět je pěkný a zajímavý – deprese, zajímají mě lidé kolem – egocentrické tendence)
 - posilující formulky **podporují motivační tendence** směřující k dosažení žádoucích vlastností (např. dovedu se prosadit...jsem energický... jsem přátelský..)

Jiné relaxační techniky

- v Evropě převládá autogenní trénink - v anglicky mluvících oblastech spíše metoda **progresivní relaxace** (E. Jacobsona) → J. Wolpe ji využil jako postup pro navození výchozí relaxace ve své metodě systematické desenzibilizace
- u nás M. Machač navrhl a ověřil **relaxačně aktivační nácvikový postup**, který kombinuje relaxaci s psychickou aktivací
- **progresivní relaxace**
 - nepoužívá představ a autosugestivních formulek jako autogenní trénink
 - jde pouze o svalové uvolňování, které se však cvičí velmi důkladně a postupně v jednotlivých částech těla
 - nácvikový postup se rozděluje do 6 lekcí:
 - pacient se nejprve naučí rozlišovat pocit tenze a pocit relaxace ve svalu
 - pacient cvičí relaxaci svalů na hlavě
 - pozornost se zaměřuje na svaly jazyka, jejichž koncentraci pacient pociťuje, když tlačí špičku jazyka proti zadní stěně řezáků - poté aktivně otvírá ústa a uvědomuje si svaly infrahyoidní - všechny ty svaly se pak relaxují - upozorní se také na napětí vyvolávané ve svalech oka, krku a věnuje se i jejich relaxaci
 - pacient se zabývá svaly ramene
 - věnuje se relaxaci svalů zádočných, hrudních a břišních
 - nacvičuje se relaxace prstů na rukou a nohou
- **relaxačně aktivační metoda M. Machače**
 - pracuje s obsahově prázdnou relaxací
 - s postupným uvolňováním svalstva se snaží o vyprázdnění vědomí
- **Mobilizující část autogenního tréninku (ruští autoři Filatov 1979)**
 - připojili ji k nácviku standardních cvičení Schultzova autogenního tréninku
 - nahrazuje formulky tíhy a tepla formulkami lehkosti a chladu a připojuje autosugesce připravenosti k výkonu. („jsem připraven jednat“ „dosáhnou určeného cíle“)

Řízená imaginace

- metody řízené imaginace **navrhují pacientovi určité obrazy, motivy, či témata**, u nichž má ve vnitřním pohroužení určitou zpravidla delší dobu setrvat
- postup může podle teoretické orientace autora sloužit buď k **sebezdokonalování** se zaměřením na budoucnost (meditování o životním poslání, vztazích k lidem a hodnotám atd.) nebo spíše k **analytickému odhadování méně vědomých motivů** vlastního jednání a skrytých konfliktů
- **autogenní meditace**
 - označuje se tak také Schultzův vyšší stupeň autogenního tréninku
 - spočívá v **dovednosti vyvolat si a udržet živé představy určených předmětů, osob a dějů** a ve využívání této dovednosti k dalšímu meditativnímu setrávání u osobně významných témat
 - je jednou z technik řízené imaginace, kterých lze využívat k **sebezdokonalování i hlubšímu sebepoznávání**

- cvičení vyššího stupně shrnuté do 6 bodů:

- **koncentrace na zážitek barvy** – subjekt se má naučit vyvolat si před duševním zrakem amorfni barvu (nejprve tu která se sama objeví, poté podle přání)
- **vyvolání živé představy určitých předmětů** – nejprve konkrétní, pak abstraktní a symbolické
- **zpřítomnění si různých vlastních zážitků** – hl. takových kde se odráží intenzivní citový vztah
- **kladení si otázek s očekáváním vnitřních prožitků** jako „odpovědi z nevědomí“ - zejména otázky objasňující postoje k různým kategoriím hodnot (smysl života? co si přeji? co dělám špatně?)
- na vyřešení předchozího úkolu navazuje **vytvoření formulovaných předsevzetí a jejich vštípení** - jde o formulování určitých základních životních hesel podle požadavků na zdokonalení vlastní osobnosti

- **katatymně – imaginativní psychoterapie**

- psychoterapie s psychoanalytickou orientací, probíhající cca v 15-20 sezeních (H.Leuner ji vypracoval z imaginativní techniky označované jako katatymní prožívání obrázků)
- Leuner žádá pacienta, aby si **představoval určité obrazové metody sloužící jako krystalizační jádro pro vytváření živých představ**, jež mají symbolický význam
- pacient má obsah navozené denního snění bezprostředně ihned sdělovat terapeutovi vedle něj → ten může směr a obsah pacientova snění ovlivňovat
- v prožívaných obrazových dějích by se měly projevit současné emoční problémy i jejich nevědomé kořeny sahající do raného dětství
- schopnost imaginace pacienta se nejprve zkouší testem květiny (má si představit nějakou květinu a podrobně ji popsat)
- témata jsou rozdělena do 3 stupňů:
 - **základní**
 - **střední**
 - **vyšší**
- základní motivy:
 - motiv **louky**
 - motiv **potoka** (sledovat jej buď proti proudu, až k prameni, nebo naopak od pramene k ústí)
 - motiv **hory** (napřed se pozoruje z dálky, poté se na ni vystoupí a poté se vrací zpátky)
 - motiv **domu** (prohlédnou si jej uvnitř od půdy až po sklep)
 - motiv **okraje lesa** (pohled do temnoty lesa z louky, nechat z lesa vystoupit symbolické postavy)
- významy:
 - **pramen** má **symbolizovat vztah k narození a mateřskému prsu**
 - **putování pramene/výstup na horu** **životní překážky** (dosahování životních cílů)
 - **rozhled z hory ohlédnutí za minulostí a očekávání budoucnosti**
 - návrat dolů zase **návrat do všedního života** či jako **sociální sestup**
 - **dům** jako **znázornění vlastní osoby**
 - **pohled do lesa** – úvodní **konfrontace s konflikty a přáními**, **výstup postav z temnoty** na světlo může být **uvědomění a přijetí těch konfliktů a přání**
- střední stupeň – rozvíjejí se motivy osob, jež jsou či byly pro pacienta významné, motivy sexuality (symbolizace šipkovým keřem či autostopem), motivy agrese (např. představa lva), motivy ideálu
- vyšší stupeň – 4 symbolická témata: jeskyně (vstupy do hlubších vrstev nevědomí s pudovými motivy), močál (stejně jako jeskyně), sopka (agrese) a stará tlustá kniha (další nevědomý materiál)

METODY VYUŽITELNÉ V LOGOPEDICKÉ PRAXI

- logoped využívá pouze prvky psychoterapie!
- můžeme rozdělit psychoterapeutické metody využívané u:
 - o **dětí a dospělých** (zejména nácviková, korekční, abreaktivní aj. podobné techniky, jedná se především o osoby staršího věku, seniory, z čehož vyplývá i náš přístup – podpora, sugesce, KBT, empatie)
 - o **sami pro sebe v rámci psychohygieny**
- komplexní logopedická terapie zahrnuje kromě vlastních metod **řečové** a **jazykové terapie** také psychoterapeutické působení
- využití:
 - o **podpora kognitivních funkcí** – verbálně-paměťové funkce, pozornost
 - o **navození motivace a spolupráce**
 - o **prevence neproduktivního reaktivního chování**

Psychoterapeutické metody z hlediska okruhů NKS

- **získaná psychogenní nemluvnost** (mutismus)
 - o klasický terapeutický přístup k mutismu vychází z individuální psychoterapie spojené s foniatrickou a logopedickou péčí
 - o prvotní je lékařská péče (foniatr, psychiatr, pedopsychiatr, neurolog)
 - o dítě nesmí být nuceno k verbálnímu projevu
 - o jako přínosnější se ukazuje skupinová terapie ve skupince 4-6 dětí
 - o v praxi je nejčastěji uplatňována:
 - **behaviorální psychoterapie** – operantní podmiňování (mlčení, ignorováno a komunikace byla posilována formou odměn)
 - **KBT**
 - **rodinná psychoterapie** (za účelem analyzování psychodynamiky rodiny)
 - **psychoanalýza**
 - **sebemodelování** = využívání videí a autonahrávek, které dítěti ukazují jeho řeč v situacích, ve kterých původně nemluvalo
 - použití **elektronických zařízení k podpoře hlasové produkce** v rámci multimodálního léčebného programu
 - o v případě mutismu doprovázejícího psychiatrických dg. se užívá **farmak** v kombinaci s psychoterapií (terapie hrou, individuální, skupinová, rodinná, behaviorální, arteterapie)
- **narušení fluence řeči** (uplatňována zejména v anglo-amerických zemích)
 - o zejména u těch osob, kde předpokládáme **psychogenní příčinu** **koktavosti**
 - o cílem je **změna postoje k verbální komunikaci** – dostat pod *kontrolu narušené koverbální chování, ovlivnění osobnostních znaků*
 - o u nás využívána zejména behaviorální psychoterapie (operační podmiňování u dětí s převahou pozitivního posilování, systematická desenzibilizace, jóga, pantomima, nácvik koncentrace, relaxační cvičení, autogenní trénink)
 - o předpokladem je **spolupráce klienta** a určitá **úroveň intelektu**
 - o existují i krajní případ – léčba hypnózou, kterou provádí erudovaný psycholog
 - o logoped může používat prvky KBT – odměňování apod.
- **narušení článkování řeči**
 - o u osob se **získanou dysartrií**
 - o nutný **psychoterapeutický přístup** a **podpurná psychoterapie** v procesu **obnovování, stimulace a stabilizace řečových schopností**
 - o umožnit optimální využití psychického potenciálu
 - o efektivně pracovat s **reaktivními depresivními stavy** či **neadaptivními formami chování**
 - o propojení logopedických, psychoterapeutických a kognitivních postupů je třeba u všech klientů s neurogenními poruchami komunikace, př. relaxační cvičení k navození sebekontroly, Jacobsonova progresivní relaxace, autogenní trénink

- **symptomatické poruchy řeči**
 - o u osob s těžkou sluchovou vadou:
 - o psychoterapie rodičů jako **prevence poruch citového vývoje** (individuální nebo skupinová)
 - o poskytnout **emoční podporu** k **překonání krize**
 - o **korigovat pocity bezmocnosti**
 - o hledat **přiměřené perspektivy a cíle**
 - o psychoterapie **před** kochleární **implantací**
- **poruchy hlasu** (neorgánového původu)
 - o **psychogenní poruchy hlasu** (dysfonie, afonie, fistulový hlas) vyžadují kombinaci lékařského, environmentálního (desenzibilizace, asertivita, nácviková psychoterapie) i behaviorálního přístupu
 - o **behaviorální přístup** – orientace na osobnost klienta přímými a nepřímými strategiemi jako péče o fyzické zdraví, duševní zdraví, správné držení těla, fyzická a psychická relaxace
 - o př. Jakobsonova progresivní svalová relaxace, využití biofeedbacku, sugesce, meditace, autogenní trénink
 - o **odstranění reaktivní anxiozity**, která se u klientů může projevit v podobě přesvědčení, že hlas je třeba šetřit a z toho vyplývající poruchy svalového tonu, plytké dýchání

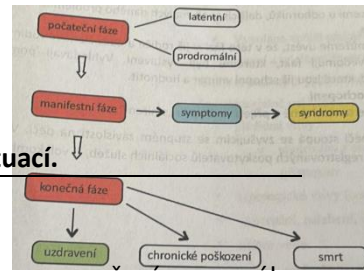
Zdroje:

- Kvintová – zaslané materiály, výuka
- Mgr. Petr Soják, Ph.D. - Psychoterapeutické systémy a Metody a techniky terapií
- Filip a Andrea Caby - Přehled psychoterapeutických technik pro práci s dětmi a rodinou

STÁTNÍ ZÁVĚREČNÁ ZKOUŠKA - PSYCHOLOGIE

ZÁTĚŽOVÉ SITUACE A NEMOC

32. Vliv nemoci na psychiku člověka, fáze nemoci. Zákl. typy zátěžových situací.



NEMOC

Definice (psychologický slovník - Hartl, Hartlová)

- souhrn reakcí organismu na poruchu rovnováhy mezi organismem a prostředím, resp. narušení rovnováhy biologických a psychických faktorů a jejich vzájemného působení ve fyzikálním a sociálním prostředí
- sociální událostí se nemoc stává v okamžiku, kdy člověk nemůže zabránit poruše svého zdraví, nemá dost vlastních sil, aby tuto poruchu odstranil a vyléčil → vzniká reakce na nemoc, reakce rodiny na nemoc
- je to porucha zdraví
- Lidská nemoc má složku **biologickou**, **psychologickou** a **sociální** a všechny tři určují průběh nemoci i postupy léčby (Křivohlavý)
- **WHO** → zdraví = stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a ne pouze nepřítomnost nemoci nebo vady

SOMATICKÁ NEMOC JAKO PSYCHOLOGICKÝ PROBLÉM V DOSPĚLOSTI (Vágnerová)

- somatická choroba působí také na psychiku nemocného, navíc má i svůj sociální význam vyjádřený rolí a postavením nemocného
- **nemoc** obecně - narušení určitých funkcí organismu, které nepříznivě ovlivňují kvalitu života nemocného jedince
- **chronicky nemocný** člověk se se svou nemocí musí naučit žít
 - o jakékoli závažné onemocnění je velkou životní zátěží, která nějakým způsobem ovlivní i psychiku nemocného
 - o může změnit jeho prožívání, reagování i vlastnosti osobnosti
 - o tělesné obtíže mohou být v závislosti na špatném psychickém stavu zhoršovány nebo udržovány, zatímco dobrý psychický stav může přispět k jejich zlepšování, nebo dokonce vymizení
 - o mezi tělesnou a psychickou složkou existuje reciproční vztah
- **3 aspekty:**
 - o **somatický aspekt**
 - příznaky onemocnění, tělesné potíže typické pro každou chorobu, představují konkrétní omezení
 - aktuální potíže, ale i představa závažnosti a prognózy této nemoci vyvolávají určité psychické reakce
 - o **psychický aspekt**
 - souhrn emočních prožitků vyvolaných změnami souvisejícími s chorobou, jejich rozumové hodnocení a z toho vyplývající chování nemocného
 - psychická reakce na nemoc je dána jak specifičností onemocnění, tak osobnostními vlastnostmi, zkušenostmi, vývojovou úrovní, emoční vyrovnaností i zafixovanými způsoby zvládání potíží
 - o **sociální aspekt**
 - onemocnění je dáno společenským hodnocením nemoci a z něho vyplývajícími postoji a chováním laické veřejnosti
 - postoj k nemocnému závisí také na: typu choroby, na osobnosti nemocného, jeho věku, premorbidním sociálním postavením, dané společnosti a její vzdělanostní a kulturní úrovni
- **obraz nemoci**
 - o **objektivní** hledisko → lékařské hodnocení = určení diagnózy
 - o **subjektivní** hledisko → prožívání a hodnocení choroby nemocným, postoj k vlastní nemoci (variabilní; různí lidé = různé reakce)

Somatické reakce/symptomy

- čím vážnější příznaky, tím větší osobní dyskomfort a omezená soběstačnost
- když je člověk zdravý, vnímá se jako celek → pokud onemocní dochází k symbolickému oddělení obou složek naší osobnosti - psychické a somatické, někdy až k jakémusi odcizení vlastního těla
- mění se vnímání a prožívání vlastního těla - tělo člověka neposlouchá, nemůže jej ovládat jako dřív, tělové pocity jsou převážně nepříjemné nebo falešné např. pocit bolesti v amputované končetině tj. tzv. fantomová bolest

Bolest jako důležitým symptomem

- latinsky **dolor**
- bolest je to, co nemocný pociťuje, když ho něco bolí
- = nepříjemná sensorická a emocionální zkušenost spojená s akutním nebo potencionálním poškozením tkání nebo je tak popisována, je vždy subjektivní
- = nepříjemný až nesnesitelný smyslový vjem a citový zážitek subjektivní povahy; vyvolává ji vnější vliv nebo chorobný stav stimulací specializovaných receptorů s volnými zakončeními v kůži a dalších tkáních (*Hartl, Hartlová*)
- = „nepříjemným zážitku, zpravidla upozorňujícím na možnost poškození organismu v důsledku fyziologické poruchy nebo vnějších destruktivních vlivů. O bolesti se jedná i v případě psychických útrap s víceméně neurčitou lokalizací nebo lokalizovaných prostřednictvím tělesných pocitů.“ (*Paulík*)
- bolest navozuje negativní citové prožitky, pokud trvá delší dobu, vyčerpává nemocného a snižuje jeho toleranci k zátěži
- pocity bolesti mohou být navozeny i psychicky např. pod vlivem stresu, projevem deprese - to pak souvisí s produkcí serotoninu
- prožívání bolesti ovlivňují 4 složky (Vymětal, 1994 in Vágnerová)
 - o **senzitivita k bolesti** - vnímání bolesti, intenzita, kvalita, lokalizace - interindividuálně variabilní, může kolísat
 - o **emoční prožitek bolesti** - tj. emoční reakce na bolest - např. podrážděnost, vyčerpání
 - o **rozumové hodnocení bolesti** - závisí na schopnosti nemocného uvažovat o příčině bolesti, na jeho zkušenostech i na tom, jakou informaci pro něj bolest představuje
 - o **paměť pro bolest** - prožitek bolesti se ukládá v paměti a určitými podněty může být znovu vyvolán - např. při opětovné návštěvě nemocnice
- různý **typ bolesti** je prožíván subjektivně rozdílným způsobem:
 - o **akutní bolest** - obvykle vyvolá pocity ohrožení a strachu
 - o **chronická bolest** - nevyvolává tak bouřlivé reakce, ale dlouhodobě může vést např. k depresím

Psychické reakce

- nemoc **egocentrizuje a izoluje**
- nemoc se stává **dominantním osobním tématem**, všechno ostatní je méně významné
- pocity **ohrožení vlastní budoucnosti** a života
- **idealizace minulosti**
- **mění se sebepojetí nemocného** - přijetí/nepřijetí role nemocného, zhoršuje se sebehodnocení, může dojít ke změně identity nemocného, pocitu ztráty sebe sama
- **postoj k vlastní nemoci** - zahrnuje prožívání, rozumové hodnocení a chování
- **má dvě složky**: emoční prožívání a rozumovou složku

Emoční prožívání nemoci

- charakteristické projevy
 - o **pocity bezmoci a beznaděje** – přesvědčení o neřešitelnosti vlastní situace
 - o **apatie až rezignace** – únava a vyčerpání vedoucí až ke ztrátě zájmu o cokoli a nakonec i sebe sama, nemocní ztrácejí smysl života a nejsou schopni hledat nový smysl
 - o **hněv a vztek** – zejména na počátku onemocnění - člověk se zlobí na svou situaci, považuje ji za nespravedlivou (agresi obrací např. vůči lékařům či sobě samému)
 - o **agresivita, hostilita a negativismus** - jsou vlastně obrannými reakcemi - pozitivní je, že bojovný až agresivní pacient má větší šanci na přežití než rezignující pacient
 - o na počátku také **popírání či bagatelizace choroby**
- **těžké, nevléčitelné onemocnění** - **strach, úzkost**
- **chronická choroba** - **smutek a truchlení** - člověk tak zpracovává ztrátu zdraví, když si to protrpí, může to přijmout - postupně dochází k uklidnění a člověk začne více rozumově uvažovat, co dál
- smutek může přecházet až v depresi různého charakteru:
 - o **symptomatická deprese** - je jedním z příznaků dané nemoci např. onkoproblematika, DM

- **psychogenní, reaktivní deprese** - je reakcí na nadměrnou zátěž, kterou představuje celková změna situace; bývá spojena s úzkostí a různými obavami
- mohou se projevit i **suicidální tendence** - pokud se s tím nevyrovná a život pro něj ztrácí smysl
- **prožívání nemoci v čase**
 - **fáze nejistoty před stanovením diagnózy**
 - zdravotní potíže upoutávají pozornost, člověk ve větší míře začíná uvažovat o svém zdravotním stavu, který je zdrojem nepříjemných pocitů, vyvolává úzkost a obavy z onemocnění
 - když tento stav trvá dlouho, člověk vyhledá lékaře a tato fáze končí diagnostikovaním nemoci
 - **fáze šoku a popření**
 - po sdělení diagnózy vyvolává diagnóza tak závažné obavy, že se jim člověk brání a diagnózu zpochybňuje, člověk má pocit nereálnosti situace
 - lidé mají tendenci k magickému uvažování
 - smyslem této reakce je dát nemocnému čas fakt přijmout
 - tento typ reakce je také nazýván „hrou na Potěmkinovy vesnice“ - člověk je přesvědčen, že dg. je omyl a on se uzdraví. Je třeba pacienta podrobně o nemoci informovat
 - **fáze generalizace negativního hodnocení**
 - člověk postupně přijímá, že je nemocný
 - somatické potíže nelze donekonečna popírat či bagatelizovat
 - fáze je z kognitivního hlediska charakteristická **dezorientací**, nemocný neví, co se s ním děje a co bude dál
 - objevuje se **tendence ke generalizované negaci**, z pohledu nemocného je vše špatné, vše ztratilo smysl, nic už nemá význam, nemocný akcentuje hodnoty ztraceného či ohroženého zdraví - je přesvědčen, že může být šťasten, pouze když se uzdraví
 - postupné uvědomování skutečnosti doprovází i **smutek a hněv**, který navozuje tendenci s nemocí bojovat, hledat způsob jak ji zvládnout, bouří se proti svému osudu
 - nenávisť mohou tito lidé obracet vůči zdravotníkům, kteří nejsou schopni pomoci → tato reakce nastává tehdy, když je člověk přesvědčen o tom, že s nemocí jde něco dělat
 - **smutek a deprese** mohou signalizovat smíření či rezignaci
 - objevují se tehdy, když si člověk myslí, že není možné nic dělat
 - lze je chápat jako projevy truchlení nad ztrátami, které přinesla nemoc
 - mohou se objevovat výčitky a pocit zavinění, ať odůvodněné či nikoli
 - **fáze postupné adaptace**
 - vyrovnání se situaci předchází **fáze smlouvání**
 - nemocný ze svých přání slevuje, ví, že nelze očekávat zázrak, ale snaží se dosáhnout alespoň něčeho, aby oddálil progresi, zmírnil onemocnění
 - z kognitivního hlediska je toto období tzv. **fáze reorientace**
 - nemocný svou situaci interpretuje jinak než dřív (např. se pokouší najít nějaký její smysl) a v závislosti na tom se mění i jeho postoj
 - **fáze smíření se s chorobou a jejími důsledky**
 - nemocný akceptuje svou nemoc a vyrovnává se s ní
 - přijímá omezení, které choroba přináší, přizpůsobuje jim svůj životní styl
 - snaží se udržet dostupná uspokojení a hledat nová
 - signálem dobrého vyrovnání je nalezení nového smyslu života
 - někteří lidé se s faktem nemoci nesmíří nikdy a ulpívají na hledání úzdravy
 - jinou variantou nezvládnutí je **rezignace** = podlehnutí tíživé situaci, kterou nemocný stále hodnotí generalizovaně negativně a není schopen usilovat o zlepšení

Rozumové hodnocení nemoci

- rozumové hodnocení je **ovlivňováno emocemi**
- **počáteční uvědomění** nemoci může **zintenzivnit potřebu porozumět jí** → shánění všech dostupných informací

- **magické uvažování** – člověk nebere v úvahu rozumové argumenty a interpretuje situaci tak, jak mu vyhovuje; nemocný je ochoten uvěřit čemukoli, co mu může přinést naději

Změny základních psychických potřeb a hodnot

- pod vlivem onemocnění se **mění základní psychické potřeby a hodnoty**
- může se změnit jejich hierarchie, způsob uspokojování, motivace atd.
- obvykle se stává hlavní potřebou zdraví
- **potřeba stimulace a nových zkušeností** - v závislosti na vyčerpanosti se snižuje
- **potřeba orientovat se ve své situaci** - znát svůj zdravotní stav, vědět co jej čeká; utrpení lze snadněji překonat, pokud nemocný chápe smysl a ví, že nepříjemní výkony mohou pomoci
- **potřeba citové jistoty a bezpečí** - pod vlivem nemoci se zvyšuje - větší potřeba citové podpory; mnohdy až regresivní charakter = nemocný chce, aby u něj blízcí zůstali, drželi jej za ruku a neopouštěli jej
- **potřeba sociálního kontaktu** - nemocný bývá více izolován - jeho soc. svět se zúží na zdravotní personál, rodinu a spolu pacienty; potřeba se může zvyšovat - nemocný se těší na návštěvu v nemocnici, někdy snižovat – izolace
- **potřeba seberealizace** - nemocný se vzdává původních ambicí, protože ví, že jsou nedostupné nebo že ztratily dřívější hodnotu; vzácně tuto potřebu akcentuje - snaží se splnit si cíl, protože ví, že jiná šance už nebude - snaží se dokončit životní cíl
- **potřeba otevřené budoucnosti** - bývá frustrována, budoucnost se jeví nepříznivá, pod tlakem okolností slevuje ze svých představ; zátěži přidá nejistota a nedostatek informací; obrannou reakcí je např. úsilí o dožití určitého mezníku např. svatba dcery, Vánoce aj.

Zvládání zátěže (coping)

- nemocný musí zátěž zvládnout - jak rozumové zpracování, tak citové vyrovnání
 - o citové vyrovnání - přijetí reálné situace
 - o rozumové zpracování - porozumění situaci
- způsobem zvládání této situace je **coping**
- volba copingové strategie závisí na hodnocení situace
- neuvědomované obranné reakce slouží k udržení psychické rovnováhy
- **coping zaměřený na řešení problému** - hledání konkrétního řešení, hledání pomoci, úsilí o emoční podporu - potřebuje si potvrdit, že situace není beznadějná
- **coping zaměřený na obranu vlastních pocitů** - zaměřený na redukci negativních zážitků a udržení přijatelného emočního ladění. Nemocný situaci zkresluje, chová se jako by nebyla tj. typ obranné strategie tzv. **paliativní coping** (objevuje se u nevy léčitelných a těžkých chorob)
- moderní techniky regulace a copingových strategií
 - o pohybové aktivity
 - o modelovaný trénink
 - o psychomotorika
 - o pozitivní psychologie
 - o time management
 - o biofeedback
 - o imaginace
 - o relaxace a meditace
- doporučené strategie
 - o ventilace emocí (přiměřeně dle aktuálních možností podmínek a prostředí)
 - o vyhýbání se stresu (pokud není zapotřebí řešit akutní stavy)
 - o stavět se akutním stresům čelem (nebát se jich)
 - o hledání sociální opory (může sloužit ke zvyšování osobní efektivity)
 - o plánované hledání řešení problému
 - o sebeovládání (uklidnění emocionálního vzrušení)
 - o distancování se od nedůležitých (nezajímavých a pro mě nepotřebných) problémů
 - o hledání pozitivních stránek
 - o přijetí osobní odpovědnosti za hledání řešení

Sociální složka/význam nemoci

- označení „nemocný“ jedince sociálně vymezuje a předurčuje postoj k jejímu nositeli
- to **ovlivňuje zejména**: viditelné změny zevnějšku, změny v chování aj.
- postoje ve společnosti ovlivní i názory nemocného na jeho chorobu
- **somatická nemoc**
 - o svému nositeli zaručuje i určitá privilegia, např. ohledy, sympatii, toleranci aj.
 - o bývá sociálně tolerována → dáno tím, že každý člověk si uvědomuje svou zranitelnost, společnost má tendenci pomáhat a brát ohledy na nemocné lidi
- **role a postavení nemocného**
 - o závažné onemocnění mění soc. pozici pacienta i jeho role
 - o člověk získává roli nemocného
 - o znaky role nemocného:
 - nemocný není viník svého stavu
 - nemocný má jistá privilegia, je zproštěn některých povinností
 - od nemocného se očekává, že bude chtít uzdravit a spolupracovat při léčbě – pokud to nedělá, svá privilegia ztrácí, společnost jej přestává tolerovat
 - nemocný často mění roli v rodině - stává se objektem péče ostatních
 - dále není schopen udržet si svou profesní roli
 - psychosociální vlivy ovlivňují psychický komfort jedince
- **rodina nemocného** (*Psychologie nemoci - Jaro Křivohlavý*)
 - o nemoc **ovlivňuje život celé rodiny**
 - o nemoc **ohrožuje hodnoty**
 - o vyrovnání se s takovým stresem vyžaduje čas a probíhá v podobných fázích jako reakce na vlastní nemoc
 - o na počátku je u blízkých **popírání**
 - o příslušníci mohou být **nadměrně aktivní až rezignovaní**
 - o tendence pomoci někdy vede i k **iracionálnímu jednání** např. hledání léčitele
 - o zátěží je i vynucená změna životního stylu rodiny
 - o péče o nemocného je značně vyčerpávající
 - o mění se i sebehodnocení zdravého partnera = pocity viny
 - o Zolův model 5 aspektů posuzování nemoci:
 - jsem příznakem znepokojen a jak moc
 - jaké povahy a kvality je tento příznak
 - ohrožuje nemoc vztah člověka s nejbližšími
 - brání nemoc v dokončení nějaké činnosti
 - jaká sociální reakce je s tím spojená
 - o dva druhy extrémů:
 - lidé **přicházejí** k lékaři **pozdě**
 - lidé **přicházejí** k lékaři, **aniž** by jejich **podezření** na nemoc bylo opodstatněné
 - o nemoc z časového hlediska
 - **akutní nemoc** – krátkodobá, obvykle známá příčina, pravděpodobně bez následků
 - **chronická nemoc** – trvá dlouho, nejistota, zda bude bez následků – může být ireverzibilní, otázka kauzality
 - **cyklická nemoc** – atak nemoci střídající se s obdobím klidu – nejistota, zda se příznaky nevrátí

Dlouhodobá hospitalizace (*Jak se mění psychika při přechodu do nemocnice - Psychologie nemoci - Jaro Křivohlavý*)

- vede k další **redukci sociálních rolí**, ke změně společenského postavení
- v prostředí nemocnice je **pacient anonymizován**, má zde pouze roli pacienta
- z této role vyplývá důraz na podřízenost zdravotnickému personálu, stává se **pasivním objektem péče**, dochází k **omezování** jeho **soukromí**, musí **akceptovat pravidla** nemocnice
- tlak nemocničního řádu, různá omezení a kumulace nepříjemných podnětů mohou stimulovat nepřiměřené reakce

STÁTNÍ ZÁVĚREČNÁ ZKOUŠKA - PSYCHOLOGIE

- pobyt v nemocnici přináší i **nové zkušenosti**, které mohou být vnímány jako **ponižující, posilující pocit vlastní nedostačivosti**
- dlouhodobé odloučení **může vést k odcizení rodiny**

Porovnání psychické situace zdravého a nemocného člověka

Ve stavu zdraví	V době nemoci
Aktivita: Zdravý člověk je hlavním aktérem ve svém životě.	Pasivita: Pacient, a zvláště nemocniční pacient je předmětem péče mnohých lidí – lékařů, zdravotních sester, dalšího odborného personálu, pomocného personálu atp. Ti jsou nyní hlavními aktéry v jeho životě – ne on.
Relativní nezávislost: Zdravý člověk si může do určité míry dělat, co chce – není na druhých lidech příliš závislý.	Závislost na druhých lidech: Pacient nemůže dělat, co by sám chtěl, ale musí dělat, co mu druhí lidé určí – a musí to dělat tak, jak mu to oni určují.
Životní rytmus: Zdravý člověk si svůj vlastní životní rytmus do značné míry určuje (stano- ví) sám. Má ho zažitý, zvykl si na něj a cítí se v něm poměrně dobře.	Životní rytmus: Pacient je postaven do situ- ace odlišné od té, na kterou je zvyklý. Není zvyklý na životní rytmus, který je mu před- kládán v nemocnici, nemá ho zažitý. V mno- hém se mu zdá nepřírodní.
Sebedůvěra: Zdravý člověk podává ve svém životě poměrně dobrý výkon v činnostech, které ovládá, pro které má předpoklady (zna- losti a dovednosti). To mu dává značnou se- bedůvěru a kladné sebehodnocení.	Pacient musí dělat činnosti, jež neumí a ne- ovládá. To snižuje jeho sebedůvěru a jeho sebehodnocení (devaluje to jeho sebedů- věru).
Sociální interakce: Zdravý člověk žije v tzv. sociální síti své vlastní rodiny, mezi přáteli, známými, spolupracovníky atp., které dobře zná.	Pacient je v relativní sociální izolaci v nemoc- ničním prostředí. Stýká se zde s poměrně ne- známými lidmi, zatímco kontakt se známými lidmi je mu značně omezen.
Životní prostředí: Zdravý člověk se pohy- buje v době známém prostředí domova, pra- coviště, společnosti atp.	Pacient je v nemocnici uzavřen do poměrně neznámého prostředí, kde je vše cizí, nové, ne tak běžné, jako bylo doma.
Zájmy: Zdravý člověk má poměrně stabilizo- vaný rozsah svých vlastních, životním bě- hem ovlivněných zájmů – o práci, společen- ské dění atp.	Okruh zájmů pacienta se v době nemoci a zvláště v nemocnici podstatně zužuje – pře- devším s ohledem na zdravotní stav a jeho změny.
Zvládání problémů: Zdravý člověk poměr- ně zvládal problémy, které mu život stavěl do cesty. Věděl, oč jde. Věděl, jak reagovat na otázky, které mu byly kladeny.	Pacient svému fyzickému i psychickému sta- vu moc nerozumí, ztrácí nad ním vládu a neví si s ním často rady (neví, co se s ním děje).

Zhoršení kvality života jako důsledek

- kvalita života je **vyjádřitelná mírou subjektivní spokojenosti**, její objektivní charakteristika nemá smysl, protože lidé prožívají svá onemocnění rozdílně
- záleží, v jaké míře (jak hodně) nemoc zatěžuje jejich život a ve kterých oblastech je limituje
 - o **míra soběstačnosti a nezávislosti** - samostatnost v obsluze a intimní hygieně
 - o **míra generalizovaného omezení možností, zvýšená unavitelnost a vyčerpání** - s tím souvisí udržení sociálních kontaktů
 - o **míra schopnosti sociálních kontaktů**
 - o **úroveň zachovaného celkového pocitu pohody** - závisí na tělesném i duševním stavu

Pacienti s falešnou představou somatického onemocnění

- do ordinace často přicházejí lidé s **domněnkou somatického onemocnění** – ale jde o psychické a zvláště emocionální obtíže (cca 60% všech lidí navštěvujících praktického lékaře)
- řada psychických těžkých stavů je někdy spojena se somatickými příznaky (např. u distresu, úzkosti, depresí) → je tak možnost se domnívat, že hlavní příčinou obtíží je somatické onemocnění
- zvláštní skupinou jsou tzv. **somatizéři**
 - o = lidé, kteří jsou schopni navenek vyjadřovat tíži duševního stavu (svou psychickou nepohodu) somatickými příznaky
 - o nejde ale o plynulou, nepřetržitou aktivitu tohoto druhu
 - o somatizace se projevuje jen ve chvílích, kdy se člověk dostává do distresu (negativního stresu) → těžké situace, kterou není vlastními silami schopen zvládnout
- další skupinou jsou ti, kteří si neustále **dělají starosti o svůj zdravotní stav**, ale snaží se **vše řešit sami**

PSYCHICKÉ PROBLÉMY SPOJENÉ SE SOMATICKÝM ONEMOCNĚNÍM V DĚTSKÉM VĚKU

- nemoc dítěte má **jiný subjektivní i sociální význam**
- závisí na:
 - o **vývojové úrovni dítěte**
 - o obvyklém očekávání dětství jako šťastného období
 - o ochranném přístupu dospělé populace k dětem
- děti reagují na nemoc jinak než dospělí, dospívající podobně jako dospělí, malé děti se více vážou na aktuální pocity

Somatické reakce/symptomy

- především emocionální reakce na **bolest**
 - o mrzutost a plačtivost, častěji afektivní reakce, ale může být i apatičnost (bez zájmu o okolí)
- **malé děti** nedokážou přijmout bolest jako důležitou součást léčebného výkonu, proto ji **prožívají** velmi **negativně**
- **starší děti** jsou už schopny **rozumového hodnocení** - vědomí nutnosti zvyšuje toleranci k nepříjemnostem

Psychické reakce

- postoj k vlastní nemoci **závisí na vývojové úrovni dítěte**, jeho **zkušenostech** i **osobnostních rysech**
- zahrnuje emoční prožívání, rozumové hodnocení a z toho vyplývající chování

Emoční prožívání

- dráždivost a emoční labilita, úzkostnost, nejistota, strach se velmi často přenáší i z rodičů na děti a to i tehdy, když není tento prožitek verbalizován
- dále smutek, apatie, rezignace → příčinou bývá celkové vyčerpání
- prožívání nemoci a 4 fáze posuzování
 - o **fáze prvních somatických obtíží**
 - nikdo o nich zatím neví, dítě se necítí dobře, je rozmrzelé, může se zhoršit školní výkon a změnit chování, fáze končí tím, že si rodiče uvědomí problém a vyhledají lékaře
 - o **fáze potvrzení choroby a následné změny způsobu života**
 - mění se chování rodičů i sociální kontext, přestane chodit do školy, musí podstupovat různé dg. procedury, někdy hospitalizováno, cítí se dezorientovaně, uvědomuje si, že se děje něco špatného
 - dětské uvažování je zaměřeno na přítomnost, nezabývá se tím, co bude
 - o **fáze adaptace na nemoc**
 - dítě si postupně zvykne na změnu své situace, přijme skutečnost, že je nemocné
 - nemoc je každodenní součástí jeho života, začne ji považovat za normu, o prognóze dítě neuvažuje
 - o **fáze trvalejších změn osobnosti a kompetencí nemocného dítěte**
 - většinou vzniklé v důsledku choroby
 - dlouhodobé zásadní změny jeho životní situace i výchovných postojů
 - tyto děti bývají závislejší, méně samostatné, vyžadují určitá privilegia, chybějí jim mnohé zkušenosti a dovednosti
 - mohou to být také důsledky změn v chování rodičů

Rozumové hodnocení

- **v předškolním věku** je typický prelogický způsob myšlení, úvahy ovlivněny egocentrismem, rozumové hodnocení nepřesné, iracionální, interpretují **nemoc jako trest**, náhoda pro ně není přijatelná, onemocnění může být personifikováno např. jako zlá bytost
- **ve školním věku** začínají uvažovat realističtěji, realismus **přijímá veškerou skutečnost nemoci**
- **v období dospívání** přijímá nemoc jako **součást své identity**, ale může se proti ní bouřit, začíná chápat budoucí ohrožení touto chorobou, zejména ve vztahu k profesní volbě a mezilidským vztahům
- s nemocí souvisí i omezení možnosti získat běžné sociální zkušenosti, hlavně vztah s vrstevníky → mnohdy chronicky nemocné děti nemají kamarády, resp. nemají jiné kamarády než děti se stejným postižením

Sociální složka/význam nemoci

- nemoc dítěte vyvolává především **soucit**, somatická nemoc zaručuje opět **privilegia**

- nemoc mění postavení v rodině i ve škole a vrstevnické skupině = není přijímané jako ostatní děti, **okolí je tolerantnější**
- **nápadnost** zevnějšku je **rozhodující**, protože na základě toho dochází ke generalizaci představy o míře jeho postižení
- dítě je považováno za **méně inteligentní, méně schopné**
- **negativní sociální dopad** mají choroby např. kožní, kdy ostatní děti nechtějí být s tímto dítětem v užším kontaktu, určitý odstup si často drží i dospělí
- dítě je omezeno ve sportu a z některých aktivit vyčleňováno – může být i terčem posměchu
- **hospitalismus** (Hartl, Hartlová) - syndrom vývojových poruch dítěte, jako následek nedostatečného množství potřebných podnětů při delším umístění dítěte v nemocnici
- **reakce rodičů na onemocnění dítěte**
 - o onemocnění dítěte představuje **zátěžovou situaci** vedoucí k **silné frustraci, stresu**, čímž se aktivují různé **obrané reakce**
 - o fakt, že dítě zažívá utrpení a potřebuje větší péči, je **vyčerpává**
 - o nemoc dítěte je dospělými **hodnocena více emočně**, protože postihuje bezbranného jedince
 - o rodiče reagují kombinací citových prožitků - úzkost a strach, hněv a vztek, smutek a deprese s vědomím nemožnosti dítě ochránit
 - o rodiče často nemají o nemoci svého dítěte objektivní informace a ovlivňují je názory laiků, sousedů i mediálně prezentované informace
 - o výsledkem je **pocit druhé dezorientace**, bývají ochotni uvěřit čemukoli, co jim nabídne naději
 - o reakce rodičů se mění podle toho, jak choroba probíhá
- **postoje rodičů k nemocnému dítěti**
 - o pod vlivem zátěže rodiče často mění postoje k dítěti
 - **hyperprotektivní a nadměrně tolerující** – brání dítěti v rozvoji
 - **odmítnutí a zanedbávání dítěte** – pouze vzácně pokud je dítě příliš vyčerpává
 - o nemoc dítěte ovlivňuje další rozvoj rodinných vztahů → dítě je zátěží, může vést až k rozpadu rodiny
 - o pro osamělé matky je nemoc dítěte větší zátěží, protože nemá možnost ji sdílet s partnerem a spolehnout se na oporu a pomoc
 - o pod vlivem onemocnění se mění i osobnostní vlastnosti rodičů - **asertivita, rezignace, agresivita**.

ZÁKLADNÍ TYPY ZÁTĚŽOVÝCH SITUACÍ (Vágnerová; Pugnerová, Kvintová)

- charakteristika jednotlivých zátěžových situací a jejich působení
 - o působení různých zátěží může vést k narušení psychické rovnováhy, někdy jen dočasně, což se projeví změnou prožívání, uvažování i chování
 - o tyto situace lze diferencovat z hlediska jejich závažnosti i možného přínosu k dalšímu vývoji potřebných kompetencí, eventuálně celé osobnosti
 - o jednotlivé zátěžové situace mohou mít pro vznik a rozvoj psychických poruch různý význam

Frustrace

- = stav organismu, kdy k uspokojení potřeby brání nějaká překážka (frustátor) či je znemožněno dosažení určitého cíle
- = situace, kdy je člověku znemožněno dosáhnout uspokojení nějaké subjektivně důležité potřeby, ačkoli byl přesvědčen, že tomu tak bude
- = neočekávaná ztráta naděje na uspokojení
- **faktory**: dědičné vlivy (specifika CNS, temperament), typologické vlivy (osobnost), vyčerpání/oslabení/úraz, faktor věku, nedodržování správné životosprávy, výchova
- tato situace vyvolává **prožitek zklamání** a stimuluje reakce zaměřené na vyrovnaní nepříznivé bilance
- pozitivní očekávání při jejím vzniku hraje důležitou roli, pokud člověk nic dobrého nečeká, nebývá zklamán
- omezení pozitivního očekávání je proto jednou z běžných obranných reakcí
- může být **překonána prostým odložením uspokojení, posílením vytrvalosti a úsilí, změnou motivu či rezignací**.
Např. dítě sníží negativní vliv zklamání ze špatné známky odmítnutím jeho významu = „na známkách stejně nezáleží“. Frustrující zkušenost je relativně častá. Nemusí vyvolávat nepřiměřené reakce a může být do určité míry i žádoucí, protože nutí člověka hledat jiná řešení a tím jej rozvíjet. Dospělý je např. svými neúspěchy motivován k většímu úsilí.

- Nakonečný popisuje vnější a vnitřní zdroje frustrace:
 - o **exogenní** (vnější) - reakce blízkých lidí, neočekávané překážky, chybní zdroj potencionálního uspokojení (př. ztráta klíčů, zpoždění vlaku nebo zákaz atraktivní činnosti aj.)
 - o **endogenní** (vnitřní) - vlastní zábrany, nepřiměřeně vysoké aspirace, nízké sebehodnocení, malá sebedůvěra
- **frustrační tolerance** (resilience = odolnost) – schopnost vzdorovat a odolávat frustračním podnětům bez vážnějších dopadů na psychické zdraví jedince či jiné maladaptivní reakce

Konflikt

- = srážka, střet či kolize
- střet dvou protichůdných tendencí – proces rozhodování se v ambivalentních situacích
- důležitou roli hraje schopnost přijetí určitého rizika při zamítnutí či volbě přijatelného rozhodnutí
- patří mezi **běžné potíže**, s nimiž se člověk opakovaně setkává
- **patogenním činitelem** se stává tehdy, jestliže je skutečně **závažný**, **trvá příliš dlouho**, **zahrnuje osobně důležitou oblast** a pokud jej **člověk není schopen řešit**

aktuální konflikt	<--	přenos zkušenosti
	bazální konflikt (strach, stres, křivda)	

- pro vyřešení aktuálního konfliktu je třeba vyřešit bazální konflikt (kterého si často ani nejsme vědomi)
- typy konfliktů:
 - o **interpersonální** (konflikt mezi dvěma jedinci)
 - **konflikty představ** (vznikají na podkladě mnoha faktorů – např. odlišné očekávání → řešíme je jasnou komunikací, ujasněním pojmů a adekvátním dotazováním)
 - **konflikty názorů** (názor je subjektivní, postavený na hodnotách jedince → řešíme je pomocí testování názorů, odborné expertizy, diskuze, hlasováním apod.)
 - **konflikty postojů** (emocionálně zabarvený názor → tento fakt ztěžuje snadné řešení problému)
 - **konflikty zájmů** (nejvyšší stupeň konfliktu, téměř vždy vede ke střetu → kompromis není vždy možný)
 - BONUS ☺ **hádky** = výměna argumentů
 - když se ve vztahu hádají - evoluční; když se nehádají (kupí se) – revoluční
 - **destruktivní** - cílem je vyhrát hádku, zvítězit, i za cenu destrukce protivníka (graduující tendence) --> poražený prožívá křivdu, ponížení (připravuje si silnější kalibr, přeci se nenechá porazit); vítěz přežívá převahu, moc (dočasně; poté začíná mít strach, aby neprohrál, tak si taky připravuje kalibr)
 - **konstruktivní** - cílem je řešit a vyřešit problém
 - **zásady**:
 - o hádat se *co nejdříve* po vzniku krizové události (neznamená to ihned, ale pozor na odklady)
 - o hádky by se měli *účastnit pouze ti, kterých se problém týká*
 - o *nedávat rány pod pás* (vytahování starých záležitostí; útočit na osoby/zvířata/věci, které má daný člověk v oblibě; útočit na handicap druhého)
 - **fáze**:
 - o poznám, že se chceš hádat (mělo by to být: "vidím v tomto problém, vidíš to taky....jo....no, a jak by se to dalo řešit.....tak a tak? Ne?.....tak jak.....")
 - o právo vzít si čas a právo pro sebe na ventilaci a vrátit se k hádce
 - o přiznání veřejně některých ze svých nedostatků/chyb
 - o oceň na druhém něco pozitivního (pozor na neverbální komunikaci)
 - o **intrapsychické** (konflikt vnitřní – týká se jedné osoby)
 - **apetence – apetence** (střet dvou pozitivních hodnot) – výběr mezi dvěma atraktivními objekty, které nelze mít současně
 - **averze – averze** (střet dvou nežádoucích možností) – výběr mezi dvěma alternativami, které jsou obě nepříjemné (volba menšího zla)
 - **apetence – averze** (smíšený konflikt) – morální volba → rozhoduji se např. pro to, co se mi nelíbí, ale musím to udělat, nebo pro zábavu

- → z psychopatologického hlediska mohou být významné vnitřní konflikty – ty se odehrávají (pokud nebyly vytěsněny) ve vědomí jedince a znamenají *střetnutí dvou vzájemně neslučitelných, přibližně stejných tendencí* (např. vědomí povinnosti a tendence k aktuálnímu uspokojení. Intenzita konfliktu závisí na subjektivním, emočním i racionálním zpracování obou motivů. Významným vnitřním konfliktem je např. potřeba kontaktu s rodiči, i když je dítě týrané, rodiče je bijí a dítě se chce bití vyhnout. Tento typ konfliktu je důležitá příčina psychosomatických obtíží.)

→ **frustrace a konflikt patří mezi denní mrzutosti = daily hassles.** Obvykle sice ruší pocit celkové pohody, ale samy o sobě nepředstavují závažnější zátěžové faktory. Mohou se jimi stát jen tehdy, pokud by došlo k jejich nadměrné kumulaci, event. pokud by byly jako závažné subjektivně prožívány. Za určitých okolností může opakovaná frustrující zkušenost či dlouhodobý a nezládnutý konflikt působit jako stresující faktor.

Stres

- = nadlimitní zátěž, porušení vnitřní rovnováhy organismu, odpověď organismu na stresující stimuly, „stress je výsledkem interakce mezi určitou silou působící na člověka a schopností organismu odolat tomuto tlaku“
- = nadměrné zařazení či ohrožení
- psychologické pojetí je širší než biomedicínské
- se stresem se setkáváme poměrně často, hraje však doba působení stresu na jedince → při dlouhodobosti hrozí vznik psychosomatických onemocnění, kdy je závažnost poměrně vysoká
- **distres** (negativní v dlouhodobém trvání)
- **eustres** (pozitivní motivující forma stresu)
 - **přiměřená míra** → aktivizace člověka, stimulace k hledání řešení atd.
 - vyhledávání stresových situací může být i **úmyslné**, u některých lidí navozuje příjemné pocity, dané vyplavením endorfinů do mozku → tato tendence se projevuje potřebou extrémních sportů, přetěžováním nadměrnými výkony apod. – překonávání zátěže podporuje pocit růstu vlastních možností a posiluje sebedůvěru
- charakteristické znaky stresových situací:
 - **pocit neovlivnitelnosti situace** - člověk vnímá situaci jako více stresovou, pokud cítí, že jí nemůže zabránit. Pocit ovlivnitelnosti situace snižuje prožitek stresu
 - **pocit nepředvídatelnosti vzniku stresové situace** - nemožnost odhadnout, kdy by tato situace mohla vzniknout, a tudíž se na ni nelze připravit, zvyšuje prožitek stresu; takto může působit i obava z opakování přírodních katastrof, např. nových záplav
 - **pocit nezládnutelnosti situace** - např. člověk nemůže zvládnout požadavky nového zaměstnání, nemůže se bránit šikaně na pracovišti apod.; takové mohou být i vnitřní konflikty např. dítě chce získat lásku svého otce-alkoholika, ale trpí jeho chováním
 - **nepříjemný tlak okolností vyžadujících příliš mnoho změn** - vyvolává pocit dezorientace, např. přechod do jiného typu školy, úraz či rozpad rodiny
- stresory:
 - **fyzikální** (př. dlouhodobý chlad --> podrážděnost, zvýšená teplota; dlouhodobě působící tma, světlo, nadměrný hluk, vibrace, nadměrná prašnost,...)
 - **fyzické** (př. bolest, nemoc/handicap,...)
 - **psychické** (př. sebevědomí, frustrace, deprivace, konflikt,...)
 - **sociální** (př. interpersonální konflikty = hádky,...)
- mechanismus:
 - norma - stres - poplachová reakce - rezistence - stres - poplachová reakce - fáze rezistence
 - → tento postup nejde do nekonečně - pokud člověk nedokáže pracovat → jedinec není schopen situaci zvládnout (nakumulovaný stres) → fáze úpadku (zhroucení jedince)
 - **Walter Canoon** - fight or flight = "**útěk - boj**" → tělo se připravuje na stresovou situaci
 - problém je, když jsem dlouho aktivován či častokrát aktivován → jednotlivé orgány jsou přetížené a začnou kolabovat (ischemická choroba, onemocnění cév, vysoký krevní tlak,...)
- 3 fáze reakce na stres:
 - **fáze aktivace obranných reakcí a uvědomění zátěže**
 - reakcí na zátěž je aktivace obranných mechanismů

STÁTNÍ ZÁVĚREČNÁ ZKOUŠKA - PSYCHOLOGIE

- aktivace fyziologické reakce probíhá postupně: první reakce je zahájena reflexně, funguje automaticky bez ohledu na názor a rozhodnutí člověka = **biochemická reakce**
- **psychická reakce** začíná interpretací určité situace jako stresové → k tomu dochází tehdy, když vyvolává silně negativní pocity; pokud by byl přesvědčen, že zátěž snadno zvládne, tak by k navození pocitu stresu nedošlo
- prožitek stresu je spojen se **změnou emočního prožívání**, typickou reakcí je úzkost, pocity napětí a obavy z nějakého, blíže neurčitěho ohrožení, objevuje se hněv a vztek, který aktivizuje různé reakce, někdy i agresivního charakteru, někdy převládá apatie a rezignace
- dochází ke **změně kognitivních funkcí**, může se měnit uvažování, záleží na míře závažnosti pro každého člověka – uvažování ve stresu může být zkratkovitější, pesimističtější, zhoršuje se koncentrace pozornosti
- zátěž pak aktivizuje psychické obranné reakce → ke zvládnání slouží coping
- **fáze hledání účelných strategií**
 - důležitý je pocit kontroly nad situací, zda si člověk myslí, že ji může ovlivnit
 - pokud se zátěž dlouhodobě nedaří zvládnout, tak nastupuje další fáze
- **fáze rozvoje stresem podmíněných poruch**
 - to je projevem selhání obranných reakcí
 - už nejde jen o akutní potíže, ale o trvalejší potíže
 - typickým příkladem jsou psychosomatické poruchy
- **syndrom vyhoření**
 - = burn out
 - reakce organismu na chronický nezvládnutý stres
 - faktory přispívající k vyhoření:
 - život v civilizované společnosti (--> vyvolávání umělých potřeb)
 - nereálné očekávání
 - pocit nedostatečného (osobního) ohodnocení
 - prožitky smutku (až do depresí) apod.
 - --> většinou se problémy kumulují a nelze určit, ze které oblasti vyhoření pramení
 - stupně vyhoření:
 - 1. fáze – **nadšení**
 - prvotní pocit nadšení - usazení společností/překážkami + střet s realitou
 - *přístup: nesmíme poučovat a diktovat druhého, chceme ty změny/následky/vize slyšet od něj a přemýšlet nad ním - vytváření náhledu a diskuze nad možnými překážkami*
 - 2. fáze – **stagnace**
 - 3. fáze – **frustrace**
 - jedinec začíná vidět problém ve všem - všude samé překážky, ale není zde chuť ani energie zvládat překážky zvýšeným úsilím
 - 4. fáze – **apatie**
 - jedinec vykonává mechanicky pouze to, co musí, ale bez jakéhokoliv nadšení
 - 5. fáze – **vyhoření**
 - klinický obraz: nezvedne se z postele (nemá ani chuť ani energii) - zralý na hospitalizaci
 - sledování příznaku v různých oblastech - často korespondují s důsledky stresu
 - **psychické příznaky** - porucha koncentrace, pozornosti, sebevýčitky, poruchy paměti
 - **interpersonální příznaky** - častější konflikty s lidmi, negativní prožívání druhých
 - **emoční příznaky** - výraznější emoční labilita (střídání smutku vzteku bez evidentní vnější příčiny), zvýšený sklon k sebelítosti
 - **příznaky v chování** - zvýšená tendence k nehodovosti, sklon ke zvýšené konzumaci alkoholu (př. učitelé - zvýšení požívání alkoholu; zdravotníci - zvýšené požívání alkoholu a léků,...)
 - → jedinci často řeší až obtíže, které se již objeví v tělesné oblasti

- **somatické příznaky** - bolesti hlavy, svalů, kloubů, krční oblasti, GIT obtíže, nespavost=neurotická dysomnie v důsledku přetížení
 - organismus vysílá signály, které jedince upozorňují na příznaky - pokud to však tělo nevnímá, tělo musí nějak reagovat a vyšle signály skrze somatickou oblast

Trauma

- = náhle vzniklá situace, která má pro jedince výrazně negativní význam, vede k určitému poškození nebo ztrátě
- projeví se především **obtížemi v emoční oblasti**, traumatizovaný člověk **ztrácí pocit jistoty a bezpečí**, prožívá **úzkost**, která je vyjádřením jeho **obav do budoucnosti**, i **smutek**, jej lze chápat jako **truchlení nad ztrátou** něčeho důležitého
- trauma narušuje objektivitu uvažování
- může se stát **nekritickým a nesoudným**, **ovlivněným** především svými **citovými prožitky**
- člověk může být útočný, izolovat se, agresivní atd.
- traumatizace může být **jednorázová** i **opakovaná**, může být zdrojem stresu
- porucha vzniklá v tomto důsledku je **posttraumatická stresová porucha**
- stresující může být jednak pocit ztráty, kterou člověk utrpěl, ale i změna jeho sociálního postavení, chování apod.
- trauma vyvolává podobnou fyziologickou reakci jako stres, rozdíl je především v počáteční fázi, kdy se obvykle objevuje šok
- postupné uvědomění situace je doprovázeno různými psychickými reakcemi, které lze chápat jako subjektivně specifický způsob jejího zpracování

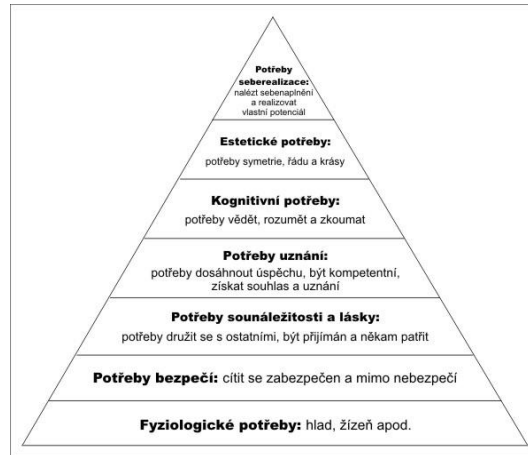
Krise

- = narušení psychické rovnováhy v důsledku náhlého vyhocení situace, dlouhodobé kumulace či situačního nárůstu problémů
- typickým znakem je **selhání adaptačních mechanismů**, dosud užívané způsoby přestaly být funkční, a člověk musí hledat nové. Krize vyjadřuje existenci aktuálně nevládnutelného problému
- lze ji chápat i jako **podnět k nutné změně** - takový význam mají i různé vývojové krize např. dospívání.
- stav psychické krize je doprovázen **negativními psychickými prožitky**, narušení pocitu bezpečí, objevuje se silná psychická tenze, úzkost, zoufalství a beznaděj
- mění se uvažování a hodnocení této situace
- člověk má pocit ochromení, bezmocnosti, bezradnosti a neschopnosti situaci zvládnout
- může být silně emocionálně ovlivněn, stává se sugestibilním, jeho úvahy mohou být zkratkovité a neadekvátní
- v důsledku toho se mění i jednání, které může být nepřiměřené, inhibované, afektivní, impulzivní aj.
- reakce na krizi jsou podobné jako na stres
- **krizi lze chápat jako vyhocení stresové situace**, je signálem, že doposud používané způsoby reagování nejsou dostatečně efektivní
- zvládnutí krize spočívá v přehodnocení této situace a nalezení účelného způsobu jednání
- krize může mít i pozitivní význam např. osamostatnění, protože přispěje k rozvoji jedince
- špatným příkladem řešení krize je naopak např. únik k užívání návykových látek

Deprivace

- = stav, kdy některá z objektivně významných potřeb, biologických či psychických, není uspokojována v dostatečné míře, přiměřeným způsobem a po dostatečně dlouhou dobu
- deprivací zkušenost patří k **nejzávažnějším zátěžovým vlivům**, může nepříznivě ovlivnit jak aktuální psychický stav jedince, tak jeho psychický vývoj
- patologický význam závisí na období, kdy člověk takto strádá
- existují fáze zvýšené citlivosti k určitému typu deprivace, zejména v raném věku
- závažná a dlouhotrvající deprivace → narušení psychického vývoje či ke vzniku psychických odchylek (příp. smrt)

STÁTNÍ ZÁVĚREČNÁ ZKOUŠKA - PSYCHOLOGIE



- typy deprivace:

- **deprivace v oblasti biologických potřeb** – nejsou dostatečně uspokojeny základní biologické potřeby (nedostatek jídla, spánku aj., ohrožuje tělesné i duševní zdraví a při delším trvání může vést k závažnému poškození či úmrtí; patří sem např. týrané, zanedbávané děti)
- **citová/emocionální deprivace** – nemožnost vytvoření si pozitivního vztahu ke světu a k sobě samému (pokud je uspokojováno bezpečí a láska, dítě si pozitivní vztah normálně vytvoří)
 - neschopnost navazovat a udržovat trvalejší a spolehlivé vztahy s lidmi (např. matkou)
 - neschopnost udržet si pocit vnitřní jistoty a vyrovnanosti
- **senzomotorická** - nedostatek podnětů a pohybu
 - dnes je situace lepší - ale pokud nemá tuto potřebu saturovanou → hledá ho na sobě (kde ho bolí, jak se rána hojí, apod.)
- **podněťová deprivace** – chybí stimulace, takto často trpí smyslově nebo pohybově postižení lidé
 - hospitalismus - dříve nebylo možné kdykoliv navštěvovat pacienty; nebylo možné zůstat s dítětem v nemocnici (hlavně 40. léta) → dítě je deprivováno, protože nemá podněty → v dnešní době hračky, psychologové, klauni, herny,...
 - ve vězení může být tato deprivace - na samotce → v dnešní době však mají poměrně dost stimulů, práce
 - vlčí děti - nemají dostatek podnětů v normálním světě - mohou být deprivované
- **sociální deprivace** – je důsledkem omezení přiměřených kontaktů s lidmi/vztahů; takto strádají např. chronicky nemocní lidé nebo postižení – k tomu přispívá i častá tendence rodinných příslušníků izolovat tyto jedince
 - emigrace v minulém režimu - když lidé utekli do jiné země (neuměl jazyk, děla podřadnou práci) - mohlo dojít k deprivaci, než se aklimatizoval
- **kognitivní deprivace** – u zanedbávaných dětí, které nemají dostatek příležitostí k učení, a pak se jeví jako mentálně retardované

PROTEKTIVÍ FAKTORY A MECHANISMY ZVLÁDÁNÍ ZÁTĚŽOVÝCH SITUACÍ (Pugnerová, Kvintová)

- **frustrační tolerance** = obecná míra odolnosti vůči zátěžovým situacím
- **psychická resilience** = schopnost odolávat v průběhu času
- protektivní faktory pomáhají člověku zvládnout nepříznivé události při zachované duševní rovnováze → schopnost vyrovnávat se s náročnými životními situacemi bez nepřiměřených, maladaptivních reakcí
- vzhledem k frustrační toleranci je důležité, jak člověk situaci hodnotí, prožívá, zda si dokáže udržet kontrolu nad situací, zda jej zátěž aktivizuje nebo paralizuje a vede k rezignaci, zda je dostatečně flexibilní a dovede zapomenout na nepříjemné zážitky, zda se dokáže zotavit po traumatizující zkušenosti a zbytečně neulpívá na neúčelném způsobu reagování, zda dokáže využít všeho ostatního pozitivního i schopnosti o problému komunikovat
- protektivní faktory zahrnují i sociální podporu - rodina, přátelé apod.
- míra odolnosti vůči zátěžím závisí na vrozených předpokladech, na dosažené vývojové úrovni, individuálních zkušenostech i celkovém aktuálním stavu

Obranné mechanismy

- vycházejí z fylogeneticky starých mechanismů = útok a únik
- jejich cílem je udržení, resp. znovuzískání psychické pohody a rovnováhy
- je převážně nevědomý mechanismus (vnitřní strategie) poskytující iluzorní zkreslení skutečnosti s cílem, aby ochránil ego
- všichni je využíváme - slouží k adaptaci na stresové podmínky
- poprvé je popsal Sigmund Freud - 7; poté je rozšířila jeho dcera Anna Freudová; dnes jich je přes 40
- aktivní
 - o **agrese/útok** – zaměřená na sebe, na druhé či na vnější podněty
 - vyjadřuje tendenci s ohrožující a nepřijatelnou situací bojovat
 - druhy:
 - zaměřená **na sebe** (verbální sebeobviňování, sebevražedné tendence)
 - zaměřená **na druhé**
 - zaměřená **na vnější podněty**
 - pozitivní varianta může mít charakter **asertivity**
 - patří sem i upoutávání pozornosti, k sebeprosazení i provokující chování citově strádajících dětí, které chtějí dostat alespoň pohlavek, když už nemohou dostat pohlázení
 - o **únik**
 - vyjadřuje tendenci utéci ze situace, která se zdá neřešitelná (aktivní snaha vyhnout se)
 - **racionalizace** = rozumové zpracování neúspěchu/chování; zdánlivé logické přehodnocení, je však zkreslující; dítě např. říká, že učitel není schopen nic naučit, přitom to samo nezvládá
 - **projekce** = promítání/projektivání svých vlastních přání myšlenek/chování do druhého – jedná se o jakousi formu ospravedlnění (když to udělal on, tak se mi to taky mohlo stát,...)
 - **popření** = potlačení původního významu neúspěšné uspokojené potřeby (popírání vlastní nemoci)
 - **útěk do fantazie** = imaginativní zpracování frustrující zkušenosti; takový význam má i bájeví lhavost, kdy si neuspokojené dítě vytváří příběhy, které kompenzují jeho problémy (v představách má atraktivní roli, je statečné, úspěšné, oblíbené milované atd., ikdyž ve skutečnosti to tak není)
 - **fixace** = stereotypní pokusy o zdolání překážky
 - **zvýšené úsilí zaměřené na zdolání překážky**
 - **substituce** - náhrada nedosažitelného uspokojení něčím jiným – dosažení substitute (např. problémy se spolužáky → dítě si vybere partu)
 - **vytěsnění** = situace/myšlenka/postoj je nevědomě vytlačen naší vnitřní cenzurou z našeho vědomí
 - **sublimace** - představuje transformaci nedostupného způsobu uspokojení v jiný, který je dostupný (např. neuspokojená sexuální touha se uvolňuje pomocí jiné aktivity např. umělecké)
 - **identifikace** - ztotožnění se s někým, koho lze obdivovat; člověk si za těchto okolností připisuje žádoucí vlastnosti a úspěchy jiné osoby
- pasivní
 - o **rezignace** - rezignace bývá obvykle reakcí na dlouhodobou zátěžovou situaci, kdy se jedinec něčeho předem vzdává, protože to považuje za nedosažitelné. Vyjadřuje bezmocnost, pasivitu a apatii
 - o **regrese** = návrat k primitivnějším formám chování – krok na nižší vývojovou úroveň
 - o **depresivní tendence** = ztráta zájmu o aktivity, odevzdanost, pocity beznaděje aj.

Coping (UK – Zvířetský)

- je vědomou volbou určité strategie zvládání zátěže
- **copingový styl** = relativně neměnné (osobnostně zakotvené) vzorce prožívání a chování jedince v zátěžové situaci (vč. tendence hodnotit situaci určitým způsobem)

- **copingová strategie** = postup, který je situačně ovlivněný, příp. naučený (styl se projevuje v preferenci určitých strategií), více zohledňuje dané podmínky
- **coping zaměřený na problém** – zvládání prostředí (plánování, úmyslné zvýšení koncentrace, příprava...)
- člověk má představu, že problém lze vyřešit, příp. zlepšit
 - o **hledání informací** – o výskytu, působení a eliminace stresorů
 - o **snahy o přímou akci** – aktivity směřující k odstranění stresorů
 - o **inhibice** - vědomé vyhýbání se činností, které jsou pro jedince nebezpečné a nepříjemné, pokud stresor nelze ze života vyloučit,
 - o **intrapsychické procesy** – vnitřní dialog člověka, přehodnocování situace, vlastní znalosti sociálního chování (empatie, přijímání kritiky, úsměv, odvaha ozvat se, otevřená komunikace, umění kompromisů, atd.), hledání alternativ,
 - o **obracení se na druhé** - sociální podpora okolí
- **coping zaměřený na emoce** – zvládání sebe sama (vyhledávání sociální opory, pozitivní reinterpretace problému, akceptace problému...)
 - o → snaha o uchování si psychické rovnováhy redukce negativních zážitků
 - o → problém je možné řešit, a proto je k němu nutné přistupovat jinak, např. se s ním smířit – změna postoje
 - o přání
 - o oddálení – zapomenutí
 - o zdůrazňování pozitivního
 - o sebeobviňování
 - o redukce napětí
 - o sociální izolace
 - o specifická varianta - **sebeznevýhodňující strategie** - smyslem je vyhnout se pomocí předem vyloučené možnosti pozitivního řešení nepříjemnému prožitku selhání; tato strategie se často vyskytuje u nejistých, úzkostných lidí, bývá součástí syndromu naučené bezmocnosti

Techniky zvládání zátěžových situací

- **dechová cvičení**
- **relaxační cvičení** – záměrné a postupné svalové uvolňování, které následně ovlivní psychickou tenzi a dojde k uvolnění
- **řízená imaginace** – záměrné vyvolávání a vizualizace obrazů a představ v mysli s uklidňujícím obsahem (např. rozkvetlá louka, pláž, šumění moře, zahrada,...)
- **meditace** – dochází k opakování slova po dobu cca 20 minut na každý nádech i výdech – např. slovo „one“ (člověk se odpoutává od problému a relaxuje)
- **biofeedback** – poskytuje jedinci informace o fyziologických procesech probíhajících v jeho těle a jedinec se tyto projevy autonomní nervové soustavy snaží vědomě ovlivňovat
- **kognitivní zpracování** – přehodnocení neboli opětovné zvážení či znovu promyšlení, které pomáhá zvládnout kognitivní vzrušení a redukovat negativní vnitřní řeč

Zdroje:

- Marie Vágnerová - Psychopatologie pro pomáhající profese
- Hartl, Hartlová - Psychologický slovník
- Jaro Křivohlavý - Psychologie nemoci
- Jaro Křivohlavý (2001) - Psychologie Zdraví, Praha: Portál
- Hošek. V (1999) – Psychologie osobnosti, Praha: Karolinum, 139 s.