

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
Pedagogická fakulta
Ústav speciálněpedagogických studií

Miriam ŠNAPKOVÁ

B 7506 - Speciální pedagogika

Výchovná práce

Vedoucí práce: Mgr. Oldřich Müller, PhD.

**MOŽNOSTI TERAPEUTICKO-VÝCHOVNÝCH PROGRAMŮ
DĚTÍ SE SPECIÁLNÍMI POTŘEBAMI REALIZOVANÝCH
NA DĚTSKÉM ODDĚLENÍ PSYCHIATRICKÉ LÉČEBNY
V OPAVĚ**

Bakalářská práce

Olomouc 2009

Děkuji Mgr.Oldřichu Müller, PhD., za odborné vedení bakalářské práce.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedených pramenů a literatury.

V Olomouci dne 3.4. 2009

.....
Miriam Šnapková

OBSAH

1 DĚTSKÁ A ADOLESCENTNÍ PSYCHIATRIE.....	12
1.1 Definice dětské a adolescentní psychiatrie.....	12
1.2 Historie.....	12
1.2.1 Šest historických etap pohledu na dítě.....	12
1.2.2 Historie z hlediska dětské a dorostové psychiatrie ve světě.....	13
1.2.3 Historie z hlediska dětské a dorostové psychiatrie v českých zemích.....	14
1.3 Normalita a abnormalita.....	15
1.4 Příčiny vzniku psychických onemocnění.....	15
1.4.1 Zevní a vnitřní faktory.....	15
1.4.2 Rizikové a protektivní faktory.....	16
1.4.3 Prevence vzniku duševních onemocnění.....	16
1.5 Diagnózy v pedopsychiatrii.....	16
1.5.1 Nejčastější projevy duševních poruch a odchylek u dětí a dospívajících.....	17
1.5.2 MKN-10	19
1.6 Vyšetřování a diagnostika v dětské a dorostové psychiatrii.....	19
1.7 Terapeutické postupy v pedopsychiatrii.....	19
1.7.1 Základní terapeutické postupy v dětské a dorostové psychiatrii.....	20
1.7.2 Psychoterapeutické metody a postupy.....	21
1.8 Školní problematika v pedopsychiatrii.....	21
1.9 Specifika práce sestry v dětské a dorostové psychiatrii.....	21
1.10 Právní problematika.....	23
1.11 Iatropatogeneze neboli poškození způsobené lékařem.....	23
1.12 Hospitalismus.....	25
2 VÝVOJOVÉ ASPEKTY ČLOVĚKA.....	25
2.1 Normální vývoj dítěte a adolescenta.....	26
2.2 Vývojové aspekty rodičovského chování.....	27
2.3 Teorie psychického vývoje.....	27
2.3.1 Teorie J. Piageta a Z. Freuda.....	30
2.3.2 Teorie E. Eriksona.....	31
2.4 Základní zákonitosti v biopsychickém vývoji člověka.....	32
2.5 Činitelé psychického vývoje.....	32
2.6 Základní psychické potřeby.....	33
2.7 Maslowova „Pyramida potřeb“.....	34
3 VÝCHOVA.....	34
3.1 Vymezení pojmu, formy, cíle výchovy.....	34
3.2 Formy výchovy.....	37

3.3 Styly výchovy.....	37
3.4 Chyby ve výchově.....	37
3.5 Výchovně-vzdělávací metody.....	37
3.5.1 Korektivní emoční zkušenost.....	38
3.6 Působení trestu a odměny.....	39
4 SOCIALIZACE.....	40
4.1 Vymezení pojmu.....	40
4.2 Socializační rozvoj a dopady na osobnost jedince.....	40
4.3 Morální vývoj.....	40
4.3.1 Vymezení pojmu.....	40
4.3.2 Teorie dle J. Piageta.....	40
4.3.3 Teorie dle L. Kohlberga.....	41
4.4 Stupně socializace.....	41
4.4.1 Stupně socializace (resocializace) ve speciální pedagogice.....	41
4.4.2 Klasifikace stupňů socializace dle WHO.....	42
5 MOTIVACE.....	43
6 POZNÁVACÍ PROCESY.....	44
6.1 Výčet poznávacích procesů a jejich funkce.....	44
6.1.1 Teorie učení.....	44
6.1.2 Nácvik.....	44
7 SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKA.....	44
7.1 Pojem speciální pedagogika, předmět a cíl oboru.....	44
7.2 Postavení speciální pedagogiky v systému věd.....	45
7.3 Členění speciální pedagogiky.....	45
7.3.1 Psychopedie.....	45
7.3.1.1 Vymezení pojmu.....	46
7.3.1.2 Hraniční pásmo.....	46
7.3.2 Etopedie.....	47
7.4 Metody speciální pedagogiky.....	47
7.4.1 Speciálněpedagogické přístupy	47
7.4.1.1 Etiologie, fenomenologie.....	48
7.4.1.2 Prevence.....	48
7.4.1.3 Výchovná terapie.....	49
7.5 Komprehenzivní rehabilitace.....	50
7.5.1 Složky komprehenzivní rehabilitace.....	50
7.5.2 Zásady komprehenzivní rehabilitace.....	50
7.6 Mezinárodní klasifikace poruch, disabilit a handicapů (ICIDH-2).....	51

8 TERAPIE VE SPECIÁLNÍ PEDAGOGICE.....	50
8.1 Terapeutické přístupy.....	50
8.2 Dělení terapií dle vlastních bazálních prostředků.....	50
8.2.1 Psychoterapie.....	52
8.2.2 Rozdíl mezi speciálně-pedagogickou terapií a psychoterapií.....	52
8.3 Vymezení terapií ve speciální pedagogice.....	52
8.4 Směry speciálně-pedagogických terapií.....	52
8.5 Terapeuticko-formativní přístupy.....	53
8.6 Teoreticko-metodologická linie dle Vymětala.....	54
8.7 Procesuální stránka.....	54
8.7.1 Fáze, průběh.....	54
8.7.2 Prostředí terapie (procesní činitelé).....	54
8.7.3 Činitelé na straně terapeuta a klienta.....	56
8.8 Zvláštnosti terapeutických přístupů v dětském věku.....	56
8.9 Cíle speciálněpedagogických terapií.....	57
9 HLAVNÍ TERAPIE.....	57
9.1 Terapie hrou.....	58
9.1.1 Vymezení herní terapie.....	58
9.1.2 Herní specialista.....	59
9.2 Činnostní a pracovní terapie.....	59
9.2.1 Vymezení pojmu.....	60
9.2.2 Rozdělení ergoterapie.....	60
9.3 Psychomotorická psychoterapie.....	60
9.3.1 Vymezení pojmu.....	61
9.3.2 Pessu Boyden System Psychomotor (PBSP).....	61
9.4 Expresivní terapie.....	61
9.4.1 Vymezení terapií.....	61
9.4.2 Vymezení pojmu exprese.....	61
9.4.3 Druhy expresivních terapií.....	61
9.4.3.1 Dramaterapie.....	62
9.4.3.2 Teatroterapie.....	62
9.4.3.3 Psychodrama.....	63
9.4.5 Biblioterapie, poetoterapie.....	64
9.4.4 Terapie výtvarná (arteterapie v užším slova smyslu).....	64
9.4.4.1 Vymezení arteterapie.....	64
9.4.4.2 Fišerův test barev.....	67
9.4.4.3 Volný výtvarný projev - dělení.....	67

9.4.4.4 Dětská kresba a zvláštnosti dětské psychiky.....	68
9.4.4.5 Diagnostické testy.....	69
9.5 Terapie s účastí zvířete.....	69
9.5.1 Vymezení terapie.....	69
9.5.3 Canisterapie.....	70
10 HRANIČNÍ TERAPIE.....	70
10.1 Rodinná terapie.....	70
10.2 Terapeutická komunita.....	70
10.3 Skupinová rozhovorová sezení.....	70
10.4 Skupinová setkání (encouterové skupiny).....	70
10.5 Autogenní trénink a relaxační terapie.....	70
10.6 Psychodrama.....	71
11 KOMUNIKACE.....	71
11.1 Vymezení pojmu.....	71
11.2 Neverbální komunikace.....	71
11.2.1 Řeč těla.....	72
11.2.2 Řeč prostoru.....	72
11.2.3 Řeč času.....	73
12 ZÁJEM.....	74
13 VOLNÝ ČAS.....	75
14 HUMOR.....	77
15 HOSPITALIZACE.....	77
15.1 Navázání psychoterapeutického vztahu.....	77
15.2 Organizační systémy sester.....	77
15.3 Ošetrovatelský proces.....	77
15.4 Podmínky přijetí.....	78
16 REŽIM.....	79
17 SYSTÉM ZVÝŠENÝCH DOZORŮ A SPECIÁLNÍCH REŽIMŮ.....	80
17.1 Zvýšené dozory.....	80
17.2 Speciální režimy.....	80
18 TERAPEUTICKO-VÝCHOVNÉ PROGRAMY.....	80
18.1 Složky terapeuticko-výchovných programů.....	80
18.1.1 Hudební výchova.....	80
18.1.2 Pracovní výchova.....	81
18.1.3 Tělesná výchova.....	81
18.1.4 Mravní výchova.....	81
18.1.5 Výtvarná výchova.....	81

18.1.6 Literární a jazyková výchova.....	82
18.1.7 Školní příprava.....	82
18.1.8 Odpočinková činnost.....	82
18.1.9 Účast na kulturních a společenských akcích.....	82
18.1.10 Relaxace, autogenní trénink.....	83
19 VYUŽITÍ MOTIVACE.....	84
20 TERAPEUTICKO-VÝCHOVNÁ SKUPINA.....	84
20.1 Výběr dětí do skupiny.....	84
20.2 Skupiny vedené zdravotníky a vychovatelkami.....	84
20.3 Etopedické skupiny.....	85
21 TERAPEUTICKÉ PRVKY A METODY.....	86
22 ŠKOLNÍ VÝUKA.....	87
23 ZÁJMOVÉ KROUŽKY.....	88
24 INDIVIDUÁLNÍ PŘÍSTUP.....	89
25 TYPY HODNOCENÍ.....	89
25.1 Denní hodnocení.....	89
25.2 Týdenní hodnocení.....	90
26 KOMUNITA.....	92
27 POŽADAVKY NA PRACOVNÍKA PEDOPSYCHIATRIE.....	93
28 TÝMOVÁ SPOLUPRÁCE.....	94
29 SPOLUPRÁCE S JEDNOTLIVCI A INSTITUCEMI.....	95
30 SPECIFICKÉ PROBLÉMY PEDOPSYCHIATRICKÉHO ODDĚLENÍ.....	96
31 HODNOCENÍ KVALITY POSKYTOVANÉ PÉČE.....	97

Úvod

Předmětem mé bakalářské práce je přiblížení specifiky práce na pedopsychiatrickém oddělení Psychiatrické léčebny v Opavě. Jedná se o zdravotnické zařízení, které spadá do kompetence Ministerstva zdravotnictví ČR.

Pedopsychiatrické oddělení, tj. oddělení dětské a adolescentní psychiatrie (dále DO PL v Opavě), je v rámci Psychiatrické léčebny v Opavě nazýváno primariátem „E“ s orientačním číslem pavilonu 14. Pavilon tvoří dvě příjmové stanice po dvaceti pěti dětských a adolescentních klientech.

Na stanici 14 A jsou přijímáni chlapci ve věkovém rozmezí od desíti do osmnácti let.

Na stanici 14 B jsou hospitalizováni chlapci od šesti do devíti let a dívky od šesti do osmnácti let.

Délka hospitalizace je šest až osm týdnů.

Důvody hospitalizace jsou diagnostické, terapeutické a sociální.

Diagnostické spektrum je široké: neurotické poruchy, psychotické poruchy, emoční poruchy, úzkostně-fobické poruchy, poruchy chování, ADHD, mentální retardace s poruchou chování, poruchy školních dovedností, poruchy příjmu potravy, zneužívání návykových látek či experimentování s nimi, depresivní poruchy, týrané a zneužívané děti, děti po suicidálních pokusech, sebepoškozování, pervazivní vývojová onemocnění.

Podmínky přijetí

Objednávkový systém na doporučení pedopsychiatra, psychologa, případně pedagogicko-psychologické poradny, pediatra, sociálního pracovníka OSPOD (odbor sociálně-právní ochrany dětství a mládeže) akutní přijetí - RZS (rychlá záchranná služba).

Bez doporučení: přijetí klienta na oddělení je nutný písemný souhlas jeho zákonného zástupce, „**Informovaný souhlas s hospitalizací**“. Pokud není do 24 hodin zajištěn, započne tzv. **detenční řízení**, tj. soudní přezkoumání oprávněnosti pobytu klienta na pedopsychiatrickém oddělení PL v Opavě. Dodatečný písemný souhlas je nutno zaznamenat do písemné a elektronické formy zdravotní dokumentace klienta.

Výuka probíhá v rámci osnov základní školy, základní školy praktické a speciální. Budova školy je poblíž dětského oddělení. Přímo na oddělení probíhá výuka v integrované třídě pro středoškoláky a žáky středních odborných učilišť. Tiskopis **Souhlas s výukou žáka či studenta během hospitalizace** - zákonný zástupce klienta podpisem vyjadřuje souhlas s výukou během pobytu na DO PL v Opavě.

Volný čas je organizován - rozdělení do skupin na základě aktuálního zdravotního a psychického stavu, věku a schopností dítěte. Probíhá pod vedením zdravotníků, vychovatelů, speciálních pedagogů, etopeda, psychologů. Široká nabídka **zájmových kroužků**.

Společenské aktivity zajišťuje zdravotnický personál a škola - výstavky prací, sportovní soutěže, posezení u čaje, vánoční večery, besídky.

Kontakt s rodinou prostřednictvím telefonátů, návštěv, vycházek, víkendových dovolenek, dopisů.

Péče: komunitní systém, režimová opatření, individuální, skupinová a rodinná psychoterapie, etopedické skupiny, rehabilitace, školní příprava pod dohledem vychovatelů.

Léčebně-rehabilitační pobyt pro děti s enurézou: jeden třítydenní turnus v průběhu měsíce července na doporučení pediatra, nefrologa či pedopsychiatra. Pestrá programová nabídka včetně výletů do blízkého okolí. Speciální rekondiční pobyt je určen klientům s poruchami příjmu potravy : červenec nebo srpen pobyt cca na deset dnů.

Personální zázemí pro obě stanice: tři pedopsychiatři, dva psychologové, jeden etoped, osmnáct středně zdravotnických pracovníků, dvě vychovatelky, čtyři nižší zdravotničtí pracovníci, jeden pomocný zdravotnický pracovník, jedna sociální pracovnice, jedna administrativní pracovnice

Prostorové podmínky: pro každou stanici jsou k dispozici čtyři herny, pracovna etopeda, tělocvična s nářadovnou, místnost s vybavením na hraní stolního tenisu, jídelna, pracovny lékařů a psychologů, administrativní pracovnice, zdravotně-sociální pracovnice, vrchní sestry, dvě ošetrovny, pokoj zvýšené péče (na ložnicích st.14A k dispozici další), jedna JIP pro somaticky nemocné klienty, na st.14A jedna noční sestra (st.14A), jedna školní třída (v dopoledních hodinách jsou k výuce využívány dvě herny), nevyužívané prostory bazénu, možnost využití prostoru před oddělením s lavičkami, hřiště s průlezkami a houpačkami, možnost využívat zatravněné fotbalové hřiště.

Vybavenost: stanice **14A** má k dispozici dvě televize (z toho jedna je umístěna v pracovně etopeda), jeden DVD přehrávač (jeden videopřehrávač v pracovně etopeda), jeden radiomagnetofon. Na stanici **14B** je k dispozici jeden televizor s videopřehrávačem, rádio s CD přehrávačem. Herna stanice **14B** je vybavena terapeutickým bazénem s umělohmotnými kuličkami k terapeutickým účelům. Většina vybavení je zastaralá, sponzorsky vyřešeno vybavení dvou heren. K dispozici je dětem knihovna umístěná v suterénu budovy dětského oddělení.

Při zpracování práce jsem čerpala informace z odborných publikací, sborníku, internetu i vlastních zkušeností. Použila jsem metod pozorování, rozhovoru, poznatků z teorie učení (pozitivní a negativní nácvik, opakování, soustavná cvičení s postupným zvyšováním nároků, aktivační nácvik, metoda přesycení, systematická desenzibilizace), korektivní emoční zkušenosti a motivace.

Při šetření spokojenosti s hospitalizací na našem oddělení ze strany dětí i zákonných zástupců využíváme metodu dotazníkového šetření.

Volba tématu byla ovlivněna mou devatenáctiletou praxí na uvedeném pracovišti (třináct let jako dětská sestra v třisměnném provozu a šest let ve funkci vrchní sestry primariátu E v jednosměnném provozu).

Práce je členěna do jednadvaceti kapitol. Teoretické části je věnováno kapitol čtrnáct. Vzhledem k volbě tématu jsem se snažila komplexně postihnout problematiku dětské a adolescentní psychiatrie, vývojových aspektů člověka a vlivů, které utváří jeho osobnost a zásadní právní dokumenty (**kapitoly 1-6**).

V **kapitole 7**, věnované speciální pedagogice (dále SP) se kromě vymezení pojmu SP zabývám jejím členěním, užívanými metodami. Zdůrazňuji princip komprehenzivní rehabilitace.

Zvláštní pozornost věnuji psychopedii a etopedii, které souvisí úzce s problematikou pedopsychiatrie.

V závěru kapitoly se věnuji mezinárodní klasifikaci poruch, disabilit a handicapů.

Terapiím ve SP se věnuje **kapitola 8**; vyzdvihuje psychoterapii jako zdroj terapií ve SP. Zabývá se rovněž procesuální stránkou terapií a specifiky terapeutických přístupů v dětském věku.

Kapitola 9 vymezuje hlavní terapie ve SP a v **kapitole 10** hraniční terapie.

Problematikou komunikace se zabývá **kapitola 11** - s důrazem na neverbální komunikaci u dětí. **Kapitoly 12 - 14** se zabývají tématy: zájem, volný čas a humor. Zmiňované pojmy úzce souvisí s problematikou terapeuticko-výchovného působení na dítě či adolescenta.

Praktická část seznamuje v **kapitole 15** s příjmem dětského klienta k hospitalizaci a organizačními systémy péče. **16. - 17. kapitola** přibližuje problematiku režimu, systém zvýšených dozorů a speciálních režimů. **Kapitola 18** se zabývá charakterem terapeuticko-výchovných programů, relaxačními metodami. Významným prvkem při práci s dětskými klienty je motivace - **kapitola 19**. Následující **20. kapitola** řeší výběr dětí do terapeuticko-výchovných skupin, používané terapeutické prvky nalezneme v **kapitole 21**. Spoluprací prostřednictvím výuky a zájmových kroužků se ZŠ při zdravotnickém zařízení se zabývají **kapitoly 22 - 23**. **Kapitola 24** zmiňuje jako významný terapeutický prvek individuální přístup. S typy hodnocení a jejich průběhem seznamuje **kapitola 25**. Jako „forum pro řešení problémů“ je specifikována komunita v **kapitole 26**. Osobností pracovníka pedopsychiatrického oddělení, týmovou spoluprací včetně spolupráce s jednotlivci a institucemi se zabývají **kapitoly 27 - 29**. **Kapitola 30** vytyčuje specifickou problematiku pedopsychiatrického oddělení. Využití dotazníku specifikuje **kapitola 31**.

Součástí práce jsou přílohy vázané v práci: plány organizace terapeuticko-výchovných programů, režimu oddělení, práv dětských klientů a další informační tiskopisy. Volnou přílohou práce je prezentace týkající se psychoterapeutického přístupu k dětskému klientovi a seznam MKN-10 (Mezinárodní klasifikace nemocí) - uloženo na CD.

Za možnost pracovat na tomto tématu jsem vděčná, protože bych se ráda podělila o osobní zkušenosti a postřehy související s odbornou praxí na pedopsychiatrickém oddělení.

Ráda bych představila používané terapeuticko-výchovné přístupy a metody, možnosti a úskalí terapeuticko-výchovných programů. Nabízím postřehy a zkušenosti využitelné v praxi.

Vzhledem k nízkému povědomí veřejnosti o problematice pedopsychiatrie jsem si dala za cíl přispět k odstraňování předsudků o tomto medicínském oboru.

Za další metu jsem si určila přiblížení náplně práce zdravotnických pracovníků, vychovatelů, a speciálních pedagogů na pedopsychiatrickém oddělení PL v Opavě včetně nastínění možností týmové spolupráce nejen na pracovišti, ale i té meziresortní.

Musím vyjádřit obavy z toho, zda společenská i finanční nedocenenost pracovníků působících v tomto oboru při stále se zvyšujících požadavcích na osobnostní i odbornou vybavenost nebude příčinou nedostatku těchto odborníků na trhu práce v budoucích letech.

Chtěla bych v neposlední řadě vyzdvihnout nezastupitelnost rodiny a zákonných zástupců pro dítě či dospívajícího.

1 DĚTSKÁ A DOROSTOVÁ PSYCHIATRIE

1.1 Definice dětské a adolescentní psychiatrie

Dětská a adolescentní psychiatrie je definována jako lékařská klinická disciplína zabývající se péčí o duševní zdraví dětí. Komplexní pedopsychiatrická péče je poskytována dětem a adolescentům (do osmnácti let věku) trpícím duševní poruchou nebo těm, kteří se ocitli v akutní krizové životní situaci.

Jejím úkolem je popis, diagnostika, klasifikace, léčení, rehabilitace, reedukace a prevence duševních poruch této věkové skupiny. Dále konziliární, konzultativní a posudkovou činnost. Nedílnou součástí je výzkum.

Podle **Úmluvy o právech dítěte** se dítětem rozumí každá lidská bytost mladší osmnácti let.

Pedopsychiatrii diagnostikují a léčí (postupy biologickými, psychoterapeutickými, socioterapeutickými a rehabilitačními) všechny kategorie podle **MKN 10 (Mezinárodní klasifikace nemocí z r. 1992, stanovená Světovou zdravotnickou organizací - WHO)**: kapitoly různých medicínských oborů jsou označeny písmenem, následující číslice určují a upřesňují diagnózu., tzn. duševní poruchy, které jsou řazeny **do sekce „F“** a jsou kódovány znaky **F 00 - F99**, se zvláštním zřetelem na časný začátek onemocnění a vývojové aspekty jak psychické tak somatické. Zkoumají míru individuace a životní adaptace dítěte, vliv rodiny a sociálního prostředí i kvalitu duševního života. **Dětská a dorostová psychiatrie (F80-98).**

Speciální obor dětské a adolescentní psychiatrie byl vyčleněn v rámci medicíny v roce 1933. Odpovídající péče je zajištěna jedním pedopsychiatrem na 100 000 obyvatel.

Dětská a dorostová psychiatrie je klinický obor, který se zabývá prevencí, diagnostikou, terapií a výzkumem duševních nemocí, poruch a odchylek dětí a mladistvých. Dětská psychiatrie je součástí psychiatrie, navazuje na pediatrii a využívá poznatků psychologie, sociologie, pedagogiky a dalších oborů. Péče o děti a mladistvé s duševními poruchami má výrazný sociální aspekt (Malá, 2000).

1.2 Pohledy na dítě v historických etapách

1.2.1 Šest historických etap pohledu na dítě

1. etapa

- od starověku do 4. století n.l.,
- nulová hodnota dítěte; **období infanticidy** ; dítě možno obětovat, odložit nebo zabít (např. Taygetska skála v Řecku, sexuální zneužívání v Římě).

2. etapa

- ovlivněna křesťanstvím; požadavek neubližovat dětem,
- uzákoněn zákaz zabíjení dětí,
- budování církevních nalezinců.

3. etapa

- charakterizována **ambivalentním přístupem** (represivním a permissivním) k dítěti, děti beztestně vystavovány násilí x vznik charitativních organizací, které se starají o ohrožené a opuštěné děti,
- **J.A. Komenský** věnuje zvýšenou pozornost **na vývoj v dětství a k edukativním programům.**

4. etapa

- nazývaná **intruzivní**,
- 18. století - osvícenství,
- rozvoj nalezeneckého systému a pěstounské péče,
- zájem společnosti o **potřeby dítěte včetně péče a povinné školní docházky (Marie Terezie).**

5. etapa

- tzv. **socializační**,
- do poloviny 20. století,
- **zákaz dětské práce**,
- **rozvoj pediatrie a interdisciplinární spolupráce** při řešení problematiky dětí,
- **Sigmund Freud** - psychoanalytická teorie (zdůraznění období dětství),
- 20. století = období podpory a pomoci dětem.

Socioložka Keyová (Švédsko) - 20. století prohlášeno „Stoletím dítěte“ , „Ženevská deklarace práv dítěte“ (1924)

6. etapa

- konec 2. tisíciletí,
- **„Charta práv dítěte“ (1959)**
- **„Úmluva o právech dítěte“ (1989)**,
- = dokumenty obsahující statutární práva, podmínky zajišťování péče a výchovy, možnosti podpory společnosti a participace dětí a adolescentů na životě společnosti (Malá, 2000).

1.2.2 Historie z hlediska dětské a dorostové psychiatrie ve světě

3 000 let př.n.l.

- ojedinělé popisy kazuistik duševních poruch u dětí: papyrus - enuréza, koktavost, epilepsie, mentální retardace).

18. století

- zájem veřejnosti o handicapované děti.

19. století

- rozvoj péče o mentálně retardované,
 - Pinel** - zahájení vědeckého zájmu o studium oligofrenie Itardovým spisem **„O divochu z Aveyronu“** (vlčí dítě),
 - Pestalozzi** - první ústav pro opuštěné a výchovně zanedbané děti a mladistvé,
 - vychovatel nahrazuje intimní rodinné prostředí; podnět pro vznik podobných institucí po celé Evropě,
 - Gugenbühl (1841)** - první centrum pro mentálně retardované ve Švýcarsku,
 - Emmeninghaus (1887)** - první učebnice dětské psychiatrie.
- Počátek 20. století**
- úprava právního zákona „nezletilých delikventů“,
 - pedopsychiatrii popisují organické poruchy, psychózy a neurózy u dětí,
 - **k aspektu léčebně - pedagogickému přistupuje aspekt sociální a psychoanalýza (Freudová, Kleinová) přidává aspekt dynamicko - vývojový,**
 - 19.5.1934** - sjezd švýcarské psychiatrické asociace : **Tramer,**
 - 1934** - vychází první pedopsychiatrický časopis, vytvářejí se první diagnostická kritéria, přesňuje se klasifikace duševních poruch u dětí.

2. polovina 20. století

- **aspekt preventivní,**
- **rodina** v popředí zájmu,
- studie **„rizikových dětí“**,
- důležitou se stává problematika **dětí zanedbávaných, týraných a sexuálně zneužívaných,**
- problematika mladistvých zneužívajících návykové látky,**
- **rozšíření škály podávaných psychofarmak,**

- používání moderních psychoterapeutických metod (Malá, 2000).

1.2.3 Historie z hlediska dětské a dorostové psychiatrie v českých zemích

1. etapa

Praha 1871

- první ústav Ernestinum s péčí o slabomyslné děti; ředitelem **Karel S.Amerling**, lékař a pedagog .

2. etapa

- **Karel Herfort** -první profesor, založil **poradnu pro dětskou psychopatologii**

3. etapa

1913 - **pedologický ústav**, vědecký základ medicínského oboru - pedopsychiatrie,

1923 - **otevřena dětská psychiatrická léčebna v Opařanech u Tábora** s moderní školou, bazénem a pracovními dílnami.

4. etapa

J. Apetauer

- **1947** - otevření **prvního dětského psychiatrického lůžkového oddělení** na pražské psychiatrické klinice,

- zájem o dětskou a adolescentní kriminalitu a trestní odpovědnost nezletilých, včetně možnosti různé maturovanosti (zralosti) adolescentů stejného biologického věku.

5. etapa

J. Fischer, lékař

- zřizuje **subkatedru pedopsychiatrie**.

6. etapa

1955 - prvním předsedou Psychiatrické společnosti České lékařské společnosti J.E. Purkyně zvolen **J. Apetauer**,

1956 - **J. Fischer** zakládá sekci dětské a dorostové psychiatrie Psychiatrické společnosti J.E.Purkyně (předseda), dalším předsedou **J.Čepička**, primář dětského psychiatrického oddělení Thomayerovy nemocnice v Praze,

1957 - založení speciální poradny pro mladistvé zneužívající alkohol,

1961 - zavádí **nástavbovou specializaci v dětské a dorostové psychiatrii**,

V. Vojtík - v Opařanech rozpracovává diferenciální diagnostiku mentální retardace (expert při WHO), zabývá se problematikou mladistvých toxikomanů,

J.Mečíř - **rozvíjí forenzní pedopsychiatrii**,

1971 - otevřena **první dětská psychiatrická klinika v Praze - Motole**,

- začíná první výzkum v pedopsychiatrii (zevní stresové situace, adaptační schopnosti, coping mechanismy, děti schizofrenních matek).

Vznik dalších dětských oddělení **při psychiatrických klinikách** (Brno, Plzeň, Olomouc), dále **při Psychiatrických léčebnách a dětských psychiatrických léčebnách**. Vytváří se **pedopsychiatrická ambulantní síť**.

V souladu s rozvojem ošetrovatelství jako samostatné vědní disciplíny narůstal v průběhu rozvoje dětské a dorostové psychiatrie i význam kvalifikované ošetrovatelské péče. Sestra se stala základním článkem zdravotnického týmu a v současné době je komplexní ošetrovatelská péče zaměřena na uspokojování potřeb základem léčby nemocných dětí (Malá, 2000).

1.3 Problematika normality

„Pochopení pojmu abnormalita není možné bez pochopení termínu normalita. Je zároveň žádoucí jeho upřesnění v rámci speciální pedagogiky jako východiska diagnostiky, terapie a celkové rehabilitace. **Pojem normální je nejčastěji chápán jako něco pravidelného, průměrného, častého, předvídatelného. Pojem abnormální vyjadřuje něco nepravidelné, odlišné od průměru, neočekávané. Vytváření norem je založeno na „axiomu normality“, tj. tezi, že psychologické i biologické jevy mají tzv. normální rozložení v populaci.**

Statistická norma je pásmo, rozpětí, které se vytváří na ose kolem střední hodnoty po přidání bipolárních směrodatných odchylek +/-. Toto rozpětí je tzv. pásmo normality.

Ve SP se jako normální nebo abnormální může považovat úroveň motoriky, kognitivních schopností, komunikace aj. Indikací pro SP podporu, výchovu a vzdělávání, je výrazně negativní vybočení z pásma normality. Jako problémové se může jevit určení měřitelnosti některých jevů, např. kognitivních schopností. V těchto případech je možné jen měření nepřímé - indirektní. Ve všech případech se používají konvenčně dohodnuté měrné nástroje a měrné jednotky (např. IQ je získané prostřednictvím testů inteligence, motorický věk motorickým testem aj.). Vytváření norem je založeno na „axiomu normality“, tj. tezi, že psychologické i biologické jevy mají tzv. normální rozložení v populaci (Renotierová, 2005, s.26 - 27).“

1.4 Příčiny vzniku psych. onemocnění

1.4.1 Zevní a vnitřní faktory

Zevní (exogenní) faktory

- **fyzikální a chemické:** úrazy, porodní trauma, radioaktivní ozáření, intoxikace léky a drogami,
- **biologické faktory:** infekce viry, onemocnění srdce, jater, ledvin, zažívací poruchy, hormonální vlivy, nádory, záněty, arterioskleróza, důsledek hladovění, avitaminózy, operace, ztráty krve,
- **psychosociální faktory:** především u neuróz a reaktivních stavů: nezvládnuté konflikty a frustrace (neuspokojení významných potřeb), psychické přepětí z příliš vysokých nároků okolí na jedince ať už v rodině, osobních vztazích nebo na pracovišti, psychotraumatizující výroky zdravotníků (iatropatogenie).

Vnitřní (endogenní) faktory

- **heredita (dědičnost):** může se jako rozhodující faktor uplatnit od dětství např. u některých oligofrenií, u fenylketonurie. Se stoupajícím věkem dědičnost není jedinou příčinou a stává se predispozicí (vnitřní podmínkou) - např. poruchy nálady, schizofrenie,
- **patogeneze vnitřního metabolismu v nervové soustavě a zvláště v mozku (Zvolský, 1997).**

1.4.2 Rizikové a protektivní faktory

Na straně dítěte

- **zvyšují jeho vulnerabilitu**
 - předčasné narození,
 - vývojové opoždění - podprůměrná inteligence,
 - obtížný temperament,
 - sociální neobratnost,
 - chronické onemocnění či handicap.
- **protektivní faktory**
 - tzv. pozitivní temperament,
 - nadprůměrná inteligence,
 - sociální zdatnost (zahrnuje i školní úspěšnost, mimoškolní adaptaci, snadný kontakt s vrstevníky i cizími autoritami),

- ochranným faktorem je fyzické zdraví.

V rodině

- zvyšují vulnerabilitu dítěte

- rozvod rodičů,
- násilí v rodině,
- alkoholismus a drogová závislost rodičů ,
- psychiatrické onemocnění zákonného zástupce (zejména depresivní onemocnění na straně matky),
- kriminalita rodičů,
- dysfunkční výchovné postoje rodičů (zákonných zástupců),
- fyzické týrání či sexuální zneužívání dítěte.

- protektivní faktory

- harmonické rodinné uspořádání,
- přiměřené výchovné postoje rodičů a podpora dítěte.

Ve vztahu k sociálnímu prostředí

- zvyšují jeho vulnerabilitu

- chudoba rodiny,
- ztráta zaměstnání zákonného zástupce dítěte,
- časté stěhování rodiny,
- blízkost závadných part (např. dostupnost drog) zejména

v souvislosti s dysfunkční rodinou a nedostatkem péče o dítě.

- protektivní faktory

- kvalitní vzdělávání,
- dostupnost kvalitních mimoškolních aktivit,
- dostupnost fungujících institucí zabývajících se péčí o děti.

Akumulace rizikových faktorů v průběhu vývoje je důležitější než specifický rizikový faktor. Preventivní intervence musí respektovat význam jednotlivých rizikových faktorů během vývoje. Čím je dítě mladší, tím spíše bude preventivní intervence zaměřena na osoby, na nichž je dítě závislé. Ve školním věku mohou preventivní programy kromě rodičů pracovat přímo s dětmi, ale i s institucemi, které mají na děti vliv.

V prevenci duševních poruch v dětství je nezbytná kooperace odborníků ve všech oblastech, jež mají vliv na děti, rodiny a instituce, které se dětmi a jejich rodinami zabývají (Malá, 2000).

1.4.3 Prevence vzniku duševních onemocnění

Vznik psychické poruchy, její další vývoj a projevy je závislé na mnoha okolnostech. Moderní dětská psychiatrie zdůrazňuje **multifaktorální podmíněnost** poruch u dětí a spolupůsobení rizikových a ochranných faktorů, které mohou vycházet z individuálního, rodinného nebo sociokulturního okruhu.

Prevence je důležitou součástí každého medicínského oboru. V pedopsychiatrii je jejím cílem jednak snižít incidenci psychických poruch v populaci a v případě klinické poruchy oslabit negativní dopad patologického procesu respektive udržet pozitivní terapeutický efekt procesu, respektive udržet pozitivní terapeutický efekt co možná nejdéle. Prevence bývá v medicíně rozdělována na tři oblasti: **primární, sekundární a terciární**.

Primární prevence

- soustřeďuje se **snížení výskytu** poruchy v populaci. Je zaměřena na eliminaci příčinných a rizikových faktorů, které spolupodmiňují vznik poruchy.
- **univerzální preventivní intervence:** zaměřena na celkovou populaci bez ohledu na specifická rizika, zaměřena na jedince nebo skupiny populace, u nichž je riziko vzniku duševní poruchy významně vyšší, zaměřena na vysoce rizikové jedince, u nichž identifikujeme minimální znaky nebo symptomy předcházející poruše, ale které nesplňují znaky pro plnou klasifikaci poruchy.

Sekundární prevence

- orientována na včasné zachycení a léčbu klinické poruchy,
- součástí **krizová intervence**.

Terciární prevence

- snaží se **zmírnit následky** klinické poruchy a zabránit jejímu relapsu (**dispenzarizace**),
- důležitou součástí je rehabilitace (Malá, 2000).

1.5 Diagnózy v pedopsychiatrii

1.5.1 Nejčastější projevy duševních poruch a odchylek u dětí a dospívajících

Dítě, jakožto nejzranitelnější, je indikátorem poruchových vztahů v rodině, jako takové je nejsnadněji označeno za duševně nemocné (podle Desatera se má ctít otec a matka, na dítě Bůh zapomněl).

Všechny klinické obory rozlišují příznaky subjektivní a objektivní. Psychiatricko-psychologické obory jsou charakteristické tím, že v nich je **vyšší podíl příznaků subjektivních**, z nichž jenom některé se podaří objektivizovat. Tato objektivizace je úkolem klinického vyšetření a pozorování.

Poruchy chování

- patří k nejčastějším diagnózám u dětí,
- původ je multifaktoriální,
- je na lékaři, aby našel příčiny a našel vhodný terapeutický přístup.

Neurotické projevy

- vyskytují se samostatně nebo jsou součástí jiných poruch a vznikají sekundárně,
- někdy doprovázejí somatická onemocnění, zejména chronická,
- v etiologii nacházíme psychogenní vlivy, vnitřní i vnější konflikty.

Projevy organického poškození mozku

- k poškození může dojít v kterékoliv životní etapě,
- mozek může být poškozen například úrazem, infekcí, intoxikací, hormonální,
- klinický obraz je velmi pestrý, od minimálních příznaků až po těžké defekty.

Poruchy intelektu

- jsou charakterizovány opožděným nebo neúplným vývojem v oblasti rozumových schopností,
- k posouzení stupně mentální retardace používáme inteligenční kvocient.

Poruchy řeči

- může být podmíněno zanedbáním výchovy,
- koktavost řadíme k poruchám neurotickým.

Poruchy příjmu potravy

- běžné nechutenství může být součástí nejrůznějších onemocnění,
- psychogenní zvracení, nejrůznější manipulace s jídlem patří mezi neurotické reakce,
- mentální anorexie a bulimie tvoří samostatné nosologické jednotky.

Poruchy hygienických návyků

- bývají součástí mentální retardace nebo důsledkem zanedbání výchovy.

Poruchy spánku

- od kojeneckého věku se mohou vyskytnout poruchy usínání, doprovázené rytmickými pohyby hlavy (**iactatio capitis**), neklidný spánek s převráceným rytmem,
- u starších dětí mluvení ze spaní, somnambulismus, noční děsy - je nutné pátrat po organické příčině.

Afektivní poruchy

- afektivní respirační křeče (zajíknutí) mají záchvatovitý ráz,
- návaly zlosti (**temper tantrum**),
- projevy strachu a úzkosti při panické reakci.

Poruchy v oblasti sexuality

- do 15 let věku nemusejí být poruchy fixované, ale je nutno evidovat.

Poruchy v oblasti sociálních vztahů

- některé poruchy ukazují na hlubší příčiny,
- elektivní mutismus, poruchy přichylnosti.

Automutilační a suicidiální jednání

- pozorujeme u středně až těžce mentálně postižených a u afektivně labilních dětí,
- vážně míněný pokus o sebevraždu se vyskytuje až po 10. roce věku,
- fantazie o vlastní smrti se vyskytuje v prepubertě a pubertě a nelze ji podceňovat.

Poruchy osobnosti

- mohou být pouze vývojovým projevem a později odeznít.

Psychotické poruchy

- jsou doprovázeny závažnou symptomatologií, způsobují ztrátu kontaktu s realitou,
- jsou popisovány psychické obrazy specifické pro dětský věk - psychózy, schizofrenního okruhu a psychózy afektivní.

Nejčastější projevy duševních chorob a odchylek u mladistvých

„Obecně platí o všech příznacích vše, co bylo uvedeno o symptomatologii dětí. Adolescent však má k příznakům vlastní postoj - vyhublost je považována za krásu, užívání psychotropních látek za obohacení života, disociální jednání (toulání, krádeže, vandalismus, promiskuita) za zdroj romantických zážitků. Mladistvý hledá své místo ve světě, prohlubuje se jeho sociální nejistota, přiklání se k extrémistickým hnutím, partám s negativním, případně antisociálním programem. Současně je obtížné stanovit hranici mezi patologií a širší normou tohoto věkového období. Problematika dorostové psychiatrie se již blíží psychiatrii dospělých, ale diagnostika musí být velmi obezřetná. **Nejčastější diagnózou v pedopsychiatrii** jsou poruchy chování.“

Neurotické projevy

Organické poškození mozku

- u některých organických poškození dochází ke kompenzaci a zklidnění, částečně se vytrácejí

příznaky hyperkinetického syndromu.

Mentální defektnost

- zesiluje eretismus, možnost impulsivní agresivity, primitivní sexuální projevy.

Sexuální aberace

- mají již typické formy.

Automutilační a suicidiální jednání

- stoupá frekvence sebevražedných pokusů i dokonaných sebevražd,
- objevují se nejrůznější automutilace,
- vyhledávání riskantních situací
- porušování životosprávy somaticky chronicky nemocných.

Poruchy vývoje osobnosti

Psychózy

- stoupá incidence zejména u psychóz schizofrenního okruhu, maniodepresivní psychóza je ještě vzácná,
- depresivní i hypomanické stavy se již vyskytují čteněji, jsou měnlivější, odklonitelnější (Kříž, 2000).

1.5.2 MKN-10

MKN-10 (Mezinárodní klasifikace nemocí) je platná od roku **1992** (v ČR od 1.1. 1994). V Americe existuje kompatibilní klasifikace **DSM-IV**. Existují i další klasifikační systémy (Čína, Japonsko).

Klasifikační systém umožňuje rozšířené vyjádření diagnózy na osách pro:

- **I. klinickou diagnózu,**
- **II. vyjádření míry postižení** - poškození, handicapujících důsledků,
- **III. související faktory** - přidružené, s klinickým stavem související okolnosti (kódovány písmenem Z), které zahrnují negativní faktory prostředí v psychologických, vzdělávacích, právních a fyzikálních podmínkách a v životosprávě).

Přítomnost dalších přítomných poruch nazýváme **komorbiditou**.

ad osa II - oblasti, v nichž se mohou důsledky poruchy objevovat:

- A - péče o vlastní osobu** (hygienu, sebeobsluhu, vyřizování záležitostí),
- B - práce** (kvalita činnosti při vzdělávání a výdělečném zajištění),
- C - rodina a domácnost** (kvalita soužití, péče o děti),
- D - širší kontext** (vztahy v mimorodinném prostředí a kvalita vlastních aktivit).

ad osa III- vyjádření závažnosti postižení:

- O** - bez postižení,
- 1** - minimální postižení (cca 20%),
- 2** - zřetelné postižení (cca 40%),
- 3** - podstatné postižení (cca 80%),
- 5** - těžké postižení (cca 100%).

Nutno přihlédnout rovněž i ke **kolísání v intenzitě a období**, ve kterém je závažnost postižení posuzována:

- méně než jeden rok,
- trvá jeden rok nebo déle,

- doba trvání není známa.

Typ eretický - typ hyperaktivní, neklidný.

Typ torpidní - typ hypoaktivní, apatický, neklidný.

Duševní a behaviorální poruchy jsou členěny do deseti kategorií **F0 - F9 (Hort, 2000)**.

1.6 Vyšetřování a diagnostika v dětské a dorostové psychiatrii

K psychiatrickému vyšetření je dítě obvykle odesíláno pediatrem a přichází na vyšetření v doprovodu rodičů nebo vychovatelů. Informace bývají doplňovány **orgánem péče o dítě, pracovníky kmenové školy apod.**

Ke komplexnímu posouzení duševního stavu dítěte je nutná **týmová práce** lékaře, psychologa, sestry a sociální pracovníce. Pedopsychiatrické klinické vyšetření provádí lékař - **pedopsychiatr**. Používá řízený rozhovor a pozorování. Hodnotí všechny projevy pacienta, dobu, kdy se příznak objevil, frekvence. Zkoumá vazby na osoby v rodině, ve škole apod. Vnímá citlivě příznaky dítěte. Posuzuje zjištěné příznaky, symptomatologii.

K pedopsychiatrickému vyšetření patří i **objektivní zprávy** o rodinném zázemí a situaci ve škole získané od doprovodu pacienta, od sestry, sociální pracovníce, učitele, psychologa.

Psychologické vyšetření provádí **psycholog**. Používá **metody pozorování a rozhovoru**. Provádí **rozběr výsledků a činností dítěte, testů a posuzuje příznaky**. Zásadní roli pro diagnostiku, sestavení **plánu ošetrovatelské péče má sestra**, která získává a předává **informace získané od doprovodu pacienta a při každém kontaktu s rodinou**. **Informace získané řízenými a hlavně neřízenými rozhovory, cíleným nebo bezděčným pozorováním a rozhovorem při každodenní běžné činnosti, které se dítě účastní.**

Sociální pracovníce je součástí zdravotnického týmu: spolupracuje s rodinou a ostatními odborníky a institucemi. **Speciální vyšetřovací metody**, které se provádějí na dětské a dorostové psychiatrii, jsou EEG(encefalografie), ECHO, scintigrafie mozku, CT, biochemická vyšetření, sérologická, imunologická a genetická vyšetření (Kříž, 2000).

1.7 Terapeutické postupy v pedopsychiatrii

1.7.1 Základní terapeutické postupy v dětské a dorostové psychiatrii

„Terapie dětí a mladistvých s duševní poruchou je dlouhodobá záležitost, která se uskutečňuje ambulantně, na pedopsychiatrických lůžkových odděleních nemocnic (diagnostické a krátké léčebné pobyty), v psychiatrických léčebnách na specializovaných pracovištích pro děti a dorost a dětských psychiatrických léčebnách, z nichž největší v ČR s 200 lůžky se nachází v Opařanech u Tábora.

Na prevenci a léčbě duševních poruch se podílejí také zařízení spadající do **resortu ministerstva školství, ministerstva práce a sociálních věcí** a různá nestátní **terénní pracoviště** (pedagogicko-psychologické poradny, střediska výchovné péče, kluby volného času, dětská centra s různým zaměřením, resocializační zařízení apod.).

Na vzniku duševních nemocí a poruch u dětí a mládeže podílí celá řada biologických, psychologických a sociálních činitelů, proto musí terapie působit komplexně i na klienta. V terapii bývají v různé míře **kombinovány** tři základní systémy: **farmakoterapie, psychoterapie a režimová léčba.**

V současnosti se objevují stále nová farmaka a řada z nich je přímo určena pro využití v pedopsychiatrii. U dětí a mládeže jsou psychofarmaka využívána **v menší míře** než v dospělé psychiatrii. Sestra dodržuje pravidla podávání léčiv, zná účinky léků a je schopna hodnotit vliv

lčiv na pacienta. **Hlavní skupiny psychofarmak užívaných v pedopsychiatrii:**

- psychostimulancia, anxiolytika, nootropní látky, antidepresiva, thymoleptika.

Při hospitalizaci dítěte je na sestře, aby v rámci ošetrovatelského týmu dokázala **aktivizovat pacienta** k zájmu o zlepšení vlastního duševního zdraví. **Objektivizuje** účinek léčiva (Kříž, 2000).

1.7.2 Psychoterapeutické metody a postupy

Psychoterapie je metoda, kdy psychologickými prostředky záměrně a cílevědomě ovlivňujeme duševní stav. U dětí, které nemají dokončen duševní vývoj, má psychoterapie velký význam. **K psychologickým prostředkům patří: slovo, mlčení, emoční vztahy a vazby, učení, manipulace prostředím atd.**

Pedopsychiatrie pracuje v **ambulantní péči i při hospitalizaci s psychoterapií individuální. skupinovou, velmi důležitá je rodinná psychoterapie.** K základním psychologickým prostředkům nutným pro práci s dětmi a mladistvými patří **psychoterapeutický přístup a vztah. Psychoterapeutický přístup** představuje kladné chování zdravotníků, které přispívá k dosažení záměrů léčby. **Psychoterapeutický vztah** vytváří mezi terapeutem a pacientem vztah, který dopřává dítěti pocit, že není s problémem samo. **Cílem rehabilitačně resocializační péče** je pomoci dítěti nově vytvořit fyzickou, emocionální a intelektuální schopnost potřebnou pro další vzdělávání, pracovní zařazení a kvalitní život. **Resocializace** prolíná celým léčebným procesem. V psychiatrických léčebnách značnou měrou k resocializaci pacientů přispívají například **ergoterapie, arteterapie, canisterapie, hipoterapie, herní terapie, kineziterapie, nácvik sociálních dovedností, aktivizace, relaxace** a další. **Režimová léčba** je systém závazných pravidel pro pacienty, který jim poskytuje jistoty a dává mantinely chování a jednání v každodenních situacích. (Kříž, 2000)

Denní režim

- označení pro celkové uspořádání činností v průběhu dne, jejich souhrn a trvání,
- při nedostacích v dodržování vznikají různé fyziologické, psychické či sociální problémy,
- souvisí s motivací jedince, jeho životními cíli a postoji,
- pokud se činnosti v rámci denního režimu opakují stejným způsobem, vznikají návyky.

1.8 Školní problematika v pedopsychiatrii

Školní prostředí představuje pro dítě významnou oblast. Školní problematika je široká. Jednou ze základních známek psychické poruchy u dětí je porucha školní přizpůsobivosti a školního výkonu. Úspěšnost dítěte ve škole je dána jeho intelektovou kapacitou a mimointelektovými schopnostmi a vlastnostmi.

Na začátku je to **otázka školní zralosti**, dále pak otázka **školní adaptace** na zátěž, kde můžeme uvažovat o diagnózách latentních nebo manická úzkost, školní fobie, sociální staženost - izolace, hyperaktivita, agresivní projevy a další disociální nebo odchýlné formy chování. Školní podvýkon mnohdy nabývá podoby plného školního selhání.

Vedle **poruch adaptace** se na nižším výkonu dítěte ve škole mohou podílet neurotické poruchy, psychotické procesy nebo takzvané **specifické poruchy učení** - dyslexie, dysgrafie, dyskakulie atd., **vztahy mezi učitelem a žákem, šikanování, smyslové a tělesné poruchy.** (Vojtík, 1991)

1.9 Specifika práce sestry v dětské a dorostové psychiatrii

V pedopsychiatrii pracují **všeobecné sestry, sestry specialistky se specializací sestry**

pro psychiatrii, pediatrii nebo management, jiní odborní pracovníci ve zdravotnictví se vzděláním pedagoga, terapeuta, zdravotně sociálního pracovníka, ošetřovatelé, zdravotničtí asistenti, sanitáři. Sestra pracuje v ambulanci pedopsychiatra, v lůžkovém zařízení akutní nebo následné péče. Podílí se na preventivní, diagnostické, terapeutické a zdravotně výchovné péči o dětskou klientelu. Zastává roli ochránce práv dítěte

Předpoklady: vzdělanost, kladný vztah k dětem, verbální a neverbální komunikační schopnosti na profesionální úrovni, komunikační schopnosti, empatie, schopnost získat důvěru lidí, kvalitní pozorovací schopnosti, duševní stabilita, vytrvalost, smysl pro týmovou práci, schopnost a ochota celoživotně se vzdělávat.

Práce sestry v lůžkovém pedopsychiatrickém zařízení je velmi náročná. Sestra pracuje s dětmi od 6 do 18 let a musí respektovat **zvláštnosti jednotlivých vývojových období**. Přebírá řadu povinností rodičů, spolupracuje při výchově a vzdělávání dětí. Zajišťuje **volnočasové aktivity**. Ručí za bezpečnost pacientů 24 hodin denně. Na práci sestry klade vysoké nároky i **rozmanitost diagnostická**. Na jedné stanici mohou být pacienti s **poruchami neurotickými, psychickými i s organicky podmíněnými stavy, k tomu s velmi různou intelektovou schopností**. Sestra vedle terapeutického přístupu musí využívat i **další formy komunikace a improvizace**. Pedopsychiatrická sestra musí počítat i s některými **negativními reakcemi**. Setkává se s **verbální, ale i brachiální agresí, s negativismem, s různými naschvály, provokacemi** atd. Zkušená sestra ví, na které typy chování reagovat. Dokáže předvídat nebezpečí vzniku konfliktu. Dalším rizikem pro sestru na pedopsychiatrii je **přenos, přílišná citová angažovanost a v jejím důsledku až syndrom vyhoření**.

V dětské a dorostové psychiatrii poskytuje sestra **komplexní ošetřovatelskou péči zaměřenou na uspokojování potřeb nemocných**. Při získávání informací o dítěti je nutné, aby sestra vytěžila jeho doprovod, ať se jedná o rodiče, pěstouna či pracovníka výchovného ústavu. Sestra by se neměla zapomenout zeptat na oslovení dítěte, oblíbené hračky, jídlo, ošacení, záliby a další věci, které pacientovi usnadní **adaptaci**. Důležité je také ověřit stupeň hygienických a stravovacích návyků a ověřit, zda dítě nemá po těle **stopy poranění**.

Při identifikování potřeb dětí a mladistvých a stanovení priorit ošetřovatelské péče se musí sestra pokusit **formou přiměřenou věku a mentální úrovni dítěte je zapojit do procesu léčby**. Pokud je dítě schopno rozhodování o sobě, mělo by **znát cíle ošetřovatelské péče a podílet se i na hodnocení**. Důležitou součástí práce sestry na dětské a dorostové psychiatrii je **předávání informací ústní a písemnou formou prostřednictvím zdravotnické dokumentace**. Zápisy obsahují informace o reakcích dítěte, o zapojení do činností, o postavení v kolektivu, o úrovni hygienických a společenských návyků. Sestra hodnotí **emoční reaktivitu, náladu, chování dítěte, vztah k autoritám, školní úspěšnost a další informace související s onemocněním dítěte**. Vedle toho může lékař ordinovat **cílené sledování** např. kvality spánku.

Při každém kontaktu zdravotníka s dětským psychiatrickým pacientem je třeba mít na paměti, co je **profesionální přístup**. Vstupuje sem dřívější zkušenost budící sympatie či antipatie. Je v zájmu jí samotné i v zájmu středního a vyššího managementu nabídnout jí dostatek vědomostí potřebných k práci a odpočinku a možností k duševní hygieně.

1.10 Právní problematika

Charta práv dětí v nemocnici

1. Děti mají být do nemocnice přijímány jen tehdy, pokud péče, kterou vyžadují, nemůže být stejně dobře poskytnuta v domácím ošetřování nebo při ambulantním docházení.
2. Děti v nemocnici mají mít právo na neustálý kontakt se svými rodiči a sourozenci. Tam, kde je to možné, mělo by se rodičům dostat pomoci a povzbuzení k tomu, aby s dítětem v nemocnici zůstali. Aby se na péči o své dítě mohli podílet, měli by rodiče být plně informováni o chodu oddělení a povzbuzováni k aktivní účasti na něm.
3. Děti a/nebo jejich rodiče mají právo na informace v takové podobě, jaká odpovídá jejich věku a chápání. Musjí mít zároveň možnost otevřeně hovořit o svých potřebách s personálem.
4. Děti a/nebo jejich rodiče mají právo poučeně se podílet na veškerém rozhodování ohledně zdravotní péče, která je jim poskytována. Každé dítě musí být chráněno před všemi zákroky, které pro jeho léčbu nejsou nezbytné, a před zbytečnými úkony podniknutými pro zmírnění jeho fyzického nebo emocionálního rozrušení.
5. S dětmi se musí zacházet s taktem a pochopením a neustále musí být respektováno jejich soukromí.
6. Dětem se musí dostávat péče náležitě školeného personálu, který si je plně vědom fyzických i emocionálních potřeb dětí každé věkové skupiny.
7. Děti mají mít možnost nosit své vlastní oblečení a mít s sebou v nemocnici své věci.
8. O děti má být pečováno společně s jinými dětmi téže věkové skupiny.
9. Děti mají být v prostředí, které je zařízeno a vybaveno tak, aby odpovídalo jejich vývojovým potřebám a požadavkům, a aby zároveň vyhovovalo uznaným bezpečnostním pravidlům a zásadám péče o děti.
10. Děti mají mít plnou příležitost ke hře, odpočinku a vzdělání, přizpůsobenou jejich věku a zdravotnímu stavu.

Tento dokument vychází z textu Charty práv dětských pacientů organizace "National Association for the Welfare of Children in Hospital" (NAWCH) se sídlem v Londýně. Překlad zdrojového textu pořídila Nadace Klíček se svolením této organizace.

Chartu v tomto znění schválila Centrální etická komise při Ministerstvu zdravotnictví ČR v roce 1993.

<http://mtoms.blogspot.com/2008/03/charta-prv-dt-v-nemocnici-dti-maj-bt-do.html> 1.4.2009

Práva pacientů (etický kodex)

1. Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.
2. Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem nemocnice, jako i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.
3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického a terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případu akutního ohrožení na zdraví má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s dalším postupem spojena. Pokud existuje více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich účastní.

4. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu ale musí být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
5. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace vyšetření a léčba jsou důvěrnou věcí a musí být prováděny diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.
6. Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné i v případě počítačového zpracování.
7. Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře, odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen poté, kdy mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují.
8. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou, má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění z nemocnice má právo očekávat, že jej bude lékař informovat o tom, jak bude o něj dále pečováno.
9. Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoli, a to i bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.
10. Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.
11. Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platnými předpisy instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční rád). Pacient bude mít právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat zdůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

V lednu 1991 ratifikovalo Federální shromáždění Listinu lidských práv a svobod: v návaznosti na ni vypracovala a schválila centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví kodex o právech pacientů: tento byl prohlášen za platný 25. 2. 1992

<http://www.fnmotol.cz/item-prava-pacientu-eticky-kodex> 1.4.2009

Ministerstvo zdravotnictví

Privátní praxe: psycholog, psychiatr.

Nemocnice: ambulantní, lůžkové.

Psychiatrická léčebna

Léčebná komunita, linky důvěry, krizová centra.

Ministerstvo vnitra

Policie: ČR, obecné.

Správa uprchlických zařízení

Ministerstvo práce a sociálních věcí

Sociálně právní ochrana dětí a mládeže (OSPOD)

Náhradní rodinná péče

Poradna pro rodinu

Azylové domy, Dům na půl cesty, linky důvěry, krizová centra.

1.11 Iatropatogeneze neboli poškození způsobené lékařem

Publikováno dne: 16.6.2006, Zdroj: Zdravotnické noviny

Iatrogenní znamená "lékařem způsobený" (řecky iatros = lékař; genesis = vznik, gennan = tvořit). Tvar slova je tedy převzat z řečtiny a jedná se o slovo složené, což pěkně koresponduje s poměrně složitou podstatou vlastního jevu. Výraz iatrogenní sám o sobě neříká nic o podstatě sledovaného jevu, tedy zda ono "lékařem způsobené" bylo žádoucí, či nikoli.

Do negativní roviny poškození se posouváme až vložím dalšího řeckého slova "pato" (řecky pathos = nemoc, choroba) mezi obě původní, a dostáváme tak výraz iatropatogeneze neboli poškození vyvolané lékařem. V anglosaské literatuře se však setkáváme víceméně pouze s označením "iatrogenic", tedy bez přídavku "pato", ale vesměs se vždy myslí konání lékaře ve smyslu negativním s následkem poškození zdraví, nežádoucích účinků nebo léčebných komplikací.

Ze společenského pohledu existují tři typy iatropatogeneze - klinická, kulturní a sociální, zároveň může docházet k poškození jak somatickému, tak psychickému. V přímé souvislosti s tímto dělením je nutno uvést, že výraz iatropatogenní se nevztahuje výlučně na konání lékaře. Tento termín označuje jakékoli negativní vědomé či nevědomé konání veškerého zdravotnického personálu (zdravotních sester, laborantů, psychologů, terapeutů či lékárníků), které ve svém důsledku vyústí v poškození pacienta.

<http://www.zdravotnickenoviny.cz/scripts/detail.php?id=173447>

31.3. 2009

1.12 Hospitalismus

„Hospitalismus značí nepříznivé, především psychické podmínky nemocničního a ústavního prostředí a důsledky jejich působení na duševní stav a tělesné zdraví nemocného. Nejčastěji u dětí - pro somatopsychickou nezralost a labilitu se projevuje nejvýrazněji. Vlivy, jež vedou k hospitalismu, se shrnují pod pojmem **psychické deprivace**. Psychická deprivace je stav, kdy subjektu není dána příležitost k uspokojení některé jeho základní potřeby po delší dobu. Od frustrace se liší tím, že frustrace je blokáda potřeby již uspokojené (Jobánková, 1996, s.150).

Druhy - **senzorická** (nedostatek smyslových podnětů),

emoční (citově chladné prostředí),

- **intelektová** (nedostatek podnětů, jež cvičí rozvoj intelektových schopností),

- **sociální** (opuštěnost).

Vznikají psychické změny, shrnované pod pojmem **regrese** - u dětí v podobě návratu do předchozího vývojového období (Jobánková, 1996)

2 VÝVOJOVÉ ASPEKTY ČLOVĚKA

2.1 Normální vývoj dítěte a adolescenta

„Vývojová období dětství a dospívání můžeme popisovat několika způsoby. Jedním je zachycení vývojových změn v jednotlivých oblastech psychiky (popis vývoje motorických, percepčních, kognitivních, řečových, emočních a **socializačních** funkcí) jiným úhlem pohledu je členění vývoje do fází, které se navzájem liší kvantitativně i kvalitativně. Běžně popisovanými vývojovými stádii jsou prenatální období, novorozenecké období, kojenecké období, batolecí období, předškolní období, mladší školní období a období dospívání (Kocourková, 2000, s. 34).“

1. Prenatální období (početí, porod)

- podstatné, **jaké vlivy (biologické a psychické) působí na plod a jakým způsobem plod ovlivňují**
- plod je schopen vlastních aktivních projevů (např. vyhledávání optimální polohy),
- **v 6. měsíci reaguje plod na zvuky,**
- na konci těhotenství **odliší hlas matky** od ostatních,
- vnímá stres matky,
- rozvíjí se vazba mezi matkou a dítětem,
- významná **úloha reakcí dalších blízkých osob**, které ovlivňují prožívání budoucí matky.

2. Novorozenecké období (narození až 6. týden)

- porod je intenzivní zkušeností pro matku i dítě,
- důležité **nenásilné vedení porodu, umožnění kontaktu mezi matkou a dítětem** těsně po porodu, možnost přítomnosti blízké osoby u porodu,
- **intenzivní péče o předčasně narozené děti,**
- zdravý novorozenec má vyvinuty všechny základní **nepodmíněné reflexy** (hledací, sací, polykací, vyměšovací, obranné, orientační, polohové, úchopové),
- u dítěte přítomna schopnost smyslové percepcce a interakce , vnímání bolesti,
- **dítě vytváří intenzivní kontakt s mateřskou osobou** (zrakový kontakt, kojení).

3. Kojenecké období (6 týdnů - 1 rok)

-intenzivní růst a psychický vývoj

Vývojovým úkolem je dosažení pocitu bazální důvěry (nutnost adekvátního mateřského chování)

Hrubá a jemná motorika:

3. měsíc - dítě leží v symetrické poloze, sleduje pohyby, oči předmět ve všech směrech,

6. měsíc - přitahuje se do sedu, sedí s oporou vzpřímeně, uchopí větší předmět,

9. měsíc - posadí se bez pomoci, leze, postaví se s oporou,

12. měsíc - dokáže chvíli stát bez opory, chodí vedeno za ruku.

Kognitivní vývoj a řeč: interakce s prostředím na úrovni **senzomotorické inteligence (Piaget)**

- myšlenkové pochody vázány na prováděnou činnost, přímou percepci, motorické akty,

8. měsíc - dítě rozliší prostředek a cíl, chápe trvalost předmětů v čase.

Od 2. měsíce brouká, **od 6. měsíce** napodobuje neřečové zvuky, **v 8. měsíci** první slovo, **v 1. roce** šest slov.

Od 10. měsíce plní jednoduché pokyny, **v 11. měsících** zná názvy několika předmětů.

Emoční a sociální vývoj: úzké propojení s vnitřními stavy (hlad, bolest)

- dítě projevuje libost či nelibost, překvapení, **ve 4. měsíci** zlost, **v 9. měsíci** smutek a strach, **projevy separační úzkosti**, **ve 12. měsíci** něžnost.

Vývojovým úkolem je dosažení specifického vztahu s pečující osobou a převažujícími pocity důvěry.

4. Batolecí období (1 - 3 roky)

- významný pokrok v motorických a kognitivních funkcích,
- samostatnost projevu, **kontrola vlastního chování**,
- **negativismus** (vývoj nezávislosti).

Hrubá a jemná motorika: **1 rok** - první kroky, **15. měsíců** - jistější chůze, dítě umí utíkat, zvládá chůzi ze schodů, **3 roky** - umí stát i skákat na jedné noze.

V **1 roku** obratnější, vkládá předměty do sebe, **15 měsíců** - postaví věž ze tří kostek, čmárá, **2 roky** - zvládá vertikální a kruhovou čáru, **3 roky** - z deseti kostek postaví věž i most, napodobí nakreslený křížek.

Kognitivní vývoj a řeč: výrazný rozvoj řeči

1 rok - 6-10 slov, **18 měsíců** - 20-30 slov, kombinuje 2-3 slova, **2 roky** - tvoří krátké věty, **3 roky** - užívá souvětí.

Období symbolického a předpojmového myšlení. Rozvoj představivosti a imaginace.

Emoční a sociální vývoj: emoční projevy komplexnější.

Diferencování, dává najevo lásku či odpor. **Separační úzkost** při odloučení blízké osoby. **2 roky** - hrdost, stud, **3 roky** - pocit viny, žárlivost, **2 1/2 roku** - identifikace se sexuální rolí, nácvik čistoty (vydrží bez pomočení ve dne), **3 roky** - dítě kontroluje tělesné potřeby samostatně.

5. Předškolní období (3-6 let)

- **zdokonalování motoriky:** ve **4 letech** umí dítě dobře utíkat, skákat, stát na jedné noze,
- zvládne řadu úkonů v sebeobsluze,
- **pokroky v kresbě (hlavonožec).**

Kognitivní vývoj a řeč: **názorové (intuitivní) myšlení** (Piaget), uvažování v celostních pojmech,

- vázán na **názornou** představu (myšlení egocentrické a prelogické).

3 roky - básničky, písničky, **4 roky** - mizí poruchy výslovnosti, roste schopnost mluvit v **souvětech**, **5 let** - definice známých předmětů, děti si samy povídají pro sebe, s hračkami, se zvířátky.

Emoční a sociální vývoj: bohatá schopnost emočního prožívání v interpersonálních vztazích

- prožívá a vyjadřuje komplexněji projevy lásky a odmítání, verbalizuje tyto pocity,
- úzkost (ztráta milované osoby, ztráty ocenění, uznání a akceptace),
- **falická fáze (Freud)**, projevy v dětských sexuálních hrách, **Oidipovský komplex**; řešením je **akceptace morálních norem** (superego - Freud),
- osvojování sociální role, kontroly,
- **hra** pomáhá odlišit realitu od vlastní fantazie (kromě jiného),
- velký význam mají vrstevníci.

6. Mladší školní období (6 až 11-12 let)

- **období latence** (Freud),
- **počátek školní výuky**,
- **školní zralost:** podmínka úspěšného zahájení vzdělávacího procesu.

Hodnocení úrovně tělesné, kognitivní, emoční a sociální vyspělosti dítěte (soustředění na výuku, respektování školního řádu, motivace pro školní práci). Nutná podpora rodičů:

- učí se akceptovat cizí dospělou autoritu,
- snaha uspět ve skupině vrstevníků.

Vývojový úkol: internalizace sociálních norem a pravidel

Kognitivní vývoj a řeč: stádium konkrétních operací (Piaget)

- schopnost tvorby úsudku bez závislosti na tom, co vidí. Logické usuzování se se týká pouze konkrétních jevů, které si dítě může názorně představit - bez názorné představy úsudek možný na konci tohoto období,
- stoupá slovní zásoba, délka a složitost větných celků (20 000 slov při nástupu do školy),

schopnost komunikovat,

- rozvoj paměťových funkcí.

Emoční a sociální vývoj: zvýšená schopnost sebekontroly a seberegulace,

- **identifikace** obvykle s **rodičem stejného pohlaví (idealizace)**,

- **schopnost separace** od rodičů a navazovat intenzivní emoční vztahy s dalšími dospělými (např. učitelem),

- důležitá **skupina vrstevníků, preference dětí stejného pohlaví**,

- oblíbené zájmové aktivity: sport, kroužky (síla, dovednost, kompetence),

-27-

- **vývoj morálního hodnocení**, empatie, zájmu o druhé.

Psychosexuální hledisko: není „úplnou latencí“ (sexuální hry dětí, mastrubační aktivity, vyhledávání odpovědí na sexuální otázky).

7. Dospívání (11-12 až 20-22 let)

- dvě fáze: **pubescence (11-12 až 15 let)**,

- **adolescence (15 až 20-22 let)**.

- **výrazné změny na úrovni biologické, psychické, sociální.**

Biologické změny: akcelerace růstu, rozvoj primárních a sekundárních pohlavních

Psychické změny: zrcadlí kognitivní vývoj a ustálení osobnostní organizace.

Sociální změny: odpoutávání se od primární rodiny, volba profese, nalezení osobního životního stylu,

- proces dospívání determinován biologickými a psychosociálními faktory,

- **vnější vlivy mají dopad i na urychlení vývoje biologických známek dospívání (sekulární akcelerace)**,

- současný výzkum (D. Offer a spoluprac.) cca 80% adolescentů je adaptována dobře a **neprožívá** výraznější „adolescentní zmatek“ nebo jiné psychické poruchy.

Pubescence (11-12 až 15 let)

- počátek období prepuberty spojené s nástupem prvních známek pohlavního dospívání a končící nástupem menarche u dívek (11.-13. rok), u chlapců první imisí semene (14. - 15. rok).

Psychologické hledisko: podstatný vztah mezi pubertálními změnami a psychosociálním významem, který dospívající těmto změnám přisuzuje a jak je prožívá.

Vztahy s vrstevníky: vyhledávání vrstevníků stejného pohlaví v partě, později větší význam párové přátelství.

Adolescence (15 až 20-22 let)

- období nejvýraznějších psychosociálních změn.

Kognitivní vývoj: **stádium formálních operací (Piaget)**, dosahuje vrcholu kolem 15 let - má **vliv i na morální usuzování** - změna vztahů k rodičům, vrstevníkům i sobě samému.

Vývojový úkol: **akceptace psychosexuální role sebe jako ženy nebo muže a schopnost sexuálního vztahu.**

Vztahy s rodiči: úkol adolescenta **uvolnit se z primární rodiny**; odvisí na předchozím vztahu s rodiči, typu rodiny (ztížené pro adolescenta s rodinou pouze s jedním rodičem) a **způsobu reakce rodičů na separační projevy u dítěte. Komplikovaná separace (hostilní závislost**, kdy adolescent na jedné straně rodiče odmítá a na straně druhé se od nich nedokáže odpoutat).

Vztahy s vrstevníky: **rozvoj hlubokých vztahů**, 75% adolescentů řeší emocionální problémy s vrstevníky.

Sexualita: významná zkušenost. **Prohloubená integrace pohlavní identity, reaktivity** (schopnost prožívat sexuální vzrušení a orgasmus) a **objektivní preference**. Normální je masturbace (častěji chlapci); případné psychické konflikty a pocity viny z nepřijatelných fantazií. **Přechodné homosexuální kontakty** před 15. rokem (bez následného ovlivnění

sexuality v dospělosti). **Homosexuální identita** - nese potíže, devalvace společnosti. První sexuální zkušenosti probíhají nejčastěji mezi 14. - 16. rokem (průměr 17 let).

Důležitá potřeba sexuální výchovy a prevence pohlavních nemocí (AIDS), nechtěných a předčasných těhotenství (informace o antikoncepci), rizikového chování (prostituce).

Vývoj sociální kompetence: předpoklad výběru přiměřeného studijního oboru nebo pracovního začlenění. **Problémy:** při neúspěchu, nemožnosti sladit vlastní zájmy, představy rodičů a zájem rodičů a zájem společnosti. Důležitá je motivace, respektování sociálních norem a hodnot, schopnost snášet frustraci při neúspěchu.

Vývoj vlastní identity: nalezení sebe sama jako svébytné osoby, která má konzistentní cíle, profesní orientaci, přátelství, sexuální vztahy, morální hodnoty a skupinovou příslušnost. Je schopna nezávislého života, realistického sebehodnocení, sebecenění a sebeutěšení (Kocourková, 2000).

2.2 Vývojové aspekty rodičovského chování

- v různých vývojových obdobích odlišné úkoly

Prenatální období

- rozhodující, zda je dítě chtěné (připravenost rodičů)
- důležitá **emoční vazba budoucí matky k otci dítěte**
- identifikace matky s rolí
- preferované pohlaví dítěte
- strach z porodu apod.

D. W. Winnicot

- pokládá za důležité, aby matka byla ve stavu „**primárního mateřského zaujetí**“, plně koncentrovaná na potřeby dítěte.

Ztížení: nezralost matky, matka bez opory v partnerovi či blízké osobě, temperamentová nekompatibilita mezi dítětem a matkou či nepříznivé vnější okolnosti, do nichž se dítě narodilo.

Batoletní období

- vytvoření **bezpečných hranic** prostřednictvím rodičovského chování,
- **pomoc při strukturaci** zkušenosti dítěte,
- vytváření podmínek pro **rozvoj autonomie dítěte**,
- **projevy vzdoru** dítěte zvládat bez nadměrného omezování či nadměrné povolnosti,
- **rozvoj pocitu hrlosti, zabránit ohrožení zahanbením a studem** (respektování rozvíjejícího se sebevědomí dítěte, neponižovat dítě).

Předškolní období

- významnost rodičů jako páru,
- **výchova ztížena extrémním nesouladem rodičů či péčí pouze jednoho z nich** (více výchovných funkcí).

Školní období

- **rozšíření vazeb dítěte k cizím osobám**,
- **přijetí realistických možností dítěte** v oblastech výkonu (škola, zájmové kroužky),
- pomoc s plněním školních povinností.

Adolescence

- **výrazná změna vztahů rodičů a dítěte**,

- pro rodiče obtížné přizpůsobovat se změnám dospívajícího dítěte a vycházet vstříc jeho potřebám,
- **nepodporovat nadměrně či předčasně separaci dítěte z rodiny** - ovlivňuje i vlastní dospívání rodičů - způsob řešení vztahů s rodiči (Malá, 2000).

Speciální potřeby dítěte a dospívajícího - souhrn

„Moderní interakční pohled na vývoj dítěte a adolescenta respektuje význam biologických, psychologických i sociálních faktorů, které vývoj ovlivňují od prenatálního období do dospělosti. Většina psychologických vývojových teorií zdůrazňuje význam rané interakce dítěte s matkou, důležitost rodiny a flexibility rodičovského chování vzhledem k vývojovým potřebám dítěte. Nezanedbatelný význam mají i vlivy sociokulturní. Dítě prochází vývojovými obdobími (období prenatální, novorozenecké, kojenecké, batolecí, předškolní, mladší školní a období dospívání). V těchto obdobích dochází k významným vývojovým změnám, které směřují vývoj dítěte a adolescenta k dospělosti (Kocourková, 2000, s. 41).“

2.3 Teorie psychického vývoje

2.3.1 Teorie J. Piageta a Z. Freuda

„Vzhledem k tomu, že v dětském věku probíhají nejvýraznější a nejdůležitější změny, je toto období nejčastěji zkoumáno. Podobně jako tělesný růst, neprobíhá ani duševní vývoj zcela spojitě. Lze sledovat období urychlení a zpomalení vývoje. O periodické popsání těchto fází se snaží mnohé teorie. Jedna z nich je teorie S. Freuda. Rozčleňuje psychický vývoj do pěti období podle dynamického utváření osobnosti zejména v oblasti sexuálního pudu (Janotová in Zvolský, 1997, s. 56).“

Švýcarský psycholog J. Piaget dělí vývoj dítěte do pěti stádií, které se časově kryjí se stadii Freudovými, ale přihlíží více k vývoji poznávacích a sociálních schopností.

J Piaget - švýcarský psycholog

Stádium senzomotorické

- **od narození do dvou let (Z. Freud - orální stádium),**
- myšlení dítěte vázáno na skutečně prováděnou činnost,
- od rozpoznávání jednotlivých vjemů se dítě dostává k vjemu celého předmětu,
- vytváření specifického vztahu k matce.

Stádium symbolické

- **od dvou do čtyřech let (Z. Freud - anální stádium),**
- vývoj řeči a ustálení symbolických znaků pro ustálené představy.

Stádium názorového myšlení

- **od čtyř do sedmi let (Z. Freud - přibližně falické stádium),**
- dítě začíná vyvozovat závěry,
- názorová závislost na dětském egocentrismu a bezprostředních činnostech dítěte.

Stádium konkrétních operací

- od sedmi až osmi let do jedenácti až dvanácti let,
- vytváření myšlenkových kategorií,
- dítě chápe pojem třídy,

- vytváří se smysl pro povinnost.

Stádium formálních operací (Z.Freud - genitální stádium)

- mezi dvanáctým až čtrnáctým rokem,
- vytváření obecných soudů, kritiky,
- rozvoj abstraktního myšlení.

2.3.2 Teorie E.Eriksona

Erik Erikson - profesor Harvardské university

- vycházel ze studia psychoanalýzy, zdůrazňuje sociálně kulturní aspekt,
- člověk prochází v životě etapami, které následují vždy po vyrovnání se s psychosociálním konfliktem předešlého období,
- stěžejní práce nese název „**Osm věků člověka.**“

První rok života člověka : důvěra x nejistota

- budování základního pocitu jistoty a důvěry na základě stálosti a kvality mateřské péče,
- při problémech možný vznik paranoidních reakcí v pozdějším životě.

Batoletí věk: autonomie x stud

- vytváření pocitu autonomie,
- nácvik regulace vyměšování.

Předškolní období: iniciativa x vina

- výrazný rozvoj lokomotoriky a iniciativy x konflikt s normami okolního světa,
- při překročení požadavků vzniká pocit viny,
- velká citová vázanost na rodinu, zejména matku,
- dítě žárlí na otce i na sourozence.

Školní věk: aktivita x méněcennost

- dítě se váže na skupinu vrstevníků,
- osvojení si mnohé zručnosti x boj proti pocitu méněcennosti,
- vzhlížení dítěte k jiným autoritám než jsou rodiče,
- inklinace ke skupině stejného pohlaví, kritičnost skupiny druhé.

Období dospívání: identita x nejistota

- hledání identity,
- první lásky (forma zrcadlového vztahu - „hledám svůj obraz v očích druhého“).

Období mladé dospělosti: intimita x izolace

- zkouška kvality identity z předškolního období,
- vlastní sebejistota a schopnost blízkého vztahu ke druhým lidem = intimita,
- při problémech vyhýbání se vztahům a následná izolace.

g) období dospělosti: generalivita x stagnace

- hlavním rysem plodnost čili kreativita,
- nejen rozšiřování rodiny, ale i sféra učení, vytváření, pečování a užitečnost pro společnost (kritéria pro sexuální výběr partnera).

h) období zralosti = „maturita ega“ : integrita x strach ze smrti

- pouze duševně zralý a vyrovnaný jedinec dokáže hledět konci života vstříc s klidem a vnitřním uspokojením, netrápí se tím, že žil nadarmo a krátce, netrpí hrůzou ze smrti,

- jedinec ví, že životní osud je součástí lidské civilizace a kultury (Janotová in Zvolský, 1997).

2.4 Základní zákonitosti v biopsychickém vývoji člověka

„Obecnou vývojovou podstatu lidského života není lehké postihnout, neboť každý člověk má ve svém vývoji od narození až do smrti vedle obecných i zcela jedinečné, neopakovatelné rysy a je také formován jedinečným seskupením utvářejících faktorů.

-31-

Vlastně samu tuto jedinečnost považuje většina autorů za obecnou zákonitost duševního vývoje.“

Zákon jedinečnosti vývoje

- vývoj jednotlivých lidí se individuálně liší, mají však společné vývojové trendy a u každého jedince vývojové změny probíhají ve svébytném vývojovém obsahu a v individuálním časovém nástupu.

Zákon postupného zpomalování tempa

- v raných stádiích probíhá vývoj velmi rychle a zřetelně, pak dochází ke zpomalování (nestejnoměrně s prudším průběhem v dospívání). S dosažením dospělosti dochází ke „zrání“, v závěru lidského života dochází ke změnám involučním (sestupným).

Zákon vývojové nerovnoměrnosti

- jednotlivé oblasti duševního života, duševní funkce, procesy a cvlastnosti se nerozvíjejí souběžně. Nastupují a rozvíjejí se v různou dobu lidského života, mění se jejich těžiště a význam v celkové struktuře psychiky dle toho, ve které stádiu celoživotního vývoje se jedinec nachází. Tím také vznikají a překonávají se vývojové změny.

Zákon postupné vývojové diferenciaci a integraci

- v průběhu života se zjemňují a rozlišují (diferencují) funkční duševní možnosti a předpoklady, vlastnosti člověka a ty se postupně rozvíjí, zdokonalují ke specifické odezvě vůči okolí. Vyhraňuje se vnitřní prožívání a nastavení k uvědomělejšímu charakteru potřeb, zájmů, motivů, jednání, realizaci vztahů apod. Doprovází člověka celoživotně. Funkce a kvality se dostávají do nových vzájemných vztahů a propojení, duševní struktura se funkčně zceluje (integruje) na nové vývojové úrovni. Každá vývojová změna má rozmanité důsledky ve vytváření a možnostech vývoje nových vztahů k sobě, světu či rozvoji povahových a charakterových vlastností apod.

Zákon směřování ke struktuře druhu

- dítě na každém stupni vývoje směřuje přes všechny odlišnosti biopsychického uzpůsobení k formám chování a prožívání dospělého jedince na současném stupni civilizace. Dítě je od počátku života jakoby „nastavené“ pro přijímání těchto vlivů, které je tímto směrem také vedou. Proto také patří k důležitým lidským potřebám intimní kontakt se sociálním prostředím, jež je rozhodujícím faktorem pro úspěšný proces socializace jedince (Jobánková, 1996).

2.5 Činitelé psychického vývoje

Langmeier, Matějček - akceptují interakční pojetí (už u Piageta)

Činitele psychického vývoje

- vývoj, zrání a učení, formování osobnosti a její determinace, výchova, socializace - vyjadřují jediný složitý děj

a) ontogeneze psychiky - vývoj psychiky v průběhu života jedince od narození - dětství - mládí - dospělost - stáří

b) zrání - změny určované převážně vnitřními biologickými činiteli nezávisle na vnějším působení

učení - změny jedince probíhající pod vlivem prostředí zejména sociálního, adaptace na toto prostředí, získávání zkušeností - dva vzájemně spjaté aspekty - špatně se oddělují

socializace - zařazení jedince do společnosti, osvojení sociálních zkušeností a norem, vzájemné působení společnosti a jedince

c) - na vývoji psychiky se podílejí vlivy prostředí, kultury, výchovy a činností na biolog. předpoklady dítěte

Biologické činitele - nervová soustava; hormonální soustava; tělesný růst organismu; vloh; temperament; inteligence

http://www.astride.estranky.cz/stranka/biologicke-a-socialni-faktory-vyvoje-cloveka_-vyvoj-nazoru-_včetně-současnych_-na-jejich-vyznam-a-podil_-dusledky-techto-nazoru- 31.3. 2009

2.6 Základní psychické potřeby

Psychické potřeby a úroveň jejich nasycenosti nemají přímou návaznost na zachování vitálních funkcí organismu. Patří však k hlubokým a často nepoznaným zdrojům chování a jednání všech lidských jedinců.

Jsou to potřeby:

- **místa,**
- **bezpečí,**
- **podnětů, péče a výživy,**
- **podpory, opory,**
- **limitu, hranic.**

Potřeba místa

- patří k nejdůležitějším potřebám, vzniká před narozením, kdy má dítě již definováno své místo na úrovni fyzické, psychické i metaúrovni (matka patří do konkrétní rodiny, společenství se svými zvyky, které vedou k různým reakcím na podněty, což dítě vnímá).

Dostatečné syčení této potřeby má vliv na dítě do budoucna, jeho vnímání sebe sama a sociálních souvislostí. Základní místo je naše tělo.

Nenasycená potřeba místa - bezdomovci, rozpadlé rodiny, exil, ztráta zaměstnání. S přibývajícím věkem je fyzická potřeba místa rozvíjena na potřebu něco vlastnit (např. hrnek, hračky), snaží se před ostatními uhájit své teritorium (např. narození sourozence). Specifickou skupinu tvoří Rómové.

Potřeba bezpečí

- syčení potřeby začíná těhotenstvím, dále rodinné prostředí ve smyslu panujících poměrů, prožitky bezpečí, případně strachu z nesrovnalostí mezi rodiči a v rodině vůbec včetně používaných trestů a sankcí. Dítě potřebuje otevřenou komunikaci a důsledné oznamování

záměru dospělých, nepřekvapovat je - dávat v rámci možností volbu řešení.

Potřeba podnětů, péče, výživy

- predispozicí opět těhotenství matky, hlavní část potřeby vzniká v době prvního roku života a následným klíčovým obsahem je syčení potřeby kolem třetího roku věku dítěte a situace v rodině do zahájení školní docházky.

Podněty

- málo podnětů či přesycení jimi, důležitá regulace nabídky podnětů,
- při nenasyčené potřebě krádeže (nejedná-li se o rozmar či snaha si něco dokázat).

Péče

- nutno dítěti věnovat pozornost, dávat najevo zájem o něj, nepodceňovat jeho bolst či zklamání. Nedostatečně syčená péče se projevuje např. „šplhounstvím“ - nutno jasné definování pravidel kontaktu (při neřešení možnost vydírání dospělého dítětem).

Výživa

- nedostatečně syčená potřeba, především informacemi, v rodině vede zpravidla k jakési

-33-

„funkční hluchotě“. Doma se naučili v zátěži informací vypínat, neslyšet. Děti jsou schopny zopakovat pokyn dospělého, ale jejich obranný systém nedovolí kódování informací do dlouhodobé paměti, zůstane jen v krátkodobé. Nejvhodnější je navázat informace na představivost.

Potřeba podpory

- fyzická,
- verbální.
- jeden z prvních podnětů, který známe: nošení miminek ve vaku, kolébky,..Vyhozením dítěte a chycením rodičem do náruče dítě získává zkušenost, že je na lidi spolehnutí.

Při nedostatečném syčení této potřeby se děti uzavírají, demonstrují drsnost a tvrdost, aby překryly svou emoční citlivost. Zesměšňují vše, co lze chápat jako podporu od ostatních. Nutno děti chválit, podpora vyjádřena dotekem vhodná pouze do nástupu puberty, pak preferovat podporu verbální.

Potřeba limitu, hranice

- potřeba vzniká v těhotenství, kdy limitem je děloha (pružná a pevná, omezující a zároveň chránící). Takový limit člověk hledá celý život. Nutno rozlišovat mezi limitem a sankcí. Sankce omezuje - není pocit ochrany. Sankcí je trest, vyhrožování a další formy represe. Limit musí být jasně definován.

Nedosycená potřeba limitu, hranice: pochází z prostředí, kde nejsou žádné limity nastaveny, limity jsou tvrdé či nesplnitelné. Dítě má snahu ověřovat si hranice. Potřeba limitu dává pocit ochrany, ale i omezení.

Strategie: autenticita při výchově, nastavení limitů srozumitelnou formou, důslednost, spolupráce, odměny a povzbuzení, trpělivost, zajímavý program a aktivita pro dítě, informovanost (Nepublikovaná přednáška, rok není znám).

2.7 Maslowova „Pyramida potřeb“

Teprve pokud máme uspokojeny základní (fyziologické) potřeby, obracíme se k uspokojení potřeb vyšších. Pociťovaný nedostatek nebo frustrace na nižší úrovni nám tedy zabrání postupovat výš. Jsou-li naopak všechny naše základní potřeby saturovány, přecházíme automaticky na vyšší úroveň a předchozí stupně už nevnímáme jako svou prioritu.

Fyziologické potřeby

Jsou to základní potřeby našeho organismu: dýchání, pití, jídlo, sex a vylučování. Rovnovážný stav organismu, v němž nám nic nechybí (ani "nepřebývá"), nazýváme homeostáze.

Potřeba bezpečí

Ve chvíli, kdy jsou naše fyziologické potřeby relativně uspokojeny, začneme prahnout po pocitu bezpečí, který si spojujeme s předvídatelností dění ve vnějším světě, s jakýmsi pořádkem a konzistencí kolem sebe, že nás nic příliš nerozrušuje ani nepřekvapuje, snažíme se mít věci pod kontrolou. Toužíme po jistém zaměstnání, pojištění a chráněném účtu v bance.

Naše společnost nadbytku a právních norem vcelku dobře umožňuje uspokojení těchto dvou základních vrstev. Potřeba bezpečí v sobě zahrnuje:

- ochranu před zločinem
- finanční jistotu
- zdraví a pocit pohody
- zajištění pomoci v případě úrazu nebo nemoci

Sociální potřeby

Máme-li uspokojeny první dvě vrstvy, přirozeně směřujeme k touze po citovém naplnění skrze:

- přátelství
- intimní a partnerský život
- podporu a komunikaci v rámci rodiny

Potřebujeme pocit sounáležitosti, být přijímáni takoví jací jsme druhými lidmi. Máme potřebu milovat a být milováni. Není-li tato naše potřeba naplněna, pociťujeme osamělost, sociální úzkost a depresi. Potřeba sounáležitosti může dokonce převýšit naše nižší potřeby. Např. anorektička obětuje své fyziologické potřeby a dokonce i zdraví pro pocit přijetí a sounáležitosti.

Potřeba úcty, respektu a uznání.

Máme potřebu respektovat a být respektováni, ale také potřebu sebeúcty. Chceme se cítit přijímáni a pozitivně oceněni, chceme se cítit užiteční, chceme vynikat ve své profesi a zájmech. Nesrovnalosti na této rovině se projevují jako komplexy méněcennosti, nízká sebeúcta. Lidé s nízkou sebeúctou potřebují neustálé projevy respektu a uznání všech lidí, touží po slávě a popularitě. Člověk, který se cítí sebevědomý a schopný nevyžaduje uznání všech, ale jen od jedné osoby. Ani sláva a úspěch nemusí člověku dodat zvnější pocit sebeúcty, protože nejprve se musí sám vnitřně přijmout. Psychická nerovnováha, např. deprese může člověku bránit ve vytvoření sebeúcty, ať už zevně nebo vnitřně.

"Všichni lidé v naší společnosti (kromě několika patologických vyjímek), mají potřebu nebo touhu po stabilním, opodstatněném, (obvykle) vysokém hodnocení sebe sama, po sebeúctě nebo sebehodnocení a po uznání ostatních. Opodstatněným (firmly based) sebehodnocením míníme to, že je založeno na reálných schopnostech, výkonech a respektu ostatních. Tyto potřeby lze rozdělit na dvě podskupiny. Do první z nich patří touha po síle, po úspěšném výkonu, adekvátnosti a důvěře ve vztahu ke světu, po nezávislosti a svobodě. Druhou skupinu můžeme nazvat touhou po reputaci nebo prestiži (vymezenou jako respekt nebo uznání druhých lidí), po rozpoznání, pozornosti, důležitosti a ocenění. Tyto potřeby zdůrazňoval Alfred Adler a jeho následovníci, zatímco Freud a psychoanalytici jejich důležitost popírali. Dnes je nicméně stále víc zřejmý jejich centrální význam" (**A. H. Maslow: A theory of human motivation, 1943, s. 6).**

Růstové potřeby

Tyto potřeby související s růstem naší osobnosti se od předchozích liší. Nižší potřeby mohou být naplněny, nasyceny tím, že obrazně řečeno, "hladina v nádrži dosáhne na pomyslnou linku", a my se cítíme uspokojeni, uklidněni. Růstové potřeby jsou potenciálně otevřené "do nekonečna" - souvisí s dlouhodobou životní motivací. Zde platí, že "i cesta může být cíl" - samo hledání něčeho nám dodává pocit smyslu. Zde není mírné napětí vnímáno jako frustrace, ale jako naopak energizující, motivační faktor vyrůstající z hloubky osobnosti .

Z hlediska grafologie souvisí potřeba seberealizace s rytmem pohybu a formy v písmu.

- Kognitivní potřeby: potřeba vzdělání, poznání a cestování, potřeba porozumět světu kolem sebe, rošiřovat a prohlubovat své intelektuální schopnosti a vědění.
- Estetické potřeby: potřeba krásna, umění a příjemného prostředí
- Sebeaktualizace: potřeba naplnit svůj potenciál, dostát našim schopnostem, stát se tím, kým můžeme nebo máme být. Touha po tvořivosti a produktivitě.
- <http://ografologii.blogspot.com/2008/04/abraham-maslow-pyramida-potreb.html>
[31.3.2009](#)

3 VÝCHOVA

3.1 Vymezení pojmu, formy, cíle výchovy

- je nezbytným rysem mezilidského soužití v sociálně-historické podmíněnosti vývoje společnosti je zvláštním druhem mezilidského působení.

Má-li se stát člověk lidskou bytostí, musí nejen žít mezi lidmi, ale být jimi také vychováván. V působení různých stránek prostředí je často neodlučitelně obsažen i výchovný aspekt, současně se však výchova liší od živelného působení životního prostředí.

Charakteristické pro výchovu je záměrné mezilidské působení, při němž určitý cíl je dosahován určitými prostředky a výchovnými postupy. Hlavním cílem výchovy v naší společnosti je harmonicky rozvinutá osobnost člověka s maximálně využitými jeho individuálními lidskými vývojovými možnostmi.

Úspěšná realizace cílů výchovy se váže na širší souvislosti: podstatný je zřetel psychologický, a to nejen ve smyslu respektování psychologických zákonitostí mezilidského působení. S tím souvisí mj. i vhodná volba formy výchovného působení.

3.2 Formy výchovy

Účinná výchova využívá všech forem výchovného působení, neboť nepřímé výchovné působení ve spojení se sebevýchovou přináší často lepší výsledky než výchova přímá s převahou direktivních a přímo usměrnitelných vlivů.

Výchova jako vnější činitel duševního vývoje zajišťuje **proces učení** v širším slova smyslu (sem řadíme narůstání individuální zkušenosti jedince od počátku života, **obecnou smyslovou zkušenost** nejmenšího dítěte, jeho ranou speciální zkušenost i **záměrné specifické učení** v pozdějších vývojových fázích). Učení je však možné, jsou-li současně pro ně vnitřní předpoklady jedince (viz. geneticky podmíněné **zrání** fyziologických struktur, funkčních předpokladů, individuální vývojový rytmus a vůbec individuální zvláštnosti somatopsychické).

Úspěšná výchova a optimální proces učení jsou proto závislé na hluboké **znalosti individuální psychologie** každého vychovávaného. Jedině tak lze docílit přiměřený odhad specifických výchovných nároků, zachytit odezvu výchovného snažení, volit a obměňovat pružně výchovné metody a prostředky.

Výchovné působení nevyžadující bezprostřední osobní kontakt vychovávajících a vychovávaných

- úprava prostředí za výchovným účelem, poskytnutí hraček, pomůcek, sportovního vybavení, ale také estetické podněty, výchovné působení tisku, rozhlasu, filmu, televize. Vychovávaný si tyto vlivy ani jako výchovu neuvědomuje.

Výchovné působení předpokládající bezprostřední kontakt vychovávajících a vychovávaných

- **nepřímé** - cíl si plně uvědomuje a zcela jej sleduje jen vychovatel, např. navozování vhodných her, soutěží, besed,

- **přímé** - vychovatel vychovávaný se společně zaměřují k určitému cíli, např. k získání určité dovednosti, ovládnutí určité látky.

Sebevýchova

- člověk sám sobě klade cíle, vychovávaný je současně sám sobě vychovatelem (Jobánková, 1996).

„Porozumění individuality člověka je nemyslitelné bez hlediska jeho interpersonálních vlastností a interpersonálních vztahů. Jejich zkoumání a výklad se zase neobejde bez analýzy podmínek, činitelů a průběhu sociálního procesu i zpětně od počátku života (Jobánková, 1996, s. 13).“

3.3 Styl výchovy

Zelina dělí výchovu na sedm typů

- **výchovu úspěchem:** vysoké požadavky, vysoký stupeň akceptace vychovávaného,
- **nadmíru starostlivá výchova:** používání odměn, častá kontrola, nadmíru starostlivá výchova, silná láska, empatie, nízké požadavky, odměňování,
- **výchovu liberální:** láska, nízké požadavky, zřídka kontrola a odměňování,
- **výchovu demokratická:** láska a akceptace, vysoké požadavky, zřídka kontrola a odměňování,
- **přísný autokratismus:** nepřátelství, absence akceptace a empatie, vysoké požadavky, častá kontrola, trestání jako hlavní způsob vlivu,
- **trestající autokratismus:** vysoký stupeň nepřátelství, vysoké požadavky, častá kontrola a trestání, příležitostný autokratismus,
- **zanedbávající výchovu:** nepřátelství, nízké požadavky, nepoužívání odměn a trestů,
- **zavrhující odmítavou výchovu:** nízké požadavky, zřídka kontrola, přísné tresty.

3.4 Chyby ve výchově

„Úvaha nad formativním působením výchovy jako činitele duševního vývoje a celoživotního utváření osobnosti by měla být spojena i se zamyšlením, které závažné a časté chyby ve výchově mohou zavést celkový vývoj a utváření osobnosti nežádoucím směrem a mít často dlouhodobý negativní dopad“.

Dle J. Langmaiera a Z. Matějčka jsou to především tyto chyby:

nepřiměřené množství výchovných podnětů

- málo podnětů, které by zajišťovaly žádoucí odezvu a snahy dítěte,
- nadbytek podnětů způsobuje zahlcení dítěte, spěch na dítě, které nestačí reagovat.

nepřiměřená kvalita výchovných podnětů

- jednostranné působení,
- zkomolený vzorec podnětů např. nevyrovnaná osobnost vychovatele,
- nedostatečná kvalita podnětů,
- nepodnětné výchovné prostředí.

proti sobě působící podněty

- nedůslednost vychovatele,
- nejednotnost výchovy,
- neuspořádanost výchovných cílů.

výchovně nepříznivé postoje vychovatelů

- přehnaně úzkostné a ochranné,
- příliš náročné, nepromíjející,
- nevšímavé, lhostejné
- zaujaté až nepřátelské, patologické.

3.5 Výchovně-vzdělávací metody

- vysvětlování, přesvědčování, demonstrace (video), použití vzoru, použití zkušeností, modelové situace, videotrénink, videoanalýza, opakování, procvičování, trénování.

3.5.1 Korektivní emoční zkušenost

Alexander a French (1946) zdůraznili význam korektivní emoční zkušenosti: klient prožije situaci, která je v rozporu s jeho nevhodným očekáváním a stejně jako původní forma, je i tato

situace emočně nabitá a může zlomit předchozí fixované postoje v dalším chování (Alexander, French in Kratochvíl, 1998).

3.6 Působení trestu a odměny

Jak působí trest:

- vyvolává nejistotu, neklid,
- snižuje sebevědomí, motivaci, pozornost,
- snižuje nebo zvyšuje mimiku,
- stupňuje konflikt,
- vyvolává opozici, vzdor, méněcennost,
- podporuje uzavřenost,
- vyvolává únavu, kapitulaci,
- vyvolává zraňující výroky,
- provokuje agresivitu, podněcuje vztek,
- vyvolává úzkost,
- vyvolává tělesné projevy (ztížení dechu, strnutí těla),
- snižuje spolupráci, porozumění,
- podporuje samomluvu,
- vyvolává slzy, sebeobviňování,
- usnadňuje lež, podvádění,
- provokuje touhu po odplatě.

Jak působí odměna:

- zklidňuje, vyvolává jistotu,
- podporuje spolupráci,
- dodává chuť do práce,
- uvolňuje pocity napětí,
- vyvolává snahu pomoci,
- zlepšuje náladu,
- zvyšuje odpovědnost,
- mírní agresivitu,
- pomáhá překonávat překážky,
- zvyšuje toleranci a aktivitu,
- zvyšuje otevřenost, sebedůvěru,
- zesiluje porozumění,
- rozvíjí sílu, podporuje aktivitu,
- tlumí vztek, pomáhá snášet neúspěch,
- **pomáhá smířit se s chybami.**

4 SOCIALIZACE

4.1 Vymezení pojmu

„Socializace je celoživotním procesem utváření a vývoje člověka ve společenskou bytost. Tento proces probíhá ve vzájemné interakci jedince a společnosti.“

Sociální prostředí je jedním z nejdůležitějších faktorů podmiňujících rozvoj lidské osobnosti. Každý jedinec potřebuje být součástí takového společenství, je na ně ve značné míře odkázána při uspokojování většiny svých potřeb, dokonce i těch základních biologických. Společnost sice jedinci mnohé poskytuje, ale na druhé straně má ty, kteří k ní patří, určité požadavky. Vzhledem k tomu je nutné, aby se v dané společnosti orientovali, musí tyto požadavky poznat, získat o nich potřebné informace, a to je možné prostřednictvím komunikace. Ale lidé mají i potřebu sociálního kontaktu, lidská společnost je pro ně důležitá nejen jako prostředek, ale sama o sobě, jako cíl. Člověka uspokojuje, může-li sdílet s ostatními své zážitky, podílet se na společenské činnosti, rozvíjet a vytvářet blízké vztahy atd. V lidské společnosti získává každý jedinec mnoho různých zkušeností, které jeho osobnost rozvíjejí, a nelze je získat jiným způsobem.

Socializace je založena na celoživotním sociálním učení, vyplývajícím z kontaktu s lidskou společností. Výsledkem je rozvoj specificky lidských vlastností: proces postupné orientace jedince v sociálním prostředí, rozvoj sociálních zkušeností, který umožňuje jeho přijatelnému začlenění do společnosti, tj. adaptaci na její podmínky (Vágnerová, 2004, s.273)."

4.2 Socializační rozvoj a dopady na osobnost jedince

Socializační rozvoj jedince je mnohostranný, ovlivňuje specifickým způsobem všechny složky osobnosti:

- reguluje citové prožitky
- ovlivnění většiny motivačních tendencí (nové motivy a vrozené pudové tendence,
- rozvoj osobních hodnot a postojů- odpovídá těm obecně platným)
- rozvoj poznávacích procesů (dítě se učí orientovat ve svých poznatcích,
- interpretovat je a hodnotit, rozvoj a způsob uvažování), osvojení specifických kognitivních schémat,
- osvojení jazyka jako specifického komunikačního prostředku, sociokulturně podmíněné jsou i mnohé neverbální formy komunikace,
- přiměřené chování ve své sociální skupině, osvojují si sociokulturně platné vzorce chování na základě nápodoby a identifikace,
- rozvoj schopnosti sebekontroly a autoregulace vlastních projevů ,tj. vůle (ubývá závislosti na vnější kontrole) a zaměření autoregulačních mechanismů žádoucím směrem,
- rozvoj vlastní identity.

Socializace se podílí na integraci jedince do společnosti. Každá společnost si vytváří určitý typ průměrné modální osobnosti, jejíž znaky by měli (rámcově) mít všichni její členové. K tomuto cíli směřují veškeré sociální tlaky, které podporují rozvoj žádoucích vlastností a sankcionují ty nežádoucí.

"Příslušnost ke stejnému společenství působí jako jeden ze zdrojů jistoty, dané znalostmi a z toho vyplývajícím očekáváním ve vztahu k těmto lidem. Odlišným lidem nelze tak snadno porozumět, a tudíž ani nelze dobře vědět, co je možné od nich čekat. Cizost vyvolává pocit nejistoty, někdy dokonce i ohrožení." Např. duševně nemocný člověk (Vágnerová, 2004).

4.3 Morální vývoj

4.3.1 Vymezení pojmu

„Morální vlastnosti se rozvíjejí v průběhu socializačního vývoje, především na základě výchovy a pod vlivem dalších zkušeností.

Morální vývoj člověka postupuje podle Piagetta od egocentrismu k allocentrismu, čili od orientace na sebe k orientaci na druhé lidi. Schopnost sociálního cítění (empatie, soucit) se vyvíjí od 4. až 5. roku života (Vágnerová, 2004, s. 331).“

4.3.2 Teorie dle J. Piageta

J. Piagett rozlišuje dvě základní stádia morálního vývoje:

1. Stádium heteronomní morálky

kdy jsou pravidla chápána jako absolutní a neměnná, daná zvenčí, trest odpovídá velikosti viny bez zřetele k okolnostem.

2. Stádium autonomní morálky (kolem 11 let), v němž jsou pravidla chápána jako účelové konvence, takže je možno je i měnit. Výše trestu je dáвана do souvislosti s okolnostmi provinění.

V dětství se učí člověk rozlišovat správné a nesprávné chování na základě zkušeností, osvojuje si mravní pojmy (zlo, dobro, pravda ap.).

Postupně se formuje **svědomí** jako jakýsi **morální regulátor**. Svědomí souvisí s **hierarchií hodnot**. Jeho formování prochází více či méně kritickými fázemi (puberta, adolescence) a v optimálním případě směřuje vývoj ke střízlivému, věcnému pohledu na svět a na vlastní život.

4.3.3 Teorie dle L. Kohlberga

Dělí stádia:

- **premorální, předkonvenční stádium (do 7 let)** - dominuje snaha vyhnout se trestu a dále získat příznivé ocenění, dítě je zaměřeno především na sebe a na své potřeby, řídí se především očekávanými následky svého chování

- **stádium konvenční morálky plynoucí z role (do 13 let)** - převažujícím důvodem určitého jednání je to, že ostatní očekávají, začíná se projevovat smysl pro povinnost, vůdčí snahou je vyhnout se odsouzení druhými nebo uznávanou autoritou a vyhnout se z něj plynoucím pocitem viny

- **stádium osobně přijatých zásad** - respektování nestranného hodnocení a hodnocení vlastního tak, aby nedošlo k sebeodsouzení, smysl pro uznávaná pravidla a spravedlnost. Tohoto stádia však nedosahuje každý, např. v 16 letech jej dosahuje podle autora méně než 10% takto staré populace a u některých jedinců jej nezaznamenáme vůbec

„Průběh socializace každého jedince je do jisté míry kontrolován a regulován společností (sociální normy, pravidla, vývojové úkoly, různé sankce ap.). K nejdůležitějším mechanismům socializace patří **zpevňování** (podporování některých projevů, potlačování jiných), **nápodobá** (imitace), **ztotožňování** (identifikace), **sugesce** (ovlivňování jedince intenzivním působením na neracionální stránky psychiky) a **hra** (Hutyrová, 2007).“

4.4 Stupně socializace

4.4.1 Stupně socializace (resocializace) ve SP

Integrace (z lat.integer - začlenění)

- úspěšné začlenění osob se speciálními potřebami do pracovního a společenského prostředí bez potřeby dalších zvláštních opatření (úlev, výhod, individuální pomoci aj.).

Adaptace (z lat.adaptatio - přizpůsobení)

- úspěšné začlenění osoby se speciálními potřebami do společnosti intaktních, která však musí být jeho potřebám přizpůsobena.

Utilita (z lat.utilis - nižší)

- jde o tzv. sociální upotřebitelnost znevýhodněného jedince, která představuje jeho zařazení do společnosti za předpokladu celoživotní ochrany a pomoci.

„Socializaci lze chápat jako cíl speciálněpedagogického působení. Je podmíněna individuální schopností socializace, tzv. sociabilitou. U osob, které již byly z pracovního a společenského prostředí vyčleněny z důvodu získaného postižení, je proces opětného zařazení do společnosti nazýván resocializace (Renotírová, 2005, s.21).“

4.4.2 Klasifikace stupňů socializace dle WHO:

Plná integrace

- sociálně integrovaný jedinec.

Vysoká integrace

- inhibovaná účast,

- omezená účast.

Středně vysoká integrace

- zmenšená účast

Nízká integrace/ nízká segregace

- ochuzené vztahy,

- redukované vztahy,

- narušené vztahy.

Středně vysoká segregace

- odcizení.

Vysoká segregace

- společenská izolace.

Segregace

- je opak integrace,

- stav, kdy je osoba se speciálními potřebami vyčleněna ze společnosti intaktních či se z ní sama vyčleňuje (Renotírová, 2005).

5. MOTIVACE

„Motivy jsou faktory, které aktivizují lidské chování, nasměrují je na určitý cíl a v tomto směru je udržují po určitou dobu. Takto navozené jednání směřuje k uspokojení nějaké potřeby. Motiv vzniká na základě interakce vnitřního stavu jedince a vnějších podnětů. Potřeby lze rozlišovat na základě jejich vzniku i zaměření na primární biologické, primární psychické a sekundární psychosociální potřeby. Různé teorie motivace se liší svým důrazem na určité potřeby pudové nebo psychosociálního charakteru. Působením potřeb a z nich vyplývajících motivů na lidské chování může být velmi variabilním. V jednotlivých fázích lidského života jsou důležité jiné potřeby (Vágnerová, 2004, s.196).“

Příklady motivací:

- **motivace úvodní:** vyprávění, rozhovor (bez hodnocení),
- **motivace průběžné:** orientační otázky, soutěživý moment, aktualizace (vztah dětí k práci), demonstrace, příklady z praxe.

6 POZNÁVACÍ PROCESY

6.1 Výčet poznávacích procesů a jejich funkce

- vnímání, paměť, myšlení, jazyk a řeč, inteligence, učení.

Vnímání - umožňuje základní orientaci v prostředí, respektive v aktuální situaci.

Paměť - umožňuje uchování různých informací a na něm závislé postupné obohacování zkušenosti, tj. učení.

Myšlení - mentální manipulace s různými informacemi (tj. kognitivními prvky, vesměs prezentovanými v symbolické podobě: s vjemy, představami, symboly nebo znaky), která slouží k porozumění jejich podstaty a k analýze různých souvislostí a vztahů, na jejichž základě odvozuje určité závěry.

Jazyk a řeč - lze chápat jako kognitivní a komunikační kód, užívající určité symboly, které jsou systematicky, dle určitých pravidel uspořádány. Řeč, mluvená i psaná, je konkrétní jazykovou dovedností.

Inteligence - tento termín označuje obecnou strukturu rozumových schopností, které určují způsob orientace, tj. porozumění, a obvykle nějakým způsobem i ovlivňují chování.

Učení - je jednou z podmínek trvalejší modifikace psychických, eventuálně somatických funkcí, která vzniká na základě zkušenosti. Učení může vést k trvalejší změně v prožívání, uvažování i chování (Vágnerová, 2004).

6.1.1 Teorie učení

Principu teorie učení se využívá i při psychoterapii:

- hlavním terapeutickým principem je **opakování, učení, nácvik** nebo přesněji řečeno **metody využívající plánovitých soustavných cvičení s postupným zvyšováním nároků** (Vágnerová, 2004).

6.1.2 Nácvik

- **správné reakce**: vypracovává se žádoucí dovednost nebo návyk, **pozitivní nácvik**: odstraňování strachu u různých zdravotnických výkonů, **šířeji pojatý nácvik**: zaměřený na převýchovu některých nedostatků v osobnosti (např. **trénink vůle**, kdy se sám pacient vystavuje situacím vyžadujícím překonávání překážek a vynaložení úsilí od jednodušších až po složité), **aktivační trénink**: vychází z poznatku, že celková nálada bývá spojena se zevním výrazem a naopak (např. depresivní pacienti jsou vedeni k různé činnosti a aktivizaci), **averzní terapie**: alkoholici, **negativní nácvik**: nácvik odmítání, **metoda přesycení**: léčba fobií do bodu, kdy při vystavení obávané situacii již se již strach nestupňuje, **systematická desenzibilizace**: postupné vystavování obávané situaci po malých krocích (Vágnerová, 2004).

7 SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKA

Dle Renotiérové je speciální pedagogika (dále SP) vědní disciplína, která se zabývá zákonitostmi rozvoje, výchovy, vzdělávání, přípravy pro pracovní a společenské začlenění jedinců se speciálními potřebami a na řešení výzkumných úkolů vyplývajících z poslání oboru (Renotiérová, 2004).

7.1 Pojem speciální pedagogika, předmět a cíl oboru

„Předmětem zájmu SP je především edukačně zaměřená enkulturace osob, které jsou z důvodů subnormální funkčnosti či organického poškození vlastního organismu, nebo z důvodů významných kulturních či sociálněadaptačních odlišností znevýhodněny ve společenském životě. Důležitou součástí procesu oné enkulturace jsou pak mimo jiné terapeutické přístupy k výše zmíněným osobám (Müller, 2005, s.13).“

Jesenský (2000) hovoří o **komprehenzivní SP** jako souborném termínu, označující několik skutečností: obsáhlost, zahrnutí řady disciplín, ucelenost, komplexnost a generalizovanost pojetí.

SP v širším slova smyslu

- každá speciálně zaměřená pedagogika, která je ve vztahu k pedagogice obecné.

SP v užším slova smyslu

- samostatná vědní disciplína zkoumající zákonitosti speciální výchovy a vzdělávání a přípravy pro pracovní a společenské uplatnění jedinců, kteří jsou znevýhodněni, handicapováni v důsledku mentálního, smyslového, motorického postižení či sociálního znevýhodnění.

Předmět SP

- zkoumání podstaty a zákonitostí výchovy a edukace jedinců se speciálními potřebami z pohledu etiologie, symptomatologie, možnosti aplikace speciálněpedagogických metod (reedukace, kompenzace, rehabilitace) a profylaxe neadekvátního vyrovnání znevýhodněných osob s postižením, narušením nebo různými specifickými omezujícími faktory.

Předmět péče SP

- zdravotně či sociálně znevýhodněný jedinec, který potřebuje podporu v oblasti výchovy, vzdělávání, přípravy pro pracovní a společenské začlenění i v jeho realizaci.

Cíle SP

- vycházejí z principu humanismu (uznání hodnoty a svébytnosti každého člověka):

cíl humánní: právo osob se spec. potřebami na zajištění co nejkomplexnějšího rozvoje a respektování jejich osobnosti,

cíl výchovný: realizace práva osob se specif. potřebami na vzdělání, které zajistí jejich optimální rozvoj,

cíl ekonomický: uplatnění práva osob se speciálními potřebami na odpovídající pracovní zařazení umožňující v co nejvyšší míře uplatnit jejich schopnosti a dovednosti (Kysučan, Kuja in Renotiérová, 2005).

7.2 Postavení speciální pedagogiky v systému věd

- SP patří do soustavy věd o člověku, z užšího hlediska do systému pedagogických věd,
- SP je samostatný obor tvořený širší, všeobecněji koncipovanou SP teoretickou základnou a úžeji zaměřenými jednotlivými obory dle rozdílného předmětu zájmu,

- **velký význam východisek v rámci biologických věd, psychologie a sociologie** (obecná a vývojová psychologie, patopsychologie, sociální psychologie, psychologie dítěte, sociální patologie aj.),
- **medicíny** (foniatrie, neurologie, psychiatrie, ORL, ortopedie, oftalmologie, dětské lékařství aj.),
- **přímé pomocné vědy:** patopsychologie, patobiologie, sociální patologie,
- **nepřímé pomocné vědy:** kybernetika, psycholingvistika, semiotika, bionika,
- **normativní a pomocné vědy:** logika, etika, estetika.

7.3 Členění speciální pedagogiky

- současné členění vychází z pojetí Miloše Sováka (1972),
- jednotlivé kategorie osob se specifickými potřebami potřebují zcela specifické formy výchovy a vzdělávání a přípravy pro pracovní a společenské začlenění.

- **psychopedie** - SP osob s mentálním postižením,
- **tyflopédie** - SP osob s poruchami zraku,
- **etopédie** - SP osob s obtížnou vychovatelností, osob s poruchami chování,
- **logopedie** - SP osob s narušenou komunikačními schopnostmi,
- **surdopedie** - SP osob s poruchami sluchu,
- **somatopedie** - SP osob s poruchou hybnosti, tj. tělesně postižených, nemocných a zdravotně oslabených,
- **SP osob s vícenásobným postižením** - tj. osob s více vadami,
- **SP osob s parciálními nedostatky** - tj. osob se specifickými poruchami učení, chování a pozornosti.

V současnosti aktuální i **problematika jedinců vyjimečně nadaných a geniálních**, jež vyžaduje rovněž na praktickou SP podporu.

Na pedopsychiatrickém oddělení využívány nejčastěji poznatky a metody z psychopedie a etopédie (kromě medicínských oborů).

7.3.1 Psychopedie

- z řeckého slova **psyché**- duše a **paideia** - výchova

7.3.1.1 Vymezení pojmu

- **v užším pojetí:** speciálně pedagogická disciplína, která se zabývá edukací osob s mentálním či jiným duševním postižením a zkoumáním formativních (výchovných) a informativních (vzdělávacích) vlivů na tyto osoby,
- **v širším pojetí:** interdisciplinární obor, zabývající se prevencí (zejména terciální), prognostikou mentální retardace (popřípadě jiných duševních poruch) s důrazem na **edukaci, reedukaci, diagnostiku, terapeuticko-formativní intervenci, kompenzaci, rehabilitaci, inkluzi (integraci) a socializaci či resocializaci** klienta s mentálním či jiným duševním postižením.

Psychopedická klientela:

- osoby s mentální retardací tvoří převahu osob využívajících služeb psychopeda,
- široké spektrum duševních poruch od pervazivních vývojových poruch přes specifické poruchy učení či chování, poruchy chování a emocí či dětské psychózy až po schizofrenie, afektivní poruchy, neurotické poruchy a poruchy chování a osobnosti u dospělých, popř. duševní poruchy vyvolané psychotropními látkami, klienti s kombinovanými vadami (s tzv. dvojí diagnózou),
- osoby, které **nejsou mentálně retardované**, ale mají takové rozumové nedostatky, pro které je znemožněno vzdělávání na běžné škole (velká část žáků vzdělávána dle vzdělávacího programu praktické školy),

- všechny osoby nacházející se na hranici či za hranicí mentální normy - normality (Müller, Valenta, 2004).

„**Předmětem psychopédie** (termínu u nás užíváno od poloviny minulého století, kdy vznikl na základě analogie s již užívaným termínem logopedie je tedy nejen **mentální retardace** či **jiné duševní postižení** (takto především z pohledu psychopédie jakožto vědního oboru), ale především **mentálně retardovaný** či **jinak postižený klient** (i žák s takovými rozumovými nedostatky, s nimiž se nemůže vzdělávat na základní škole) a jeho enkulturace, tj. socializace v nejširším slova smyslu (především z pohledu psychopedické praxe (Valenta, 2004, s.4).“

„Psychopédie je vřazena do systému speciálně pedagogických disciplín, které jsou součástí pedagogiky jakožto základního vědního oboru. Z příbuzných disciplín („pedií“) má nejbližší k etopedii, dále pak k logopedii, popř. somatopedii. Psychopédie z interdisciplinárního hlediska leží v průsečíku vědních oborů pedagogiky, psychologie, sociologie a medicíny.“ (Valenta, 2004, s. 7-8)

7.3.1.2 Hraniční pásma = mentální subnorma

Bajo a Vašek (1994) se zmiňují o výskytu 5-16% v populaci, kdy může jít o děti výchovně a sociálně zanedbané, infantilní, s poruchami vědomí (epilepsií), s lehkou mozkovou dysfunkcí či dětskou mozkovou obrnou, nemocné a fyzicky oslabené děti, neurotické děti, děti se smyslovými poruchami, se specifickou poruchou učení apod.

7.3.2 Etopedie

- z řeckého slova **ethos** - mrav, chování, zvyk a **paidea** - výchova,
- mladý obor, v roce 1969 se etopedie vydělila z psychopédie.

Etopedie - směřuje k nápravě chování a zvyklostí chování, zabývá se osobami ohroženými sociální exkluzí.

Příbuzné obory: speciální pedagogika, psychopédie, patopsychologie, sociální psychologie, medicína, psychiatrie, sociologie, sociální práce, sociologie deviantního chování, filozofie, etika, psychoterapie, právní obory.

Po roce 1989

- mezinárodní zkušenosti, otevřenost vůči světu, školská politika a integrační tendence, humanizace právního systému.

Předmět zájmu

- osoby s poruchami chování, emocí, sociálních vztahů, hodnotových orientací, a to ve výchově, vzdělávání, poradenství, terapiích, prevenci, sociální rehabilitaci a resocializaci.

Vývoj terminologie

- **dříve:** mravně ohrožení, narušení, vadní, úchylní, obtížně vychovatelní,
- **dnes :** s poruchami chování, s problémovým chováním, s rizikovým chováním, ohrožení sociálním vyloučením.

Vnější riziko, ohrožující vlivy a tendence = **psychosociální ohrožení.**

Narušení sociální a psychické integrity, kdy jedinec porušuje právní a sociální normy = **psychosociální postižení.**

Sociální exkluze = sociální vyloučení.

Prevence = předcházení biopsychosociálnímu narušení jedince a jeho sociokulturních vztahů

Terapie = v obecném smyslu znamená léčbu, podle nových terminologií podporu a doprovázení

Reedukace = výchovný proces, s použitím pedagogických, psychologických a terapeutických metod se usiluje o změny v chování jedince, které přispějí k jeho sociální integraci.

Sociální rehabilitace = proces, ve kterém se jedinec snaží dosáhnout optimálního zdravotního a psychického stavu obnovy nebo náhrady ztracených nebo omezených schopností a dovedností dobrého sociálního fungování.

Delikvence = způsob chování v rozporu s platnými právními normami.

Kriminalita = způsob chování porušující normy trestního práva.

Sociální norma = typické chování pro většinu příslušníků konkrétní společnosti, to co je obvyklé, osvědčené, správné a žádoucí.

Osobnost jedince v etopedickém systému, odbornost a osobnost etopeda

- existuje etický kodex sociálních pracovníků, etický kodex učitelů je v návrhu.

Profesiogram

- nelze určit obecný, nutno vzít v potaz klientelu a specifika zařízení,

- etoped vykonává výchovně vzdělávací proces, poradenství, terapie, reedukační činnosti, resocializaci,

Vzdělání – absolvent magisterského, případně bakalářského studia speciální pedagogiky zaměřeného na etopedii, průprava v psychoterapii, sebezkušenostní teoretický i praktický výcvik, znalosti z psychiatrie a psychologie, nutná je práce pod supervizí, běžný pedagog nemá být pro stejné klienty terapeutem,

Postoje – důležitý je všeobecný rozhled a vzdělání, sdílení lidské zkušenosti s klientem, orientace v jeho duchovním i sociokulturním světě, nutné osobní kvality, morální měřítko, hodnotové systémy, vzhled do vlastních motivů, míra duševní vyrovnanosti, empatie a sociální inteligence, nemá být extrémním introvertem ani extrovertem.

7.4 Metody SP

„Z hlediska celkového rozvoje, výchovy a vzdělávání se SP zabývá jedinci se speciálními potřebami všech věkových kategorií, tj. od časného dětství až po stáří, a všech typů a stupňů postižení, od lehkých, hraničních, až po velmi těžké, hluboké (Renotírová, 2005, s. 23).“

7.4.1 SP přístupy

Z oblastí vymezení přístupů k těmto jedincům SP v sobě zahrnuje:

- **etiologii** - stanovení příčin postižení,

- **fenomenologii** - přesné definování obrazu postižení,

- **prevenci** - její zaměření spočívá v zabránění vzniku defektivity,

- **výchovnou terapii** - která ve své komplexnosti, zahrnující v širším slova smyslu i aspekt vzdělávací, spočívá v uplatnění speciálněpedagogických metod.

7.4.1.1 Etiologie, fenomenologie

Dělení speciálněpedagogických metod:

Obecné

- **anamnéza** rodinná, osobní a vyšetření sociálního prostředí: jsou realizovány nejčastěji anamnestickým rozhovorem a písemným dotazováním,

- **katamnéza** šetří situaci, ve které se jedinec se speciálními potřebami nalézá po uplynutí určitého časového úseku od provedení úpravy nebo nápravy a hledá příčiny recidivy, opakování nežádoucích projevů.

Speciální

- **speciální metody** jsou zaměřené na komplexní popis druhu a stupně postižení. Podílí se na něm tým odborníků (lékař, psycholog, sociální pracovník, speciální pedagog aj.).

„Prostřednictvím diagnostických metod se ve SP získávají takové poznatky o diagnostikované osobě, na jejichž základě lze zformulovat speciálněpedagogickou diagnózu. Ta zahrnuje individuální znaky a vlastnosti jedince, které se týkají úrovně jeho výchovy a vzdělání. Je východiskem pro stanovení speciálněpedagogické prognózy, která naznačuje možnosti a předpokládaný vývoj v oblasti výchovy a vzdělávání postiženého (Pipeková in Renotierová, 2005, s.24).“

Vašek dělí SP diagnostické metody na základě rozdílných kritérií:

- **podle způsobu zjišťování** na: pozorování, explorační, testové, kazuistické metody, rozbor výsledků činnosti, diagnostické zkoušení aj.
- **podle zaměření zjišťování** na: zjišťování úrovně vědomostí, sociability, vývoje řeči a motoriky, sebeobsluhy, funkce smyslových orgánů aj.
- **podle jiných kritérií**: výkonové, funkčně a anatomicko-morfologické, nestandardizované, standardizované aj.

7.4.1.2 Prevence

Metody prevence

Procházková je člení na:

primární - jsou zaměřené na předcházení defektům orgánovým a funkčním,

sekundární - mají zabránit nepříznivému vývoji a zhoršování stavu,

terciální - je úkolem dispensárních (následných) služeb, které nebývají zpravidla řešeny na úseku školství (např. etopedická problematika).

7.4.1.3 Výchovná terapie

Speciálněpedagogické nápravné metody

- zaměřují se na překonávání, zmírnění, případně i na prevenci narušených vztahů jedince se speciálními potřebami k výchově, vzdělávání a práci:

- **metody reedukace**
- **metody kompenzace**
- **metody rehabilitace**

Metody reedukace (z lat. re - opět, znovu, educatio - výchova)

- SP postupy zaměřené na rozvoj a celkové zlepšení těch funkcí, které se v důsledku orgánového poškození (vrozeného nebo získaného) nerozvinuly, příp. zcela vymizely, nebo na odstranění nežádoucích důsledků předchozí výchovy,

- využívány i nejmenší zbytky a předpoklady pro zlepšení stavu postižených funkcí. Důležitá je včasnost praktické realizace těchto postupů, což ostatně platí i pro všechny další SP metody.

- využívány metody vyučování a výchovy prostřednictvím slova, názoru nebopraktické činnosti.

Metody kompenzace (z lat. compensatio - vyrovnání, vyvážení, náhrada)

- SP postupy, kterými se zdokonaluje a zlepšuje jiných funkcí než těch, které jsou postiženy,

- zaměřeny na nahrazení chybějících funkcí jinými, nebo na vyrovnání nedostatků

u znevýhodněného jedince v jedné oblasti jiné, náhradní,

- lze chápat i tak, že osoba se speciálními potřebami má své nedostatky v oblasti tělesné, smyslové

či mentální např. dobrým chováním, pozitivním vztahem k práci aj.

Metody rehabilitace (z lat. re - znovu, opět, habilitas - schopnost, způsobilost) - volně

přeloženo opětovné dosažení schopnosti, znovuzpůsobení

- v lékařství chápán pojem v užším slova smyslu jako postupy, které upravují orgánový defekt a obnovují narušené funkce. Toho se dosahuje např. nápravným cvičením, zaměřeným na aktivizaci tělesných a psychických schopností nemocných osob a rekonvalescentů.
- ve speciální pedagogice se rehabilitační metody chápou v širším slova smyslu - tj. nejen ve významu znovunavrácení (rehabilitace), ale spíše ve významu uzpůsobení (habilitace) i takových osob, které původně nikdy nebyly intaktní, ale s některým typem postižení se již narodily.

7.5 Komprehenzivní rehabilitace

„Rehabilitační metody ve SP jsou speciálně uzpůsobené, modifikované výchovné a vzdělávací metody, které se využívají s cílem odstranit nebo alespoň zmírnit následky defektu, a tím dosáhnout socializace (resocializace) postižené osoby.

„Speciálněpedagogické rehabilitační metody jsou tedy způsob, který využívá výchovně-vzdělávací složka jako součást tzv. **komprehenzivní (komplexní, ucelené) rehabilitace** (Renotírová, 2005, s. 25 - 26).

7.5.1 Složky komprehenzivní rehabilitace

Rehabilitace léčebná

- léčba operativní, medikamentózní,
- léčba rehabilitační (fyzioterapie, LTV, léčba prací, ergoterapie, balneoterapie aj.).

Rehabilitace výchovně-vzdělávací

- výchova a vzdělávání (všeobecné a odborné),
- příprava na povolání,
- výchovné poradenství.

Rehabilitace pracovní

- zaměřuje se na kvalifikaci a rekvalifikaci osob se specifickými potřebami,
- usiluje o rozvoj speciálních vědomostí, dovedností a návyků těchto jedinců v pracovním procesu.

Rehabilitace sociální

- má znevýhodněným jedincům zajistit bydlení, zaměstnání, dopravu, zájmové a kulturní vyžití, realizaci důchodových nároků aj.

Rehabilitace psychologická

- jedná se o využívání možností psychologického ovlivňování znevýhodněných jedinců při vyrovnávání se s postižením a ve všestranném rozvoji jejich motivace vůči všem oblastem života.

Rehabilitace technická

- zajišťuje výzkum a vývoj ortopedických pomůcek, protéz a technických prostředků.

Rehabilitace právní

- stará se o návrhy, schvalování a realizaci zákonů a směrnic k zajištění práv pro všechny osoby se speciálními potřebami.

Rehabilitace ekonomická

- zajišťuje organizaci a řízení výrobní činnosti a produktivní práce postižených jedinců (Renotírová, 2005).

7.5.2 Zásady komprehenzivní rehabilitace dle Kábeleho:

- **individuálního přístupu** (na základě speciálních edukačních potřeb),
- **komplexnosti** (důsledné dodržování celostního přístupu),
- **přiměřenosti** (akceptování druhu a stupně postižení, věku, stupni vývoje rozumových a dorozumívacích schopností aj.),

- **reflexnosti** (využívaní reflexních zákonitostí při nácviku poškozených funkcí motorických aj. (Renotíerová, 2005).

7.6 Mezinárodní klasifikace poruch, disabilit a handicapů (ICIDH-2)

- vydána WHO (World Health Organization) v roce 1980,
- vznikla z potřeby nezaobírat se pouze vlastní podstatou onemocnění, postižení nebo úrazu, ale i jejími faktickými dopady, rozsahem onemocnění,
- různá onemocnění způsobují různé obtíže / poruchy, stejně tak i dopady na jedince mohou být různé.

Klasifikace rozlišuje tři základní oblasti:

- **porucha (impairment),**
- **disabilita (postižení),**
- **handicap (znevýhodnění).**

Porucha (impairment)

- manifestace diagnózy na úrovni orgánu nebo tělového systému,
- může být trvalá nebo přechodná, dynamická (zhoršuje se) nebo statická,
- pokud nepřekročí určitý rozsah, nemusí člověka omezovat.
(Např. lehká hypertenze)

Disabilita (postižení)

- snížení nebo znemožnění vykonávat některou nebo některé z běžných činností, což je způsobeno poruchou orgánu nebo více orgánů, různým způsobem na sebe navazujících. Za běžnou je považována taková aktivita, kterou bychom očekávali od člověka stejného věku a pohlaví, potřebnou k osobní nezávislosti v normálním každodenním životě.
(Např. diabetes mellitus - infekce - gangréna - amputace = disabilita)

Handicap (znevýhodnění)

- projekce poruchy respektive disability do sociální situace, ve které se člověk nachází. Zahrnuje subjektivní pocit handicapovaného, který mu může společnost snížit nebo naopak zvýšit svým postojem (Dočkal in Müller, 2005).

8 TERAPIE VE SPECIÁLNÍ PEDAGOGICE

8.1 Terapeutické přístupy

„Terapeutické přístupy lze obecně vymežit jako takové způsoby odborného a cíleného jednání člověka s člověkem, jež směřují od odstranění či zmírnění nežádoucích potíží, nebo odstranění jejich příčin, k jisté prospěšné změně (např. v prožívání, chování, fyzickém výkonu). Tomu odpovídá rovněž etymologie termínu terapie, jehož řecko-latinský původ odkazuje na léčení, ošetřování, ale také na starání se, pomáhání, cvičení (Müller, 2005, s. 13).“

Terapeutické přístupy :

- aplikují terapeuti s patřičným vzděláním a výcvikem s osobnostními předpoklady,
- terapeuté využívají různých zdrojů, prostředků, metod, technik a forem práce.

Pro terapie vždy platí, že:

- probíhají v určitém čase a prostředí,
- mají organizační formu,
- odpovídají orientaci terapeuta (terapeutický přístup i metody práce s předem zvolenou koncepcí),
- závisí na věku, příčinách potíží a symptomech klienta,
- mohou být zaměřeny na somatické, nebo na psychické změny u klienta (terapeut vychází z báze fyzioterapeutické, psychoterapeutické atp.),
- bývají zacíleny léčivě, ale i preventivně a rehabilitačně.

„**Model vnímání** (fyzická činnost) - **představy** (psychická činnost) - **myšlení** chápeme jako vztahový rámec pro diagnostiku, terapii, rehabilitaci, speciálněpedagogickou intervenci a především také pro prevenci (Vítková in Müller, 2005, s. 35).“

8.2 Dělení terapií dle vlastních bazálních prostředků

- terapii chirurgickou,
- farmakoterapii,
- fyzioterapii,
- psychoterapii.

8.2.1 Psychoterapie

Hlavním východiskem terapií ve speciální pedagogice je psychoterapie.

„PST lze přesněji definovat jako odbornou, záměrnou a cílevědomou aplikaci psychologických prostředků použitou za účelem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce či osobnostní strukturu společensky i individuálně přijatelným směrem. (Prochaska, Norrcross in Müller, 1999, s. 14).“

8.2.2 Rozdíl mezi SP terapií a psychoterapií

Rozdíl mezi SP terapií a psychoterapií lze vymezit přes jejich obsahy a cíle:

- existuje podobnost mezi používanými prostředky, ale rozdíl je v cílech.

SP směřuje své cíle např. k úpravě některých přetrvávajících symptomů znemožňujících normálně společensky žít - cíle symptomatické a naplňují jiné obsahy např. aplikace terapeuticko-formativně zaměřených expresivních postupů v edukaci SP klientů (Müller, 2005).

8.3 Vymezení terapií ve SP

„Speciálněpedagogické terapie buď navazují na léčbu (doplňují léčbu) nemocí v oblasti medicíny, nebo slouží jako svébytný druh pomoci při potížích vyplývajících z významných kulturních či sociálněadaptačních odlišností - přitom jsou zaměřeny na ty důsledky těchto problémů, jež se projevují ve snížených schopnostech (neschopnosti) normální životní seberealizace - ve vzdělání, v práci, v bydlení, v zájmových aktivitách atd. (Müller, 2005).“

Např. osoby, které nejsou nemocné, ale jsou poznamenány svým sociálním či kulturním zázemím - imigranti, senioři, mládež ohrožená sociálněpatologickými jevy.

Dle Müllera se z hlediska postavení a významu SP terapií v uceleném systému komplexní rehabilitační péče jedná o její specifickou intervenci, která navazuje (doplňuje) na intervence medicínské a je zaměřena na ty důsledky nemoci, jež se projevují ve snížených schopnostech (neschopnosti) normální životní seberealizace (ve vzdělání, v práci, v bydlení, v zájmech atd.).

8.4 Směry SP terapií

1. fyzioterapie

- zaměřené na nápravu tělesných funkcí,
- vodoléčby, elektroléčby, masáže, tlaky, hlazení, držení za určité části těla, změna poloh, cílené tělesné cvičení (metoda Vojtova, Pöteho, Bobathova),
- bazální stimulace používaná při těžkých postiženích jako pedagogicko-psychologická aktivita (podněty: somatické, vibrační, vestibulární, čichové a chuťové, sluchové a zrakové, komunikační a sociálně-emocionální, didaktická koncepce podpory osob s těžším postižením a více vadami).

2. humanitní obory

- pedagogická výchova nejen biologicky, ale i sociálně zaměřená na člověka jako celek, prostředí, rodina, sociální vědy, psychologie, filozofie, kulturní antropologie, umění.

3. empirie

- zkušenost jednotlivých terapeutů, jiné postupy.

8.5 Terapeuticko- formativní přístupy

Dle Müllera jsou předmětem zájmu SP jedinci s dezintegrovanou osobností z důvodu subnormální funkčnosti či poškození vlastního organismu nebo z důvodu patologického „naprogramování“ vnějším prostředím. Intervence mohou vzhledem k předmětu zájmu být **primárně pedagogické** (ve smyslu výchovy a vyučování) či **primárně terapeutické** (ve smyslu nápravy, léčení).

V ČR je SP budována dle jednotlivých specializací což obsahuje i hledání optimálního

výchovně-vzdělávacího působení na určitý druh specifické potřeby včetně společenského handicapu. Přestože je brán v potaz nezbytný terapeutický rozměr (metody reedukace, kompenzace, rehabilitace) chybí v koncepci SP prostor pro intervence prvotně směřující k jistému druhu léčby.

Terapeuticko-formativní přístupy (TFP) existují jako svébytné mechanismy (opatření, postupy atp.), jež umožňují pomáhajícím profesím (zejména psychologům, psychoterapeutům, speciálním pedagogům) dosahovat u jejich klientů normy (či blížit se k normě) - a to využitelné v každodenním životě

Dle Müllera využívání psychologickým prostředků se SP terapeuticko-formativními přístupy značí příslušnost k terapeuticko-metologické bázi psychoterapeutické (Müller in Renotierová, 2005).

8.6 Teoreticko-metologické linie dle Vymětala

1. humanistická (zkušenostní, antropologická, filozofující)

- **zástupci:** Rogers, Frankl, Maslow, Perls,
- zdůrazňuje lidskou jedinečnost, svoboda, odpovědnost za své jednání, osobnostní růst a seberealizaci,
- nedirektivní vztah mezi terapeutem a klientem, autentičnost, terapeut vystupuje za sebe ne jako expert,
- „setkání“ nejdůležitější pro dosažení žádoucích změn.

2. hlubinná (dynamická, patří zde i psychoanalýza)

- **zástupci:** Freud, Adler, Jung, Kohut, Kernberg, Mahlerová),
- důraz kladen na nevědomé procesy v lidské psychice,
- důležité vnitřní psychické konflikty a vývoj v časném dětství,
- žádoucí změny se dosahuje direktivně navozeným přístupem terapeuta ke klientovi,
- terapeut analyzuje obsahy klientova nevědomí, pomáhá mu je poznat a pochopit, získat do nich vhled a umět je interpretovat.

3. kognitivně-behaviorální (aplikace poznatků z experimentální, sociální a obecné psychologie - zejména z teorie učení (instrumentální podmiňování a pozitivní posilování)

- **zástupci:** Beck, Bandura, Ellis, Kanfer, Lazarus),
- důraz kladen na měnitelnost veškerých psychických procesů učním či přeučováním,
- hlavním nástrojem direktivně navozený vztah mezi terapeutem a klientem,
- terapeut řídí nácvik nácviku žádoucího a odnaučování nežádoucího chování a vede klienta ke změně postojů (např. nácvik zklidňujícího dýchání, systematické desenzibilizace, plánování činností a sebeodměňování, zastavení myšlenek, sebeinstruktáže apod.).

4. linie sugestivních a hypnoterapeutických přístupů

- ovlivňování terapeutovými pokyny (sugescemi) při změně stavu klientova vědomí,
- terapeut postupuje direktivně a manipulativně avšak dle určitých pravidel a ve prospěch klienta.

5. linie relaxačních a psychofyziologických přístupů

- ovlivňování psychické funkce či tělesná cvičení, regulování fyziologických procesů působením na psychiku (např. autogenní trénink, progresivní svalová relaxace, tělesná, dechová či koncentrativní cvičení, imaginativní techniky, bio-feedback, EEG-biofeedback atd.).

6. linie systémových, systemických a komunikačních přístupů

- uplatnění hlavně v rodinné a párové psychoterapii,
- vychází z předpokladu rodinného celku a tento je přetvářen změnami v interakci jednotlivých prvků (členů rodiny).

7. linie transpersonální psychoterapie (navazuje na humanistickou psychologii, východní filozofie, šamanismus, psychoanalýzu a zkušenostmi s psychedelickými látkami)

- využíváno různých cvičení (např. kontrolovaná hyperventilace),
- cílem navození změny vědomí a uvolnění nevědomých obsahů k terapeutickému zpracování.

8. integrativní a obecné pojetí

- spojuje a kombinuje různé linie za účelem vytvoření nového upotřebitelného modelu psychoterapie.

Ve SP dochází k propojování různých poznatků do vlastních psychoterapeutických přístupů (metod, technik a forem terapeutické práce).

Příklady možné aplikace ve SP:

- **nedirektivní psychoterapie C.R. Rogerse (humanistická linie):** práce s kreativitou každého člověka k podpoře jeho vnitřních tendencí seberealizovat se a dosahovat svých nejlepších možností (např. terapie hrou),

- **kognitivně-behaviorální psychoterapie, relaxačních a psychofyziologických postupů:** např. autogenního tréninku J.H.Schulze, Jacobsonovy progresivní relaxace, biofeedbacku, hraní rolí, formování žádoucího chování, zastavení myšlenek, sebeinstruktáže,

- **dynamické psychoterapie:** např. kreativních volně asociačních technik uvolňující konflikty (imaginace).

- **teorie a metodologie fyzioterapie** (pomoc člověku dosahovat tělesné a pohybové normality fyzikálně-stimulujícími prostředky (masírováním, tlakem, hlazením, držení těla, změnami polhy těla, tělesným cvičením atd.)

Čerpání těchto poznatků závisí na: konkrétním klientovi, se kterým je speciální pedagog v kontaktu. Využíváno často u jedinců s těžším mentálním postižením či těžším kombinovaným postižením, kde se musí doplňovat neúplná pohybová schémata a podporovat vývoj pohybových možností,

- **na terapeutických přístupech,** které jsou pro uživatele služeb speciálního pedagoga využitelné jsou přístupy **hipoterapeutické** (hiporehabilitace, léčebné pedagogicko-psychologické ježdění a sport handicapovaných a rekreační ježdění), **ergoterapeutické** (ergoterapie jako psychoterapie, jako socioterapie, jako fyzioterapie) atp.

- **medicína:** poznatky o vzniku, projevech, dopadech a léčení poruch orgánů či tělesnému systému,

- **psychologie:** poznatky o pojetí, vývoji, změnách a činnosti psychiky,

- **pedagogika:** poznatky o možnostech cíleného formování určitých kvalit osobnosti,

- **sociologie:** poznatky o sociálních spektech lidského společenství (sociální skupiny, vztahy, dovednosti),

- **kulturní antropologie:** poznatky o vzájemné podmíněnosti biologických, specificky lidských, sociálních a kulturních podmínek člověka (význam kulturní symboliky, v souvislosti s přizpůsobováním se prostředí),

- **právo:** poznatky o obecně závazných pravidlech lidského chování určených státem (ochrana osobnosti každého klienta),

- **filozofie:** celistvým pohledem na člověka a jeho pojetí, svět a jeho pojetí, na pojetí smyslu života, obecných norem života (profesionální etika terapeuta, utváření klientových postojů k problémům),

- **umění:** kreativním, symbolickým, neverbálním, uvolňujícím, metodickým a diagnostickým potenciálem,

- **hra:** svým přirozeně motivačním, svobodně činnostním a formativním potenciálem,

- **zvíře:** vztahově kompenzačním potenciálem,

- empirie pedagogických pracovníků působících v praxi (Müller, 2005).

8.7 Procesuální stránka

Terapeutický proces má určitý **průběh (fáze)**, probíhá v určitém **prostředí** (materiálním, sociálním, psychickém atd.).

Hlavní činitelé: terapeut, klient, obsah.

8.7.1 Fáze, průběh

- **z krátkodobého hlediska (dílčí sezení):**

1. navázání kontaktu, uvolnění, motivaci a vytyčení hlavní terapeutické práce (včetně pravidel),
2. hlavní terapeutická práce (řešení aktuálních problémů),
3. uzavření problémů z hlavní terapeutické práce.

- **z dlouhodobého hlediska (týkající se celé terapie):**

1. indikace stávajících problémů a postupů, navazování terapeutického vztahu (důležitý první dojem), motivace klienta k terapii, dohoda na organizaci, průběhu a obsahu terapie (vytyčení pravidel),
2. naplnění terapeutického vztahu, plnění dohodnuté organizace a průběhu terapie,
3. ukončení terapie, nabídka dalších možností.

Formy

- dle uspořádání klientů - **individuální, skupinové, hromadné, rodinné, komunitní**,
- dle přístupů terapeuta - **direktivní** (řídí, vede, vysvětluje), **nedirektivní** (dává impulzy, vytváří prostředí).

Pravidla úspěšného terapeutického procesu:

1. zajištění kvalifikované týmově provedené diagnostiky, neustále aktualizovaná znalost psychofyzického stavu klienta,
2. terapeut zajišťuje atmosféru a prostor pro klientovo vyjádření, sdělení, vnímá veškeré signály klienta,
3. zvolená činnost odpovídá naturelu terapeuta a diagnostikované a aktualizované znalosti stavu klienta,
4. zvolená činnost odpovídá věku a zkušenostem klienta, souvislost s životem klienta,
5. průběh procesu z dlouhodobého i krátkodobého hlediska vychází ze základních fází - nelze žádnou z nich přeskočit či vynechat (Müller in Renotierová, 2005).

8.7.2 Prostředí terapie (procesní činitelé)

musí splňovat podmínky:

1. **materiální** - prostory, v nichž terapie probíhá, jejich vybavení a uspořádání,
2. **sociální** - složení, formy součinnosti, formy vztahů u skupiny (jednotlivce), jež se na terapii účastní nepřímo (např. personál zařízení),
3. **psychické** - vztahy a součinnost terapeuta s klientem (klienty) a jejich osobnostní vlastnosti.

8.7.3 Činitelé na straně terapeuta a klienta

Lidské předpoklady:

- schopnost empatie, bezvýhradného přijetí druhého člověka, autenticita, psychické zdraví a vyzrálost, kvalitní hierarchie hodnot, tvořivost, flexibilita, pevná vůle a schopnost překonávat

překážky, samostatnost, komunikativnost.

Odborné předpoklady:

- znalosti a dovednosti související se specifiky klienta, součinnosti, vztahů a komunikace s klienty, použitelných terapeutických přístupů, možných zdrojů, profesních morálních norem.

Činitelé na straně klienta

- věk, zdravotní, sociální či jiný problém.

8.8 Zvláštnosti terapeutických přístupů v dětském věku

1. vývoj - pozor na zvláštnosti související s jejich vývojem a s ním souvisejícího chování, emocí a myšlení, největším rizikem zvoleného terapeutického postupu může být nesprávný odhad situace, způsobený nerozpoznáním skutečné příčiny neobvyklého chování, prožívání a myšlení.

2. specifické dětské komunikační signály - na neverbální i verbální úrovni musíme opět brát v potaz stupeň vývoje dítěte a zjištěnou situaci, porozumět jejich slovníku,

3. zvýšená potřeba lásky a bezpečí - dítě nesmí mít z terapie strach, terapeut nenahrazuje dítěti rodiče,

4. vliv výchovného prostředí - většinou bývá příčinou patologie u dítěte, zásadní je práce s rodinou, příprava dítěte na vliv rodinného prostředí (např. zvyšováním sebedůvěry, zlepšováním adaptačních schopností, vytvářením schopnosti mít dobré mezilidské vztahy),

5. egocentrismus dítěte - dítě hledá příčiny svých potíží ve svém okolí a ne v sobě.

Zvláštnosti, které souvisí s probíhajícím vývojem u dítěte

Děti mají pohyblivé cíle, mají specifickou komunikaci, nestavět na komunikaci na racionální úrovni, preference neverbálních komunikace (kresby), stejná úroveň očí při komunikaci, pozor na bariéry, na podbízění, přizpůsobit se jejich slovníku, děti mají zvýšenou potřebu bezpečí a lásky (terapeut nesmí vyvolávat strach a ohrožení svým chováním, oblékáním např. bílý plášť), pozor na nabízení přemíry lásky; nevhodné navázání na terapeuta, velký vliv rodinné výchovy, nutná kooperace s rodinou (Müller, 2005).

8.9 Cíle SP terapií

1. dle potřeb klientů:

- např. např. odstranění vnitřních a vnějších frustračních, konfliktních, stresujících faktorů, uvolnění, posilování dynamiky osobnosti nebo skupiny, vytváření schopností smysluplné komunikace, navazování zdravých vztahů, správného vhledu do sociálních situací, podporu pozitivního sebehodnocení, aspirace, zvládání emocí atp.,

2. dle orientace a schopnostem terapeuta:

- naplánování a použití a zacílení určité metody práce - např. imaginace v arteterapii,

3. dle zaměření instituce, v níž terapie probíhá:

- např. plánování s ohledem na socioterapeutické zaměření léčebné komunity (Müller, 2005).

9 HLAVNÍ TERAPIE VE SP

- 9.1 terapie hrou,
- 9.2 činnostní a pracovní terapie,
- 9.3 psychomotorická terapie,
- 9.4 expresivní terapie (arteterapie),
- 9.5 terapie s účastí zvířete (zooterapie, animoterapie).

9.1 Terapie hrou

„Hra patří mezi základní formy lidské aktivity, mezi nejdůležitější formativní prostředky ve vývoji člověka (slouží již od raného věku dítěte k poznávání okolního světa a tím i k formování a integraci psychických funkcí), v případě terapie jde navíc o významný nástroj přístupu ke klientovi, nástroj komunikace, nástroj přímého i zprostředkovaného navázání terapeutického vztahu, nástroj prospěšné změny (Müller, 2005, s. 25).“

9.1.1 Vymezení herní terapie

Terapie hrou

= odborná, záměrná a cílevědomá aplikace prostředků hry použitou za účelem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce či osobnostní strukturu společensky i individuálně přijatelným směrem (Müller, 2005, s. 25).

V širším slova smyslu se jedná obecně o různé využití hry v různých oborech.

V užším slova smyslu se jedná o terapii hrou aplikovanou v práci herního specialisty.

Nejzákladnější prostředek terapeut. metod (Müller, 2005)!

Podoby hry:

- dítě si hraje samo - dospělý pozoruje,
- dítě si hraje s ostatními - dospělý pozoruje,
- dítě si hraje s dospělým - jiný dospělý pozoruje,
- dítě si hraje s dospělým, který současně pozoruje.

Batole: napodobuje, manipulační činnosti, navazování kontaktů, pohybové hry (individuální hry, hry vedle sebe).

Předškolní věk : párové hry, skupinové hry

Třídění her: tvořivé - námětové, konstruktivní, dramatizující (**hry s pravidly** s námětem, bez námětu, soutěživé, sportovní), **didaktické** (výběr, třídění, hudební hádanky - rozvíjí pozornost, paměť).

Mladší školní věk: hra je ovlivněna vyspělostí psychiky a novými zájmy, je třeba dosahovat cíle, výsledku her. **Hry s pravidly**, pevná struktura, uspořádanější /pohybové hry/, **didaktické hry** s intelektuálním zaměřením - stolní společenské hry. Specifičnost vzájemných vztahů: chlapci a děvčata si hrají zvlášť.

Hra u dospělých má závazná pravidla, cíl nikoli pragmatický, ale ve hře samé, je provázena pocitem napětí a radosti, pozitivní důsledky pro rekreaci, relaxaci, duševní zdraví.

Formy individuální, skupinové.

Podmínky pro hru: prostor – čas – prostředky.

Podstata hrové činnosti – vyjádření vztahu k okolnímu světu, spontánní činnost, radost a uspokojení, hlavní činnost pro př. věk, sociální vztahy, manipulace s předměty, smysluplnost, získávání zkušeností, poznávání, samostatné jednání, formování charakteru.

Základní principy rozvíjení hrové činnosti :

- **psychologický** - komplexní rozvoj osobnosti, rozvíjí psychiku, seberealizace, zbavuje napětí, **rozvoj rozumový** (vztahy, navozování kontaktů), **rozvoj volní** (vytrvalost, trpělivost, houževnatost,
- **pedagogický** - forma výchovy ve všech složkách,
- **sociální** - socializace,
- **diagnostický** - stanovení diagnózy,
- **terapeutický** - léčba nemocí.

Význam hry: zájem o skutečnost, rozvíjí se slovní vyjadřování, poznávací a rozumové schopnosti, upevňuje a rozšiřuje se fyzická zdatnost, ovlivňují se povahové vlastnosti, vytváří se vztah k lidem, příprava na práci (ještě nerozlišují hru a práci), rozvoj tvořivých estetických vlastností a schopností, vliv na citový vývoj , vyvolává kladné stavy: nadšení, radost, zájem.

Hračka

- součástí prostředí, ve kterém dítě žije, částí skutečností jež ho obklopuje a kterou poznává, i předmět, jenž pomáhá plně nebo jen pomocí hračky pochopit svět, učit se mu rozumět, vystopovat některé souvislosti, poznávat hybné mechanismy.

Nároky na bezpečnost, barevné provedení, ergonomii pro vhodný úchop, možnosti rozvoje kreativity dítěte (Řezníčková in Müller, Valenta, 2003)

9.1.2 Herní specialista

- tato profese zaplňuje mezeru v záměru o poskytování komplexně rehabilitační spolupráci zdravotnického týmu s rodinou a péči nejen o dobrý psychický stav dětí a mladistvých (hospitalizovaných či ambulantně léčených), ale i jejich rodiče.

Kompetence herního specialisty:

- poskytuje své služby v ambulanci, na standardním lůžkovém oddělení, na JIP (rovněž v dalších zařízeních poskytujících péči dětem a mladistvým), v domácnosti - služby však může poskytovat i zdravým dětem v rámci zvláštních osvětových programů,
- zajišťuje přátelské, bezpečné a pro dítě vhodné nemocniční prostředí - získává a zprostředkovává informace o potřebách dítěte ostatním zdravotníkům,
- navrhuje spolu s rodiči plán herních aktivit, vytváří a eviduje vhodné herní programy, provádí individuální terapeutickou hru,
- pomáhá dítěti porozumět nemoci a léčbě (včetně přípravy k plánovaným výkonům) - pomáhá dítěti i rodičům zadaptovat se na nemocniční prostředí - plní úlohu průvodce i kontaktní osoby,
- zvláštní pozornost věnuje rodinám hůře se adaptujícím, dětem v preterminálním stádiu, dětem na JIP, dětem handicapovaným, dětem z ústavů a dětských domovů (včetně jejich blízkých),
- doprovází děti a jejich rodiče na vyšetření či lékařským výkonům,
- stará se o chod herny a její vybavení,
- připravuje vhodné informační pomůcky a materiály - je řádným členem zdravotnického týmu a podílí se na jednotném týmovém řešení určitých situací,
- vede a školí dobrovolníky a další herní pracovníky ve výcviku (Řezníčková in Müller, Valenta, 2005).

9.2 Činnostní a pracovní terapie

9.2.1 Vymezení pojmu

= “ ...odborná, záměrná aplikace manipulací s materiálním okolím (např. manipulací s předměty, surovinami a materiály) použitou za účelem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce či osobnostní strukturu společensky i individuálně přijatelným směrem (Müller, 2005, s. 27).

V případě **činnostní a pracovní terapie** jde o dva vzájemně se překrývající terapeutické přístupy. V teoretické rovině existují určité rozdíly, v rovině praktické je rozdíl mezi oběma zmiňovanými terapiemi minimální - **pracovní terapie (ergoterapie) směřuje ke konkrétnímu výrobku či výsledku práce**. Pracovní terapii **nelze zaměňovat s pracovní rehabilitací** (soubor opatření směřující k adekvátnímu pracovnímu zařazení), rozdílné pojetí ve zdravotnictví a speciální pedagogice.

Činnostně-terapeutických či pracovní-terapeutických cílů se u mládeže i dospělých dosahuje nejčastěji prostřednictvím **rukodělných činností a výcvikem v oblasti praktického života.**, u dětí předškolního věku a mladšího školního věku činnostní a pracovní terapie využívá **dětské hry** (hrou jsou imitovány každodenní práce nebo profese, sebeobsluha, hygiena).

Cílem je dosažení maximální možné soběstačnosti a nezávislosti (aktivní začlenění do společnosti) a zvýšení kvality života výrobky, seberealizací - prožitky (Müller, 2005).

Prostředky

- **diagnostické** – odhalit na základě postižení nebo nemoci případnou disabilitu nebo riziko handicapu pomocí analýzy zbylých funkčních schopností v oblasti mobility,
- **terapeutické** – na základě ergoterapeutického hodnocení spolu s pacientem/klientem stanovit cíle plánu, který směřuje k zachování či prodloužení soběstačnosti,
- **preventivní** – přispět pomocí cíleného plánu výběrem správných metod a technik k prevenci vzniku disability a handicapu.

Cíle

- dosáhnout maximálního stupně funkčnosti,
- podporovat aktivní přístup k životu,
- zabránit vzniku handicapu,
- přispívat k integraci, vytvářet pracovní příležitosti,
- rozvoj vědecko-výzkumné a publikační činnosti,
- komunikovat s odbornou i laickou veřejností.

Metody

Biomechanická rehabilitace fyzických postižení (zvýšení svalové síly, tolerance zátěže, výdrž).

Neurovývojové metody - důraz klade na postup terapie, používání sensorického a percepčního vstupu a reflexního výstupu (bobathovský přístup, sensorická integrace).

Kognitivní metody - restituce - obnovení funkcí, substituce - adaptace.

Formy

- **primární** - každodenní, běžné činnosti,
- **pracovní** - placená práce, studium,
- **herní** - koníčky, kulturní aktivity,
- **rekreační** - společenské události, cvičení.

Působení ergoterapeuta

Zdravotnická zařízení a nemocnice, rehabilitační ústavy a stacionáře, léčebny pro dlouhodobě nemocné, zařízení sociální péče pro děti a dospělé, denní stacionáře a domovy pro dospělé a seniory, speciální školy, Home care služby, chráněné dílny, tréninková místa, přechodné či podporované zaměstnávání, chráněné a podporované bydlení, vazební věznice a výkony trestu.

9.2.2 Rozdělení ergoterapie

Ergoterapie cílená na postiženou oblast.

Ergoterapie zaměřená na výchovu soběstačnosti.

Oblast předpracovní rehabilitace.

Ergoterapie k naplnění volného času a zlepšení celkové kondice.

Indexy ADL (aktivity všedního dne - activities of daily living).

Složka fyzická - svalová síla, svalový tonus, citlivost, koordinace, bolest, tolerance činnosti, výdrž.

Složka kognitivní - vědomí, osobnost, koncentrace, paměť, orientace, komunikace, poslušnost.

Senzorika a vnímání - prostorová orientace, tělesné schéma, poslušnost.

Psychosociální složka - chování, motivace, nálada, prostředí (Dočkal in Müller, 2005).

9.3 Psychomotorická psychoterapie

9.3.1 Vymezení pojmu

= odborná, záměrná a cílevědomá aplikace pohybu použitého za účelem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce či osobnostní strukturu společensky i individuálně přijatelným směrem.

- široká škála činností s přesahem do ostatních terapeutických aktivit. Využívá specifických metod a technik, ale vzhledem k tomu, že je vlastní tělesná aktivita podporována a spoluvytvářena dalšími prostředky (např. sociálně-psychologickými, hudebními atp.), je její vydělení pouze teoretickou záležitostí.

Psychomotorika označuje celistvost a neoddělitelnost lidských duševních, tělesných a pohybových funkcí, ale také jednou z fází raného dětského vývoje (neuromotorika, senzomotorika, psychomotorika, sociomotorika).

Metody a techniky:

- pantomima, tanec, relaxace, pohybové hry, improvizace s pohybem, psychogymnastika, jóga atp.

9.3.2 Pesso Boyden System Psychomotor (PBSP)

= škála činností s přesahem do ostatních terapeutických aktivit. *Vlastní pohyb* bývá často podporován dalšími podpůrnými prostředky (hudebními, dramatickými). Pohyb se stává prostředkem sebevyjádření, komunikace. Aktivita je vhodná hlavně pro klienty s obtížnou verbalizací.

9.4 Expresivní terapie

9.4.1 Vymezení terapie

= odborná, záměrná a cílevědomá aplikace uměleckých prostředků použitou za účelem pomoci změnit jejich chování, myšlení emoce či osobnostní strukturu společensky i individuálně přijatelným směrem.

Umělecké prostředky odpovídají jednotlivým druhům umění - dramatickému, hudebnímu, literárnímu a výtvarnému.

9.4.2 Vymezení pojmu exprese

„Expresa (či výraz) je zvláštním typem lidské aktivity (související s komunikací), v níž člověk spontánně a s důrazem na formu projevu vyjadřuje své vnitřní psychické stavy, dojmy, pocity, nálady a snimi spjaté zkušenosti nebo poznatky. V expresním projevu o mnohém vypovídáme (především o sobě), avšak svoji výpověď nedokážeme vždy přesně kontrolovat. Jeho obsah je chápán spíše volněji, ale s emocionálním dopadem. Expresa může probíhat na nejrozličnějších úrovních, od málo uvědomovaných výrazů doprovázejících jednoduché emoce, až po uměleckou tvorbu“. (Slavík in Müller, 1999, s. 28)

9.4.3 Druhy expresivních terapií

- arteterapie v širším slova smyslu: dramaterapie, teatroterapie, psychodrama, muzikoterapie, biblioterapie,
- arteterapie v užším slova smyslu.

Dramaterapie, teatroterapie, psychodrama

- používají prvky dramatického umění, využívají společné prostředky dramatického umění, ale odlišují se v jiných faktorech.

9.4.3.1 Dramaterapie

- široké teoretické a metodologické „zázemí“, různé „školy“,
- využití napříč širokým diagnostickým spektrem (hlavně psychické a sociální problémy),
- zaměřuje se spíše na symptomy či doléčování,
- využívá metod a technik (hlavně) **skupinové práce**,
- cílem je hledání alternativních zdrojů, které pomohou při překonávání zmíněných problémů (např. komunikace, vztahy),
- využívá technik vhodných pro zahájení, pokračování či uzavření lekcí, činnosti motivující citovou expresi, tělesnou aktivaci, skupinovou interakci, činnosti budující skupinové role, skupinovou tvořivost, umožňující osobní projekci klientů, přinášející nové informace, budující míru zaujetí, techniky využívající zvukové záznamy, kostýmy, masky, živé obrazy atd.

Dělení: dle cíle, dílčího prostředku, dle možnosti začlenění do terapeutického procesu atd.

Faktory

vychází z hodnot:

- estetických (uměleckých),
- informativních (vzdělávacích),
- formativních (výchovné – především psychologickém významu), a (působících na osobní růst),
- terapeutických (léčebné hodnoty (při patologiích – na symptomatické změny).

Prostředky

- psychoterapeutická metoda, která kromě **verbalizace** používá **nonverbální** pohybové prostředky, symbolickou gestiku a improvizaci hru v roli. Otevírá tak cesty k vyjádření podvědomých konfliktů, přenosových vztahů a sebepojetí či pojmání ostatních. Je to systematické a záměrné použití **dramatických divadelních procesů**, které mají podpořit emocionální růst jedince a psychologickou integraci.

Tato metoda je však stejně vhodná **k průzkumu osobního růstu a lidského potenciálu u všech lidí**.

Zdroj divadla jsou **rituály** = symbolická činnost opakovaná předepsaným způsobem, aby fixovala daný stav.

Metody, techniky

úvodní - navázání vztahů,

vlastní terapeutické - scénická práce,

závěrečné - uzavření problémů body language.

Kompetence zaměřené na dramaterapeutickou lekci:

spontaneita, tvořivost a improvizace, komunikace, hra v roli, estetická distance.

Cílem je psychosociální rozvoj osobnosti (SlavíkinMüller, 2005).

9.4.3.2 Teatroterapie

= **odborná, záměrná a cílevědomá aplikace uměleckých, divadelních, pohybových prostředků za účelem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce či osobnostní strukturu společensky a individuálně přijatelným pracuje s divadelním představením, využívá nácviku a hry.**

- dle Müllera se dosahuje terapeutických cílů *prostřednictvím přípravy* (včetně přípravy kulis, kostýmů, technického zázemí) a *veřejné realizace divadelního tvaru*,

- forma práce specifické divadelní společnosti (socioterapeutické skupiny), která vnáší pozitivní prvky (např. dosažení úspěchu, seberealizace, snížení společenské izolace, tvořivost atd.

Teatroterapeutické skupiny: „Bohnická divadelní společnost“ (Praha), „Divadlo z pasáže“ (Banská Bystrica), „Maatwerk“ (Rotterdam). Celosvětový festival „Very Special Arts“.

9.4.3.3 Psychodrama

- spojováno se jménem **J.L. Morena** (psychiatr) - 20. léta 20. století,

- při něm vytvářen **model konkrétní životní reality**, který pomáhá klientovi pochopit vlastní zážitky, přání, postoje, fantazie, nitřní konflikty, afekty či možnost jejich řešení - v doprovodu abreaktivních prvků,

- Moreno se nebránil ani včleňování dalších prostředků (např. hudebních, výtvarných, tanečních) či využívání psychodramatických prvků jinde (např. v dramaterapii, muzikoterapii atp.).

Činitelé:

1. klient psychoterapeuticky zaměřeného sezení hlavní protagonista představuje hlavně sám sebe,
2. terapeut jako jeho režisér,
3. jeviště,
4. pomocní herci,
5. publikum (jiní terapeuti či členové terapeutické skupiny).

Další škála technik:

- **hraní vlastní role** (zahrnující vnější reakce klienta),
- **monolog** (vyjadřující vnitřní stav klienta),
- „**alter ego**“ (hraní pomocného herce vyjadřujícího „druhé já“ klienta),
- **výměna rolí** (klient hraje konfliktní osobu ze svého okolí),
- **zrcadlo** (portrétování klienta pomocnými herci).

9.4.3.4 Muzikoterapie

= expresivní terapie vymežitelná svébytným využíváním melodie, harmonie, rytmu, zvukové barvy, dynamika, tempa, druhu taktu - čili základních prvků hudebního umění.

Složky

receptivní = vnímání hudby

- poslech živě hrané nebo reprodukované hudby (společný prožitek - podpora budování vztahu - uvolnění emocí - rozvoj vnímavosti),

aktivní = vyvíjení hudební aktivity

- práce s vokálním a instrumentálním projevem (s projevem řečovým, pohybovým atd.).

Rytmus - ovlivňuje volní vlastnosti, látkovou výměnu a motoriku končetin, okamžitý účinek na člověka (uklidňuje, aktivizuje, rozladuje, harmonizuje). Otakar Chlup doporučuje aplikovat u dětí s mentální retardací (dále MR), řečových a sluchových poruch, poruch chování. Vhodné aplikovat jako součást psychohygieny u dětí a dospělých.

Melodie - má vliv na smyslové a nervové ústrojí. Představitelkou je píseň. Hluboké tóny uklidňují, vysoké vyvolávají napětí. Barva tónu ovlivňuje terapeutický účinek; intenzita a dynamika vyjadřuje vlastnosti od něžnosti až po hrubost.

Nadměrný hluk - škodlivé účinky na sluchový orgán i na psychiku.

Absolutní ticho - vyvolává sluchové halucinace, poruchy psychiky, změny chování.

Harmonie - ovlivňuje dýchání a krevní oběh. Zvukový tvar z více tónů - vznik zvukových celků (sladěnost či rozladěnost jako odraz psychických stavů). Tónina mollová ovlivňuje dech, vyvolává melancholii až smutek (u MR úzkost). Tónina durová aktivizuje, vyvolává radost (u MR uvolnění).

9.4.3.5 Biblioterapie, poetoterapie

= odborná, záměrná a cílevědomá aplikace literárních prostředků za účelem pomoci lidem (dětmi) změnit jejich chování, myšlení, emoce či osobnostní strukturu společensky a individuálně přijatelným směrem. Je to metoda doplňková, působící prostřednictvím literárního umění.

„Biblioterapie je terapie knihou, čtení knih za účelem řešení a porozumění osobním problémům, využití vhodně vybrané literatury nejen při terapii nervových onemocnění, ale i pro usnadnění složité životní situace ve všech věkových kategoriích.“

Bibliotherapy- special education [online]. Poslední revize 2003 [cit. 2005 - 11 - 11].

Dostupné z <http://www.cameron.edu/~philip/bibliohome.html>

22.4.2007

Biblioterapie může být využita jako **doprovodná** při běžných terapiích nebo může prostě jen přispět ke zlepšení stavu člověka s osobními problémy. Některé výsledky biblioterapie mohou být dokonce **srovnávány** s výsledky jiných, běžně používaných terapií, jako například drogová terapie nebo psychoterapie.

Volit biblioterapii jako **druh pomoci dětem i dospělým v jejich trápeních** považují za úžasné a rozhodně se přiklání k tomu, **aby knížky sloužily** nejen při pomoci s psychickými problémy, **ale i v běžném životě k rozvíjení fantazie, komunikačních schopností, lásky k nevšedním příběhům.** V dnešní době, kdy kniha ustupuje do pozadí před počítačem a internetem je důležité **pěstovat v dětech lásku ke knihám a literatuře** už v útlém věku. Biblioterapie tedy nemusí být chápána pouze jako klinická forma terapie, ale také jako **účinný nástroj sloužící ke vzbuzení zájmu dětí o čtení, knížky a literaturu.**

Biblioterapie může probíhat ve formě **skupinové terapie**, kdy terapeut a pacienti čtou společně na sezeních vhodně vybranou knihu pro jejich druh onemocnění, toto se využívá zejména jako doplňující terapie při jiných léčbách. Druhou formou biblioterapie je **individuální terapie**, kdy pacient trpící depresí nebo úzkostí dostane od terapeuta „předepsané“ vhodné knihy, které mu mohou pomoci při jeho problémech.

Lze využít i v **dramaterapii, arteterapii, pohybové PST, poetoterapii, ...**

Podle Toma McIntyra lze popsat proces biblioterapie s dětmi následujícím způsobem:

1. identifikace problému dítěte,
2. lokalizace literatury, která pojednává o problémech nebo krizových situacích dítěte. Dříve, než knihu doporučíme, je potřeba, abychom si ji sami přečetli. Kniha by měla být vybrána s přihlédnutím k věku, pohlaví, vyspělosti a vzdělání dítěte. Postavy a zápletka by měly být reálné a problém by měl být v knize kladně vyřešen. Literární postava by měla být věrohodná tak, aby se dítě mohlo ztotožnit s jejími nesnázemi,
3. zvolit vhodnou metodu, kterou při biblioterapii využijeme. Je možné číst knihu nahlas jednomu dítěti nebo skupině dětí, nebo mohou číst knihu děti samy. Děti se stejnými problémy se mohou setkávat v malých skupinkách. Důležité je také prostředí a čas, v němž bude biblioterapie probíhat. Ve skupinové terapii čtou děti nahlas nebo poslouchají, co jim čte terapeut. Potom následuje skupinová diskuze. Děti tak zjišťují, že nejsou s problémem samy a sdílí svoje pocity s ostatními,
4. vytyčení následných aktivit, jako jsou otázky s otevřeným koncem, převyprávění příběhu, sehrání příběhu například s použitím loutek, psaní reakcí, zaznamenávání myšlenek, použití různých druhů umění. Během těchto aktivit může dítě uvolnit pocity, které jsou spojeny s jeho problémem.

Příklady následných aktivit:

- převyprávění příběhu, rozebrání knihy do hloubky (diskuze, co je správné a co dobré, morální hodnoty, silné a slabé stránky hlavního hrdiny apod.), umělecké aktivity (kreslení s událostí příběhu, tvorba koláží z obrázků časopisů a tím zobrazení událostí z knihy apod.), kreativní psaní (návrhy jiného řešení příběhu, analýzy rozhodnutí hlavní postavy apod.), divadlo (hraní jednotlivých rolí, rekonstrukce příběhu pomocí loutek, apod.),
- 5. nakonec přichází závěrečná fáze a tou je nalezení řešení. Dítě si za pomoci terapeuta uvědomuje, že jeho problémy mohou být vyřešeny. Řešení problému může být identické jako

události v příběhu, které dítě čte.

Pokud se zdá, že je to nezbytné, **mohou se k terapii přizvat rodiče**. Mohou tak získat nápady a návrhy pro výběr četby a ostatních aktivit pro dítě s citovými a jinými problémy. „Lehčí forma“ biblioterapie by se dala využít ve školách nebo knihovnách, kdy učitel nebo knihovník může dítěti doporučit vhodnou knihu, když zná jeho současný životní problém. Dítě se pak ztotožní s hrdinou a v ideálním případě se bude snažit ho napodobit a zachovat se stejně jako on.

Použité zdroje:

<http://www.phil.muni.cz/kivi/clanky.php?cl=658@akce=t>

22.4.2007

- obsahem je **vlastní čtení a předčítání** (přednes) daného literárního textu, na starě druhé tvorba nového literárního textu (např. hledání osobního i společného významu přísloví, citátů, výroků či otázek někoho z přítomných - terapeuta, klienta),
- ziskem jsou pro účastníky přetrvávající pozitivní východiska vlastního problematického života či prožitky možného osobního úspěchu,
- u dětí působí na emocionální vývoj hlavně pohádky a příběhy, u dospívajících a dospělých hlavně čtená beletrie s obsahem odpovídajícím jejich zkušenostem,
- někteří autoři (např. Svoboda) vyčleňují vedle biblioterapie zvlášť poetoterapii.

Formy

- **pasivní** : klienti se sami aktivně nezúčastňují (poslech čtené pohádky),
- **aktivní** : klienti se aktivně účastní tvorby (rytmizace, aktivní skládání slov, štafetové psaní, slovní asociace, slovní koláž, autobiografie, román, **brainstoring** = řetězení slov za určitou dobu a práce s nimi),
- **individuální a skupinová**,
- **cílená (zaměřená)** : využívají psychoterapeuté, práce s díly,
- **necílená (nezaměřená)** : k navození klidu, relaxace, zvýšení sebevědomí, pocitu síly.

Zlatý věk dětského čtenářství mezi sedmi až jedenácti lety - prepubescence, kdy vznikají základy čtenářské kultury. Dítě je otevřeno všem podnětům.

Poetoterapie

- faktory básnické : organizace a souhra slabik (zvukomalba, rým, rytmus slov, děj),
- faktory přednesové : **akustické** (barva hlasu, dynamika přednesu, tempo, hlasitost přednesu), **vizuálně prostorové** (volba barev v místnosti, uspořádání místnosti, volba kostýmů, doplňků), **specifické** (osobnost terapeuta, výběr básní, volby metody).

Volbu výběru děl nutno přizpůsobit věku, mentální úrovni klienta a aktuálnímu duševnímu rozpoložení.

Funkce literárního textu:

1. informační:

- informace, návody pro řešení běžných situací v životě,

2. výchovná:

- přináší podněty pro formování osobnosti,

3. konfrontační:

- přináší zpětnou vazbu k vlastním názorům,

4. estetická:

- přináší estetický zážitek a podněcuje vývoj vnímání,

5. katarzní:

- přináší uvolnění prostřednictvím protikladných prožitků, „očistění“ od negativních emocí,

6. identifikační:

- přináší možnost ztotožnění se s kladným či podnětným vzorem

7. relaxační:

- přináší zvolnění činnosti, odreagování,

8. prestižní:

- přináší možnost identifikace s určitými sociálními skupinami - na základě společného druhu literárních textů (Müller, 2005).

9.4.4 Terapie výtvarná (arteterapie v užším slova smyslu)

9.4.4.1 Vymezení arteterapie

- nejčastěji používaná expresivní terapie ve SP,
- využívá maximálně lidské exprese,
- odhaluje psychické stavy, dojmy, pocity, nálady, které pak mohou být přirozeně odhaleny, sdíleny a následně formovány,
- vychází z psychoanalýzy,
- zakladateli byli výtvarníci v 50., 60. letech, v 70. letech doktorka Darja Kocábová,
- důležité není, co to je, ale jaké to je,
- nejdůležitější je proces,
- **Česká arteterapeutická asociace** garantuje arteterapeutický výcvik, vytvořili etický kodex a standardy terapeuta.

Arteterapie je o formátu, materiálu, nástroji a barvě:

- formát – dát jej klientům, má své hranice,
- materiál – základ je textura,
- hranice – někdo potřebuje ostré, někdo kulaté,
- čas – musí být daný na začátku
- nástroj – ruce, je to o doteku, prostoru,
 - uhlé (linie, stopa, zmatek), uhlé rychle zjemňuje,
 - voskovky (dobrá stopa, ale patlají se),
 - mastná křída (jasný tah a viditelnost),
 - tužka (čistě, jasné, přehledné),
 - pastelky (nejdou dobře na začátek),
 - fixy (jsou nevratné, nemají stopu, jen barvu, není to vhodný nástroj do arteterapie),
 - pero (zraňuje papír, zůstává v něm stopa pro hmat),
 - štětec (distanc od papíru),
 - vlastní nástroj (přírodniny: kámen, kůra),
 - hlína (hodně uzemňuje, vhodná pro mladší školní věk),
 - vnitřní pohyb dán do tvaru.

9.4.4.2 Fišerův test barev

Žlutá – je veselá, čistá, hraje si s námi, do zlatova je božská, znečištěná není příjemná,
oranžová – dává a spojuje v sobě energie žluté a červené, občas vadí mužům, je božská,
červená – síla, agrese, akce, jít do toho, nestydět se,
hnědá – je diskriminovaná, symbolizuje zemi,
fialová – preferují ji homosexuálové, klienti s mentální retardací a děti,
modrá – jde do dálky, do hloubky, izolace, čistá, nemůžeme ji uchopit, je to lákavé nic,
zelená – roste, pomůže cítit růst, je vyvážená,
bílá – čistě bílá neexistuje.

Stupně umění

- **umění momentu** – co chceme sdělit (např. písek),
- **umění vzpomínky** – kreslený, psaný deník,
- **touha ozdoby**,
- **touha imitace**,
- **umění pro ideál** – idealizace vnitřního obrazu.

Kresba je významný komunikační prostředek, vyjadřuje vnímání a sebeprožívání jednotlivce včetně jeho vztahu k okolí. Kresba slouží rovněž k diagnostickým účelům - hlavně u dětí a mládeže - u kterých dovede odhalit vývojové odchylky od normy (Müller, 2005).

9.4.4.3 Volný výtvarný projev - dělení

- **volný výtvarný projev** pracuje se spontaneitou (např. čmáraní, volná kresba, volná malba, výcvik práce s čarou a linií),
 - **tématický výtvarný projev** je zaměřen na konfliktní témata, která jsou obecně lidská (např. můj dosavadní život, láska, rodina), zaměřen na konkrétního klienta (např. vztahy v naší rodině, skupině),
 - **výtvarný projev při hudbě** využívá vlastnosti hudby, tj. bezprostředně a intenzivně působit na psychomotoriku člověka, dělí se na asociativní výtvarný projev (ztvářňování asociací vyvolaných hudbou) a muzikomalbu (ztvářňování hudby),
 - **skupinové výtvarné činnosti** pracují se skupinovou dynamikou a jsou významné pro svoji sociometrickou hodnotu, působí jako činitel úpravy sociálních vztahů,
 - **řízený výtvarný projev** terapeut přímo intervenuje do výtvarné činnosti klienta.
- (Müller)**

9.4.4.4 Dětská kresba a zvláštnosti dětské psychiky

Stádia vývoje dětské kresby dle Příhody (1967):

Stádia črtací experimentace

- **nástup před druhým rokem**,
- **málo koordinovaná, bezplánovitá a bezobsažná aktivita**,
- čárání tužkou po papíru,
- pohyb vychází z ramenního kloubu, později ze zápěstí,
- kyvadlové či obloukové čáry, nejčastěji šikmo k sobě či vodorovně,
- později kruhovitě, elipsovité a spirálovité tahy,
- **třetím rokem** schopno **opsat kruh**.

Stádium prvotního obrazu (stádium linií)

- **nástup po třetím roce života**,
- **obrys vzniká spojením kresby s určitým významem**,
- analogie mezi motorickým tahem a pozorovanou realitou,
- nejprve význam vzniká v průběhu črtání, později před črtáním,
- dítě je schopno kombinaci čar a křivek **opakovat**,
- kresba není všeobecně srozumitelná - **hlavonožec**.

Stádium lineárního náčrtu

- **nástup kolem čtvrtého roku**,

- základní **hrubá podoba objektu s jeho hlavními znaky** (schematicky naznačeny),
- **uvědomělá kresba**, tématicky nejčastěji **člověk**,
- fantazie dítěte **splývá** s realitou,
- zdůraznění detailů nezávisí na objektivní důležitosti objektu, ale **subjektivním vnímáním dítěte**,
- dítě kreslí, co ví, co se mu líbí, co je barevné a velké (objektivní egocentrismus),
- nejsou zvládnuty proporce a prostor, dítě kreslí to, co nemůže být vidět (**transparence**).

Stádium realistické kresby

- **nástup mezi pátým a šestým rokem**,
- oddělení dětského zážitku od reality,
- dítě kreslí stále dle své představy, nikoli dle předlohy,
- na předmětech rozlišuje jejich objektivní znaky, kresba se stává dvojdimenzionální,
- obohacení náčrtu věrnějšími a typickými detaily.

Stádium naturalistické kresby

- **vývoj dětské kresby ukončen po desátém roce**,
- ztráta realistických prvků, dítě kreslí tak, jak se mu předmět skutečně jeví,
- zachycení pohybu,
- zlepšování proporcí, kresba je perspektivní, stereometrické prostorové zobrazení.

Mezi desátým a jedenáctým rokem se dítě dostává do "krize kresebného projevu", kresebný projev se stává popisný, dítě si uvědomuje svou kresbu jako nedokonalou a potlačuje svůj kresebný projev. **U dětí s výtvarným talentem vývoj pokračuje, kresba se stává expresivním prostředkem.**

Význam a využití dětské kresby

Dle Müllera a Valenty dětská kresba :

- představuje originální výpověď o psychickém světě dítěte,
- umožňuje i ostatním lidem pochopit vnímání světa dětmi (problémy, reakce, způsob vyrovnávání se s okolím),
- úzce souvisí s vývojem motorickým, rozumovým i emocionální zkušeností dítěte,
- není důležitá pouze jako produkt, ale i jako proces tvorby,
- s výpovědí dítěte objasňuje mnohé problémy dítěte,
- uspokojuje potřebu komunikace dítěte s okolím: prostředek k navázání kladného kontaktu s dítětem,
- využívána v arteterapii (nejde o dokonalost díla, ale o vyjádření pocitů,
- v psychologii velmi oblíbené a často používané psychometrické i projektní přístupy,
- vyžaduje z hrdiska diagnostického hodnocení dlouholeté zkušenosti, pozor však na radikální závěry a spekulativní usuzování z kreseb dětí (Müller, 2005)!

9.4.4.5 Diagnostické testy

Vývojové škály - testování jemné motoriky a zrakového vnímání, obkreslování geometrických tvarů - Matějček.

Měření inteligence - kresba postavy, standardizovaný test - Švancar.

Testy specifických funkcí - hodnocení osobnosti, reakce na neostré předměty - **Roorschachova metoda**.

Lúscherův test - preference a užití barev - Švancarová, Švancara.

Projekční testy: (projevy v přenesené podobě) test stromu-Koch , začarovaná rodina-Graserová.

Kresba lidské postavy - test Machoverové.

9.5 Terapie s účastí zvířete (zooterapie, animoterapie)

9.5.1 Vymezení terapie

- výjimečné postavení díky používanému terapeutickému prostředku - živému tvorů,
- nejčastěji využívání psi (canisterapie) a koně (hipoterapie),
- zvířata napomáhají psychické stimulaci, rozvoji sociální komunikace, rozvoji samostatnosti, nezávislosti, uspokojovat pocit bezpečí a jistoty,
- jisté odlišnosti v různých „hipoterapeutických školách“.

9.5.2 Hipoterapie

- součást „hiporehabilitace“ (pedagogicko-psychologické ježdění, sportovní a rekreační ježdění handicapovaných),
- funguje na bázi fyzioterapie, psychoterapie.

Pedagogicko-psychologické ježdění používá faktory jako důvěra k lidem, výcvik správného sebehodnocení, poznávání sebe sama a svých schopností, motivace k překonání neúspěchů apod.

9.5.3 Canisterapie

- vychází z toho, že pes je spolehlivý partner člověka v jeho osamění a nemoci,
- pes stimuluje pozitivní a sociální změny,
- probíhá v různých formách (mazlení se psem, hra se psem, výcvik psa),
- *Animal Assisted Activities* - pes zdroj motivace, výchovných momentů, odpočinku, obohacením kvality života),
- *Animal Assisted Therapy* - pes součástí cíleně a odborně vedeného terapeutického procesu s objektivizovatelnými výsledky (Müller, 2005).

10 HRANIČNÍ TERAPIE

= další využitelné terapie ve speciální pedagogice, modifikované přístupy pocházející z jiných oborů.

Patří zde:

- 10.1 rodinná terapie,**
- 10.2 terapeutická komunita,**
- 10.3 skupinová rozhovorová sezení,**
- 10.4 skupiny setkání (encounterové skupiny),**
- 10.5 autogenní trénink a relaxační terapie atp.**

10.1 Rodinná terapie

- ve středu zájmu nestojí jedinec, ale celá rodina,
- změna nevhodných stereotypů a nácvik nových (komunikace, jednání, chování),
- změna jednotlivce má dopad i na změnu v systému celé rodiny,
- nutná motivovanost rodiny ke spolupráci.

10.2 Terapeutická komunita

- spadá do oblasti socioterapie,
- klienti se podílejí na vytváření vzájemných vztahů,
- participují na společných podmínkách života, mají společné zájmy, problémy, obavy,
- sdílejí stejný čas, prostor,
- sdílejí pocit pospolitosti.

10.3 Skupinová rozhovorová sezení

- terapeut jako verbální činitel, má předem připravena témata nebo improvizuje,
- sezení oslovuje skupinu či jednotlivce.

10.4 Skupinová „setkání“ (encounterové skupiny)

- společný prožitek lidí ve skupině vede ke zvyšování sociální citlivosti.

10.5 Autogenní trénink a relaxační terapie

- relaxace, zklidnění (nejpoužívanější Schulzův autogenní trénink pro dospělé), léčebný faktor, součást psychohygieny člověka.

10.6 Psychodrama – modifikovaná složka různých léčebných postupů, techniky zrcadla, alter ego = naše druhé já v sobě / hraní vlastní role/ monolog/ alter ego /výměna rolí (Müller, 2005).

11 KOMUNIKACE

11.1 Vymezení pojmu

= sdělování, přijímání a sdílení informací. Nelze nekomunikovat!

Prostředky

11.1 verbální (slovní),

11.2 neverbální (bezeslovná).

11.2 Neverbální komunikace (nonverbální komunikace)

- zahrnuje množství komunikačních signálů (řeč těla, času, prostoru), které jsou bezeslovné povahy.

Fungují samostatně či doprovází komunikaci verbální (mohou být s ní shodné, v rozporu, probíhat samostatně),

- spontánní, pravdivá, více obsazena emocemi,
- méně kontrolovaná, ale i méně kontrolovatelná,
- ontogeneticky i fylogeneticky starší než verbální.

Využitelnost

- využíváme k pozorování klienta,
- interpretace chování klienta, mezilidských vztahů,
- prostředek terapie

Principy práce terapeuta

- schopnost správné interpretace neverbálních signálů,
- rozlišit jednotlivé komunikační úrovně a celky,
- rozpoznat komunikační szvláštnosti a rozdíly danépsychikou, fyzickou kondicí, věkem, sociální skupinou, kulturní či geografickou oblastí,
- akceptovat a počítat s klientem občas verbálně nekomunikujícím a dešifrovat příčinu,
- počítat s tím, že normální lidská komunikace je regulována různými obrannými mechanismy,
- odhadnout adekvátní chování.

Úrovně: jedním gestem či celou řadou projevů.

Základní oblasti

11.2.1 řeč těla,

11.2.2 řeč prostoru,

11.2.3 řeč času.

11.2.1 Řeč těla (postoje, pohyby, gesta, úprava, dotyky, výrazy, pohledy)

Mimika - sdělování pohyby obličeje, výrazem očí (zásada: „oči jsou pravdivější než ústa“, velké panenky přitahují, malé odpuzují). Dolní část těla často pravdivější než část horní.

Haptika - sdělování dotykem (opatrně aplikovat u adolescentů)

Posturologie - sdělování prostřednictvím postoje a držení těla.

Kinezika - sdělování pohyby těla.

Gestika - sdělování pohyby rukou a paží.

Gesta jsou veškeré komunikační signály, které vysíláme svým tělem a jsou vizuálně zachycené druhou osobou. Gesta vysíláme a přijímáme.

Paralingvistika - přechod od mimoslovních způsobům sdělování ke slovním: nejde o to, co

říkáme, ale **jak** to říkáme (přízvuk, slovosled, rychlost řeči, intonace, frázování atd.).

11.2.2 Řeč prostoru - proxemika (vzdálenost mezi účastníky komunikace)

Čtyři zóny osobního prostoru: **intimní (0 - 35 cm)**: milenci, dítě - matka,

- **osobní (35 - 120 cm)**,

- **sociální - společenská (120 - 360 cm)**,

- **oficiální (nad 3 m)**.

11.2.3 Řeč času (rychlost řešení problému)

Fyziologický čas - individuální nastavení jedinců např. pomalí, rychlí

Patologický čas - přítomnost patologie, nemoc, retardace

Dítě potřebuje do určité činnosti dozrát: zrání je důležitý činitel, ale mnoho reakcí se projevuje bez cvičení a naopak nedostatek cvičení jen do určitého času nenaruší vývoj. Je-li dítě omezeno v základním psychomotorickém vývoji, projeví se to ve všech ostatních složkách.

Paměťová kapacita mozku:

10% ze čtení,

20% z poslechu, z toho, co slyšíme,

30% z viděného,

50% současně ze slyšeného a viděného,

70% z námi vysloveného,

90% z námi vykonaného, provedeného (Müller, 2005).

12 ZÁJEM

„Super svou významnou monografii o zájmech končí konstatováním: Zájem je podněcující silou , která vyjadřuje směr úsilí , jeho trvalost , uspokojení, jež je z toho čerpáno, a často dokonce i úspěšnost (Nakonečný, 2003, s. 423).“

„Zájem vychází z potřeby jedince. Pokud tuto potřebu uspokojuje častěji určitým, pro něho přijatelným způsobem, vzniká vazba, charakterizovaná jako zájem (Krejčířová, 1998)“

„Zájem (interest) - schopnost trvalejšího zaměření , soustředění na určitou činnost , s výrazným emočním doprovodem, stimuluje myšlení, paměť, vůli a jiné psychické procesy; lidé se svými zájmy výrazně liší, a to nejen jejich zaměřením, ale i trvalostí, hloubkou, šířkou, intenzitou a hodnotou; zájmy vypovídají o osobnosti a životní dráze člověka (Hartl, Hartlová, 2000).“

13 VOLNÝ ČAS

Zcela jiný způsob kritiky konzumního chápání volného času provádí levicově zaměření teoretici, mezi nimiž má výsadní místo Horst W. Opaschowski. Opaschowski je toho názoru, že je možné vyvinout nový volnočasový kulturní životní styl, který – mj. pomocí pedagogiky volného času – dá volnému času aktivnější zážitkové zaměření. Opaschowski se nespokojuje s popisem současné situace, ale snaží se ukázat pozitivní vizi budoucnosti. Podle něj se bude nový volnočasový kulturní životní styl vyznačovat aktivitou a samostatností, spontánností a rozvojem sebe sama, komunikací a vytvářením společenství, uvolněním a dobrou náladou, radostí a užíváním života.

http://www.tf.jcu.cz/cz_lmenu/katedry/praktik_teol/getfile.php?filenameex=skriptum] 7.12.2007

„Poskytuje mladým lidem příležitost k volbě zájmových aktivit , které umožňují bez vnějšího tlaku a svobodněji vyjádření pocitů, postojů a přání než při profesionální orientaci.“
Langmeier , J. , Krejčířová , D. *Vývojová psychologie.* Praha , Grada Publishing,
3., přepracované vydání 1998.s.156.
ISBN 80-7169-195-X.

Prostřednictvím vhodné motivace možno působit na volní složku , schopnost překonávat překážky, dokončit úkol,nacházet nová řešení - kreativita, zažívat radostné prožitky -
- sebeuspokojení.

Volný čas nese relaxační funkci, důležitý pro pocit osobní svobody a nezávislosti jedince. Prostřednictvím zájmu může člověk i jako neprofesionál dosáhnout úspěchů, ať se to již týká zařazení do společnosti, místa v sociální skupině - zvláště důležité pro mladé lidi či postižené.

14 HUMOR

V 90. letech 20. století provedli američtí psychologové **P. Salovey** a **J. Mayer** definovali emoční inteligenci jako součást inteligence sociální, jako **schopnost vnímat, rozlišovat emoce vlastní, ale i emoce ostatních lidí a využívat tohoto poznání i ve svém jednání a myšlení. Rozumové schopnosti se spolu s emoční inteligencí doplňují a posilují.**

Odborníci se vzájemně shodují v názoru, že právě humor je důležitým prostředkem rozvoje sociálních schopností a dovedností jedince. Humor napomáhá k tomu, aby se člověk lépe vyrovnal s problémy, životními překážkami, stresem či úzkostí.

Slovo a obraz v komunikaci s dětmi/ *Humor ve světě dětí*/ Sborník příspěvků z odborného semináře...KČJL PdF OU v listopadu 2001/ ISBN 80-7042-195-9.

s.77

„Děti zaujímají k humoru výrazně pozitivní postoje, vysoce oceňují schopnost být vtipný. Humor jim často slouží jako účinná zbraň proti těm, kdož chtějí získat neoprávněnou převahu, chtějí dítě ovládat. Dětský humor se někdy obrací proti světu dospělých, je-li tento svět příliš autoritativní, pokrytecký, vypočítavý, vnucující dril a bezduchou poslušnost, vystupující jako autorita, která není podložena ničím jiným než odkazem na věk a šediny.“

Dospělý, který použije sebeironie ví, že její použití nesníží jeho autoritu, ale přibližuje svět dospělých dětem. Humor a pozitivní vidění světa pomáhá překonávat dospělým i syndrom vyhoření, kterým jsou vystaveni zvláště pracovníci ve školství a zdravotnictví (pomáhající profese).

15 HOSPITALIZACE

15.1 Navázání psychoterapeutického vztahu

Dítě se ocitá v prostředí léčebny, často poprvé, je vystaveno pobytu mimo domov tj. na dobu čtyř až šesti týdnů. Jde o závažný zásah do rodinného systému s dopadem na všechny členy rodiny. Dětský klient většinou nebývá k hospitalizacím motivován.

Správně vedenou komunikací se zákonnými zástupci (tj. doprovodem dítěte, ke kterému má dítě emoční vazbu) zasejeme první semínka důvěry - navážeme **psychoterapeutický vztah** jednak zdravotníka s rodiči jednak se samotným dítětem. Mám zkušenost, že navázání důvěry zdravotníka se zákonnými zástupci zkvalitňuje následnou spolupráci s dítětem. To je lépe motivováno k započetí spolupráce při hospitalizaci.

Sestra, která dítě přijímala na oddělení, pro ně nabývá zvláštního významu - stává se nejdůvěryhodnější osobou během hospitalizace. Prokazatelně častěji se se svými problémy obrací právě na ni. Dětský klient ji považuje za prostředníka mezi léčebnou a těmi nejbližšími. S touto důvěrou lze pracovat ve prospěch dítěte dále **prohlubováním psychoterapeutického vztahu**. Je třeba důsledně pracovat s informacemi o dítěti, které získáváme při příjmu i během hospitalizace. Týkají se **anamnestických údajů**, vztahujících se k důvodu hospitalizace, sociální situace, školní problematiky včetně zájmů a schopností dítěte.

15.2 Organizační systémy sester

Navázání psychoterapeutického vztahu při přijetí, kontakt se zákonnými zástupci a podrobnější znalost historie dítěte promítáme i do organizačních systémů sester. Vzhledem k charakteru oddělení uplatňujeme kombinaci dvou systémů.

Systém primárních sester:

- zajištění individuálních potřeb pacienta,
- osvědčená zkušenost přirozené vazby dětí k sestře, která dítě přijímala k hospitalizaci = hlavní koordinátor poskytování ošetrovatelské péče,
- konkrétní pacient zná jméno své primární sestry (štítky se jménem klienta jméno sestry vyznačeno),
- nelze z provozních důvodů zajistit každodenní kontakt sestry s dítětem.

Systém skupinové péče:

- pocit jistoty a bezpečí,
- zvyšuje informovanost dětského klienta,
- možné střídání skupin.

15.3 Ošetrovatelský proces

Po přijetí dítěte na oddělení a zhodnocení získaných anamnestických dat (rozhovor, rozbor písemných dat, anamnéza zákonných zástupců se zdravotně-sociální pracovníci) sestra stanovuje ošetrovatelskou diagnózu. Ošetrovatelská diagnóza je stanovený ošetrovatelský problém vyplývající z aktuálních bio-psycho-sociálních potřeb klienta. Jedná se o součást ošetrovatelského procesu, který trvá po celou dobu hospitalizace a vyvíjí se.

Ošetrovatelské diagnózy sestra stanovuje v závislosti výskytu nových a hodnocení již stanovených potřeb klienta. Navazuje edukace (poučení, zaškolení) dětského klienta i jeho zákonných zástupců. O provedených edukacích vedou sestry záznamy v ošetrovatelské dokumentaci. Při propuštění klienta předáváme zákonným zástupcům souhrn doporučených edukací, součástí je proškolení zákonných zástupců i dítěte.

15.4 Podmínky přijetí

Zákonný zástupce s dítětem přichází na doporučení spádového pedopsychiatra, Odboru sociálně-právní ochrany dětí a mládeže (OSPOD) či se jedná o akutní příjem v doprovodu pracovníka Rychlé záchranné služby (RZS).

Zákonní zástupci vyjadřují svým podpisem souhlas s hospitalizací a jsou rovněž seznámeni s charakterem oddělení.

V „Informovaném souhlasu se současnou hospitalizací“ vymezují jmenovitě osoby, které zplnomocňují ke kontaktu s dítětem (starší osmnácti let).

„Souhlas s výukou během hospitalizace“ opravňuje školu při zdravotnickém zařízení k vyučování, opět nutný podpis zákonného zástupce.

Při přijetí zákonní zástupci předávají vyplněný „Školní dotazník“. Sestra podá informace o chodu oddělení, zodpoví případné otázky a zákonní zástupci poučení stvrzují podpisem. Veškeré nebezpečné a nevhodné předměty z bezpečnostních důvodů zákonným zástupcům ihned vracíme.

Děti mohou používat své osobní svršky a školní potřeby, oblíbenou hračku či knihu apod. Výjimku tvoří děti se zvýšeným dozorem 3. stupně, které jsou oblečeny do pyžama a županu (mohou mít vlastní). Jedná se převážně o děti s detoxifikačním režimem, s agresivitou a akutní psychotické stavy.

16 REŽIM

Režim je významným terapeuticko-výchovným faktorem. Děti mají den účelně rozfázován, jsou seznámeni s tím, co bude kdy následovat v programu. Režim dne je pro děti vyvěšen na nástěnce v herně a v přijímací místnosti. Orientačními body jsou pevné časy podávání jídla během dne.

I když to vypadá, že děti mají čas naplánován na každou minutu, není tomu tak. Vzniká zde, samozřejmě, prostor pro volnou hru, činnost dle výběru dítěte (v rámci mantinelů odd.). Je to doba po obědě, kdy dítě odpočívá po výuce a jídle. Další možností je doba po večerním koupání, na ložnicích dětí.

Na režim má vliv i to, zda je pracovní den, svátek či prázdniny. Tomu přizpůsobujeme i aktivity. Ve všední dny v dopoledních hodinách probíhá školní výuka, v odpolední hodiny probíhají pohovory dětí s lékaři, psychology, zájmové kroužky a terapeuticko-výchovné programy se zdravotníky a vychovateli (příloha č.). Respektujeme předpoklady a zájem dětí.

17 SYSTÉM ZVÝŠENÝCH DOZORŮ A SPECIÁLNÍCH REŽIMŮ

17.1 Zvýšené dozory

Zvýšený dozor 1.stupně - dítě se může účastnit vycházky i mimo areál PL Opava.

Zvýšený dozor 2.stupně - dítě se může pohybovat pouze po areálu PL, tělocvičně a hřišti PL.

Zvýšený dozor 2.-3.st. - dítě nesmí mimo budovu dětského oddělení, je v herně pod přímým dohledem zdravotníka.

17.2 Speciální režimy

V rámci pedopsychiatrického oddělení uplatňujeme tři typy speciálních režimů

18 TERAPEUTICKO-VÝCHOVNÉ PROGRAMY

Terapeuticko-výchovné programy mají za cíl všestranný rozvoj osobnosti dětí dle jejich individuálních možností, schopností, motivací a zájmů. Přínosem je získání režimových návyků, pestrá programová nabídka, objevení osobních dovedností, prožití pozitivní zkušenosti, sociální učení, trénink nových postojů. Zásadní je práce s motivací. Každý z pracovníků dostane seznam dětí ve skupině, kde je uveden typ ZD, případné pohybové omezení, zájmový kroužek s časovým vymezením a další důležité informace. Výběr dětí do skupiny provádí staniční sestra s lékařem a psychologem. Vychovatelky se řídí plány výchovných činností - zpracovávají plán ročních akcí dle ročního období a významných dnů či prázdnin. Na týden zpracovávají plán činností dle principu střídání jednotlivých výchovných složek.

Dítě, které nemůže být do programu zařazeno z důvodu somatického onemocnění, agresivity či zvýšeného dozoru, kterému neumožňuje opustit oddělení, má na starost sestru, která má přidělenou paralelně i práci v ošetrovně (programově klienta vytíží dle jeho aktuálního psychického a fyzického stavu).

18.1 Složky terapeuticko-výchovných programů

Na našem oddělení je více typů heren, které jsou přizpůsobené věku dětí:

- **herna vybavená kuličkovým terapeutickým bazénem**, zařízením a hračkami pro menší děti,
- **herna výtvarná** - je vybavena pomůckami k výtvarné činnosti např. malování, vystřihování, dále k modelování a práci s keramickou hlinou. V sousedství herny je umístěna **vypalovací pec**,
- **učebna** - je vybavena školním zařízením a zde se děti zabývají převážně výukou a přípravou na vyučování,
- **herna s televizí a videem**, zde se děti schází k vizitám a týdennímu hodnocení, sledování televize a relaxaci.

Pro každé z oddělení jsou k dispozici čtyři herny.

18.1.1 Hudební výchova

Máme k dispozici kytaru (využívají sestry, vychovatelky i klienti) a klavír (využívají pedagogové), Orffovo instrumentarium, sadu afrických bubnů (velmi oblíbeny adolescenty). Podporujeme poslech magnetofonu, hudby. Před vánocemi, připravujeme s dětmi program na besídku. Děti si nacvičí písničky, soutěže, různé hry. Rovněž si přichystají pohoštění, sladkosti. Zvlášť si program připravují chlapci a zvlášť děvčata (vzájemně se překvapí), účastní se jen děti s dobrým hodnocením. Program musí být pestrý a zábavný, soutěže jsou zajímavé a vždy ohodnoceny drobnostmi. Děti si navzájem předávají dárečky, které si sami vyrobí. Klade se ohled na individuální schopnosti dětí. Každé umí zaujmout něčím jiným a toho je třeba využít. Zapojujeme děti úzkostné, málo sebevědomé- poskytujeme jim podporu. Děti hyperaktivní, které se rády předvádí zapojíme jako konferenciéry, abychom využili jejich schopností. Všichni se účastní při výzdobě herny, při pečení sladkostí a úklidu.

18.1.2 Pracovní výchova

Zahrnuje ve svém obsahu činnosti pro rozvoj hygienických návyků, sebeobsluhy, manipulační, konstruktivní a napodobivé hry. Činnosti sebeobslužné a společensky prospěšné se zaměřují na zvyšování samostatnosti a soběstačnosti dětí (důraz na klienty s mentální retardací a zanedbané). Základní podmínkou úspěchu této oblasti je pravidelnost, pevný denní režim, důslednost a trpělivost ze strany vychovatelů. Při utváření návyků sebeobsluhy je nezbytný individuální přístup.

Na našem oddělení mají děti pečlivě rozpracovaný **systém služeb** - pomoc v jídelně, kontrola pořádku hygienických potřeb, hraček a židlí v herně, úklid šatny, úklid hraček a židlí v herně, pomoc při bodování pokojů. Každé dítě pomáhá dle svých schopností a za každou

činnost je chváleno a povzbuzováno. Vždy ráno provádí určená služba spolu se staniční sestrou **bodování pokojů**. Hodnotí se úklid pokoje, lůžek, nočních stolků, hygienických potřeb a skříněk dětí. Menším dětem pomáhá s úklidem zdravotnický pracovník. O bodování pokojů vedeme záznam na nástěnce v herně a hodnotí se v pátek u „Týdenního hodnocení“. Jednou týdně se děti ze stanice I4A a I4B účastní úklidu kolem oddělení, sbírají papírky, shrabují listí, zametají chodníky. Hlavně chlapci mají v oblibě péči o záhonek s okrasnými rostlinami před oddělením. Tato činnost pomáhá rozvíjet jejich samostatnost, zodpovědnost za splnění úkolů, dodržování pořádku (činnostní terapie).

18.1.3 Tělesná výchova

V rámci tělesné výchovy děti navštěvují téměř denně tělocvičnu, kde hrají soutěživé a míčové hry. V létě hrají fotbal na hřišti, které se nachází v areálu PL. Děti mají k dispozici rovněž hřiště s houpačkami a průlezkami. Prostory před oddělením možno využít rovněž k dětským hrám, pro děti vybudována dvě pískoviště. Navzájem mezi sebou soutěží děti ze stanice I4A a I4B ve sportovních aktivitách. Pořádáme oblíbenou olympiádu, kde hodnotíme sportovní výkony.

18.1.4 Mravní výchova

Projevuje se zejména ve výchově k uvědomělé kázní, ke kolektivní spolupráci, vytrvalosti a obětavosti. Důležitým prvkem je zdravotník či vychovatel, který je pro dítě **identifikačním vzorem**.

18.1.5 Výtvarná výchova

Cílem je rozvoj tvořivosti dětí, vyvolání radosti a spokojenosti, nabídka nových aktivit. Zaměřujeme se hlavně na **malování, kreslení a modelování**. S každým dítětem se musí pracovat individuálně, každé potřebuje jiný přístup. V programu se snažíme děti zaměstnat a odpoutat od jejich problémů. Na oddělení máme sestry, které se zaměřují **na práci s keramickou hlinou**. Výrobky se vypalují v keramické peci, kterou máme k dispozici. Další zdravotníci se specializují na výrobu zdobených šperků z perliček a drátků. Mezi oblíbenou činnost větších děvčat a chlapců patří **malba na sklo, práce se slupovacími barvami a batikování**. K novinkám patří zvládání **ubrouskové techniky, drátkování a kašírování**. Děvčata rovněž zaujme háčkování, pletení, vyšívání, práci s přírodninami. O všechny tyto činnosti mají děti zájem. Část výrobků si mohou děti odnést domů a věnovat svým blízkým a rodinným příslušníkům. Každý výrobek bývá oceněn i ten méně zdařilý. K obohacení kulturního života DO PL Opava patří organizace výstavek s výrobky našich dětí. Pořádají se pravidelně na jaře a v zimě pro rodiče, pacienty a zaměstnance PL v Opavě.

18.1.6 Literární a jazyková výchova

Snažíme se děti seznamovat s pohádkami, časopisy, filmem. Podporujeme zájem o čtení knih. Malým dětem čteme večer před spaním pohádky. Tímto rozvíjí svou obrazotvornost, slovní zásobu, zlepšují schopnost čtení, rozvíjí se dětský slovník a vytváří předpoklady pro logickou výstavbu vět, souvětí a celého souvislého projevu. Dítě vnímá zdravotníka jako vzor - je důležitý jeho **verbální projev a slovní zásoba**, pozitivně působí na rozvoj dítěte, ovlivňuje sociální učení. Naši klienti se účastní bohaté přednáškové aktivity v Městské knihovně P. Bezruč v Opavě. Mnohé z dětí jsou v knihovně vůbec poprvé...

18.1.7 Školní příprava

Důležitou roli hraje i čas, kdy probíhá školní příprava (dále ŠP). Není to těsně po výuce, dítě odpočívá, projde se venku v doprovodu zdravotníka či vychovatele, odreaguje v tělocvičně.

Ideální je časové rozmezí pro ŠP mezi 14.30-16.30 hod. Doporučovaná délka ŠP, vzhledem ke specifitě problémů dětí, je 40-90 min. maximálně s ohledem na věk a dle individuálních potřeb dětí.

Klíčovými prvky, dle mé zkušenosti, je pro děti **pravidelnost a samozřejmost**, se kterou se přistupuje k plnění této důležité složky programu. Ty jsou dětmi přijímány snáze (ba jsou dětmi vyžadovány) - dávají jim **pocit jistoty a bezpečí**. Motivace ke ŠP je obsažena v tom splnit si úkol, možnost získání ocenění za ŠP, spokojenost vyučujících i zákonných zástupců dítěte - a konečně, možnost ovlivnění závěrečného hodnocení.

Kolektivní ŠP ovlivňuje rovněž pohled na ni - jako na běžnou součást dne i možnosti **vzájemné pomoci** mezi dětmi. Pohaněčem je i to, že po splnění povinností čeká na děti „odměna“ – většinou míčové hry a zábavné soutěže. Největším ziskem však pro dítě je schopnost soustředit se na dokončení úkolu (jde to!), dobrý pocit ze splnění povinností a posilování důvěry v sebe sama.

18.1.8 Odpočinková činnost

Významnou součástí obsahu výchovně - vzdělávací činnosti je **odpočinková činnost**. Pomáhá odstraňovat únavu dětí z vyučování, kompenzovat jednostranné zatížení školní činnosti. K námětům pro odpočinkovou činnost patří: odpočinek na podložce, četba knih, prohlížení obrázků, vyprávění vlastních zážitků, individuální rozhovory dětí, společenské hry v místnosti.

Volná hra

Hra - je základní činností dítěte. Charakteristickým znakem hry jsou spontánnost, pocit volnosti a dobrovolnosti. Pro zdravotnického pracovníka a vychovatele je hra dítěte zrcadlem, v němž se odráží to, co dítě ze světa kolem sebe pochopilo i odraz vlastní práce.

Dítě se ve hře opravdu učí, ale učí se především opět si hrát. Získává zručnost v zacházení s materiálem, improvizuje, zkouší, hledá a přemýšlí. To vše ale činí spontánně, dobrovolně **v individuálním tempu svého mentálního času. Tuto okolnost často podceňujeme a přehlízíme a naopak přeceňujeme usměrňování a řízení herních činností a za hrou, kterou ve skutečnosti není, označujeme každou z vnějšku motivovanou řízenou činnost!**

18.1.9 Účast na kulturních a společenských akcích

Účastníme se s dětmi kulturních a společenských akcí, které pořádá město Opava. Pacienti jednoho z oddělení dospělé psychiatrie si pro naše klienty připravují zábavný program (součást jejich terapie): soutěže, Mikulášská besídka s dárčky, karneval. Recipročně si program připravují děti pro tyto klienty. Vše probíhá pod dohledem zdravotníků, vychovatelek či etopeda. Úspěch mají koedukované akce našeho oddělení (využíváme k motivaci): diskotéky, posezení u čaje apod.

18.1.10 Relaxace, autogenní trénink

Autogenní trénink vede psycholog a sestra s výcvikem. Součástí psychohygieny a práce na sobě samém. Děti mají rády pocít, že participují na léčbě i z vlastního rozhodnutí. Používaná metoda nácvik

Využívám pro objektivizování psychického rozpoložení klienta před a po nácviku tzv. „**Náladoměr**“:

horní končetina se vztyčeným palcem a dlaní v pěst vymezuje vertikálním pohybem nahoru (lepší nálada 5-10 bodů) a dolů (horší nálada 5-0 bodů) aktuální náladu, přičemž normální nálada je vymezena 5 body (úroveň předpažení uprostřed). Děti zavřou oči a vymezují hranici bodů, kde by svou náladu zařadily. Zajímavé jsou jejich vzájemné reflexe, kdy si úroveň nálady korigují.

Toto cvičení má s doprovodným komentářem velkou výpovědní hodnotu.

19 VYUŽITÍ MOTIVACE

Každé dítě je **individualita, originál** a podle toho je třeba k němu přistupovat a hodnotit je. Musíme brát v potaz osobní historii dítěte, jeho schopnosti a možnosti, motivace, **preferovat individuální přístup**. To, co je pro jedno dítě samozřejmou schopností, to je pro další dítě nedostižným cílem. Důležité je najít na něm něco dobrého, vyzdvihnout speciální dovednost. Jsou děti, které díky **malé pochvle či povzbuzení** v sobě naleznou potenciál ke zlepšení spolupráce, chování. O zvýšení sebedůvěry nemluvě. Dochází pak **k nácviku a následné fixaci žádoucího chování**.

U některých z dětí se projevuje **nechuť ke školní práci i přípravě na výuku**, a to z různých důvodů. Nejčastěji to bývá zanedbáním správných návyků a **nevhodným denním režimem** vzhledem k deficitu pozornosti dítěte, jeho hyperaktivity či narušení soustředivosti z důvodu pervazivního duševního onemocnění. Nechuť ke ŠP se prohlubuje rovněž neúspěchy z důvodu **obavy z opakovaného selhání před dětmi** (dyslexie, dyskalkulie, balbuties apod.). Zde vystupuje jako významný terapeuticko-výchovný faktor **režim**.

S motivací úzce souvisí **problematika úzkostných a ustrašených dětí**. Mohou díky ní získat tolik potřebný pocit sebedůvěry a radosti z vlastních schopností. Velmi úspěšné jsou výtvarné aktivity, kroužky keramiky, sborového zpěvu, sportovních her. Některé z neprůbojných dětí dokáží připravit zábavné kvízy pro celé oddělení, upoutat svými encyklopedickými znalostmi či pomoci ostatním dětem.

Mentálně retardované děti při práci s keramickou hlinou ohromují netradičními pohledy na všední věci i ztvárňovaný předmět. Rodiče „problémových“, děti zažívají po dlouhé době slova chvály a ocenění adresované jejich potomku. Ten, je po slovech ocenění ze strany rodičů, dále motivován k další práci, zlepšuje se často vztah mezi nimi. Rodiče vnímají, že se začíná „něco“ dařit a důvěra se promítá i do vztahu mezi ně a zdravotníky, instituci. Zažití ocenění posiluje a motivuje dítě k další – žádoucí práci.

Je to dlouhá cesta, lemovaná trpělivostí, pokorou, důsledností i velkorysostí. Na té malého klienta, v našem zařízení, provází zdravotničtí pracovníci. Ti jsou schopni značně ovlivnit chování dítěte.

Klienty, hospitalizované na dětském oddělení PL Opava s diagnózou: enuréza, provází motivace po celou dobu hospitalizace. Děti denně cvičí speciální sestavu cviků - střídavě se zatěžuje svalstvo břišní stěny a dna pánevního. Děti denodenní cvičení nemají v oblibě, efekt není okamžitý. Jako omezující rovněž vnímají omezení příjmu tekutin po 19. hodině, vzhledem k závažným možným rizikům, která mohou vzniknout při požití tekutin, pokud je jim lékařem ordinována terapie formou nosních kapek (Adiuretin SD) - může dojít k otoku mozku.

Každé ráno dítě s enuretickými potížemi provádí společně se zdravotníkem hodnocení „úspěšnosti“, tj. pomočení či nepomočení během noci (enuresis nocturna). Při úspěšnosti si dítě do svého záznamu smí otisknout razítko sluníčka, pokud neuspěje použije razítko s mráčkem. Respektujeme intimitu chvíle. Většinou, vzhledem k nastolení medikamentózní a režimové léčby, dochází ke zlepšení stavu a děti se mohou pochlubit svým rodičům povzbudivou statistikou. Pochvaly se jim dostává i během vizit. Záznam o enuréze si děti mohou odnést domů - to je pro ně velká motivace. **Jako možná příčina zlepšení, i bez medikace, se jeví vyjmutí dítěte z neurotizujícího rodinného prostředí.**

Jak bylo již výše zmíněno, dítě si vytvoří užší vazbu většinou k jednomu z pracovníků (nejčastěji k tomu, kdo je přijímal k hospitalizaci). **Pokud je psychoterapeutický vztah prohlubován během pobytu dítěte na pedopsychiatrickém oddělení, má dotyčný zdravotník největší možnost motivovat dítě cíleně žádoucím směrem k cíli hospitalizace.**

20 TERAPEUTICKO-VÝCHOVNÁ SKUPINA

20.1 Výběr dětí do skupiny

Výběr dětí do skupiny provádíme **na základě věku a diagnóz** (podobný okruh), aby jim byl umožněn přirozený harmonický rozvoj ve skupině vrstevníků (socializace), dále na základě **zvýšených dozorů a podle dalších omezení** - např. detoxikační režim a režim poruch příjmu potravy - mohou chodit na dovolenky a vycházky až po schválení pedopsychiatrem.

. Výběr závisí rovněž **na aktuálním psychickém a somatickém stavu**. Ideální počet dětí ve skupinách je **šest až sedm**, o ně se starají sestry specialistky, dětské sestry, ošetřovatelky, vychovatelky a etoped.

20.2 Skupiny vedené zdravotníky a vychovatelkami

Vychovatelky mají do skupin zařazeny děti s lehčími diagnózami a relativně stabilní složení skupiny. Pokud mají v programu děti se zvýšeným dozorem 2. a vyššího stupně či klienta ve speciálním režimu - pracují pod odborným dohledem.

Vycházíme z kompetencí a náplní práce jednotlivých pracovníků.

20.3 Etopedické skupiny

Silným motivačním prvkem je, zvláště pro chlapce, **mužský vzor**. Souvisí to s vysokým počtem chlapců z rodin, ve kterých jsou vychováni pouze matkou. Důvodem je nezáměr otců o vlastní děti anebo se jedná o patologické osobnosti, se kterými mají děti přerušovaný kontakt. V rodině tedy **postrádají identifikační vzor**.

Na našem oddělení se snažíme nabídnout mužský identifikační vzor chlapcům, a to psychologa a etopedického pracovníka. V kolektivu třiceti sedmi pracovníků je pouze, bohužel, jedním ze dvou mužských elementů.

Do etopedické skupiny jsou děti vybírány psychologem a lékařem. Jde většinou o klienty s diagnózou poruchy chování. Ostatní děti, které nebyly do skupiny zařazeny, toto pocítují jako nespravedlnost - chtěly by do ní rovněž patřit. Chlapci preferují muže, vzor, který tolik potřebují. Lépe akceptují jeho autoritu. Vyzrálý a vzdělaný pracovník, který má vztah k dětem, je ideálním identifikačním vzorem. Předává klientům **společensky uznávané vzorce chování**, oni se lépe přizpůsobují terapeuticko-výchovným nárokům.

21 TERAPEUTICKÉ PRVKY A METODY

Nejvíce využívanými prvky a metodami v rámci terapeuticko-výchovných programů jsou: motivace, pozitivní posilování, emočně-korektivní zkušenost, negativní posilování, frustrace, působení sociálním tlakem, režim, rituály fixující pozitivní chování, účast v zajímavém programu, sebeocenění, podpora, odměna, systém pochval a pokárání (hodnocení chování).

22 ŠKOLNÍ VÝUKA

Přímo na oddělení máme umístěny dvě třídy školy (ZŠ a ZŠ speciální při zdravotnickém zařízení). Jedna z nich je určena dětem 1.-3.třídy ZŠ i ZŠ praktické, druhá je pro klienty středních škol, učebních oborů a těch, kteří z terapeutických důvodů nemohou opustit budovu dětského oddělení. Ve zvláštních případech zajišťujeme prostřednictvím školy individuální výuku (nezvladatelné děti narušující výuku, děti vyžadující speciální přístup) přímo na oddělení. V budově školy jsou třídy 1.- 9.ročníku ZŠ, 1.-9.ročníku ZŠ, praktické, speciální třída. Vzhledem k cirkulaci žáků - klientů – během školního roku - se třídy skládají až ze tří postupových ročníků. Počet žáků ve třídě je kolem dvanácti.

Pro hospitalizované dítě je mimořádně důležité, aby neztratilo kontakt s výukou. Úzce spolupracujeme s vyučujícími prostřednictvím „**přípravových sešitů**“ na přípravě do školy. Každý z ročníků má v příslušném sešitě uvedeny písemné úkoly včetně učební látky, kterou ve škole aktuálně probírají. Součástí každého všedního dne, v rámci odpoledního programu dětí, je zmiňovaná školní příprava vedená zdravotnickými pracovníky a vychovateli. Ti vedou ŠP dle zadaných úkolů a individuálních potřeb dítěte (dyslektici - zaměřeni na správný nácvik čtení, dítě neklidné a nesoustředěné sedí u stolu samo, u dalších dětí se ŠP zaměřuje na předmět, se kterým má dítě potíže,...).

ŠP je součástí „Týdenního hodnocení“.

Jednou za čtrnáct dní zasílá škola psychologům dětského oddělení zprávu - "**Osobní záznam žáka**", ve kterém provádí písemné hodnocení práce žáka a jeho chování ve škole.

Problémy závažnějšího charakteru (agresivita, úraz, náznaky šikany, nápadnosti a změny v chování, nezáměr o výuku) řeší pracovníci školy s pracovníky oddělení operativně (telefonicky, osobní návštěvou na oddělení).

Lékaři, psychologové, vrchní a staniční sestra se zúčastňují co tři měsíce školních porad, na kterých společně se speciálními pedagogy řeší individuální problematiku každého hospitalizovaného dítěte.

Do budovy školy, která je v areálu PL v Opavě umístěna naproti budovy dětského oddělení, zasíláme denně, spolu s dětmi i stručnou zprávu o stavu klientů na oddělení (počet, typ zvýšených dozorů, přijatí, propuštění a přeložení klienti, jména somaticky nemocných).

Spolupráce je nadstandardní.

23 ZÁJMOVÉ KROUŽKY

Organizuje škola. Nabídka je pestrá, respektujeme zájem dětí.

Výčet:

- **kroužek sportovních her,**
- **kroužek sborového zpívání,**
- **kroužek keramiky,**
- **kroužek zdravotní a léčebné tělesné výchovy,**
- **kroužek jógy.**

24 INDIVIDUÁLNÍ PŘÍSTUP

Významný terapeutický prvek. Dítě má nárok na přístup s ohledem vyplývající z jeho životní historie, současné situace. Zdravotník i vychovatel je povinnen se seznámit se zdravotními záznamy, znát zájmy dítěte a jeho možné motivace. Promítá se i do hodnocení.

25 TYPY HODNOCENÍ

25.1 Denní hodnocení

ČERVENÁ POCHVALA - mimořádná aktivita, pomoc, vzorné chování, kvalitní ŠP.

MODRÁ POCHVALA - aktivita v programu, dobré chování a ŠP, drobná pomoc.

STANDARDNÍ ZÁZNAM - chování během programu bez problémů, plnění ŠP v normě.

MODRÉ POKÁRÁNÍ - agresivita, vulgarismy, neplnění ŠP, porušení režimu oddělení, lhaní, nerespektování autority.

ČERVENÉ POKÁRÁNÍ - závažné porušení režimu (kouření, útěk, ukrývání nebezpečných předmětů), vulgarismy vůči dětem i autoritám, nerespektování pokynů, agresivita vůči lidem i věcem, projevy šikany.

Pracovníci mají k dispozici pomůcku ke psaní poznámek s uvedením toho, co pozorovat a jak pozorované hodnotit (verbální i neverbální komunikace).

25.2 Týdenní hodnocení

– vychází z denních záznamů, tj. denního hodnocení

PLNĚ S POCHVALOU - převažují pochvaly v hodnocení.

PLNĚ - každodenní hodnocení dobrá, bez přestupků (anebo drobných), plní si povinnosti, aktivní v programech i ŠP.

ČÁSTEČNĚ - objevují se pokárání, občasné porušování režimu oddělení, vulgarismy, neplnění si povinností, agresivní tendence,

částečně s výstrahou - časté přestupky, porušování režimu, častá agresivita,

částečně s podmínkou - závažnější porušení režimu, přetrvávající přestupky (podmíněčné zrušení víkendové dovolenky).

NEVYHODNOCEN - závažné porušení režimu (opakované porušování), kouření, útěk (záleží na příčině), agresivita, šikana, nerespektování autorit (zrušení či přesunutí termínu) víkendové dovolenky po dohodě se zákonnými zástupci.

NEHODNOCEN - krátký pobyt na oddělení, somatické onemocnění.

Probíhá každý pátek, před odchodem dětí do výuky. Vede ho **psycholog**. Účastní se ho všechny děti příslušného oddělení - lékař, vrchní či staniční sestra a zdravotnický personál ve službě. Vrchní či staniční sestra připravuje odměny pro děti na tácy, kde jsou přehledně rozloženy.

Odměny tvoří sladkosti, drobné hračky a předměty, výrobky z keramiky, které děti vyrobí pro tuto potřebu, propagační a osvětové materiály se zdravotnickou tematikou, která děti zajímá. Odměny jsou vybírány tak, aby respektovaly vývojové hledisko, aby sortiment byl pestrý a barevný a hlavně - byl lákavý pro děti. Hodnocení zahrnuje chování, školní práci, zapojení v programech, hodnocení služeb, bodování pořádku a výzdoby pokojů dětí. Nezapomínáme na narozeniny a svátky dětí. Oceňujeme mimořádnou aktivitu a pomoc druhým.

Týdenní hodnocení je malým obřadem. Děti se usadí na židle v herně tak, aby každé z nich dobře vidělo a slyšelo. Přímě naproti dětem usedají zdravotničtí pracovníci oddělení. Před nimi stojí stůl s odměnami. Dbáme na zajímavá aranžmá a je myšleno i na to, aby každý z klientů na tácu našel něco zajímavého pro sebe. Prostředky na odměny získáváme od vedení PL Opava, dobrovolných příspěvků rodičů a sponzorských darů.

Volba odměn je velmi důležitá a je to proces stále náročnější vzhledem k zájmům dnešních dětí a jejich náročnosti. Děti jsou hodnoty spatřovány především v ceně odměny. Proto vítězí

často nápad a fantazie při jejich výběru. Oproti tomuto poznatku nás děti překvapují svou volbou - rády si odnáší výrobky z keramiky. Vítají možnost získat „originál“, byť někdy neuměle zpracovaný. Psycholog z dekurzů předčítá hodnocení za celý týden, které zpracovává den předtím. Jednotlivé děti při přečtení svého jména povstávají. Atmosféra je plná napětí a očekávání. Ztiší se i ti, kteří obvykle vyrušují. I děti, které tvrdí, že jim na hodnocení nezáleží, jsou pohlaceny atmosférou.

Každé týdenní hodnocení je provázeno krátkým rozhovorem psychologa s dítětem, které se k hodnocení rovněž vyjádří. Psycholog doporučí, kam zaměřit svou snahu, poradí, co zlepšit a jakým způsobem. Další zdravotníci se mohou k dítěti rovněž vyjádřit.

Dostatek objektivních informací, důslednost spolu s povzbuzením a empatickým chováním vůči dítěti je podivuhodně účinným elixírem pro motivovanost dítěte změnit své problémové chování.

Za vyhodnocení **PLNĚ S POCHVALOU** a **PLNĚ** jsou děti oceňovány i potleskem ostatních a **příjemný emoční zážitek** z uznání okolí, je **silným motivačním činitelem pro opakování žádoucího chování a jednání**. Děti, které získají v hodnocení pochvalu za chování, osazenstvo pokojů na prvních třech místech (pořádek a výzdoba pokojů) a za vzorné vykonávání služby - vybrány tři děti, které byly předcházející týden vyhodnoceny **PLNĚ S POCHVALOU** - si mohou vybrat z tácu, kde jsou nejhodnotnější odměny (příloha na CD - prezentace). Oči dětí, které provází oceněné jedince, vypovídají o „chuti“ být na jejich místě. Zvláště děti mladšího školního věku se v tomto smyslu čitelně projevují **bohatými slovními doprovody i zrychlenou mimikou, haptikou a gestikulací**. Některá z ne tolik úspěšných dětí, toto nezvládají, je jim líto, že odměnu ony nezískají a rozruší se - pláčí, odbíhají z místnosti. Silně emotivně situaci prožívají = **emoční korektivní zkušenost**. V mnoha případech **vede ke snaze dětí o zlepšení chování či plnění požadovaných cílů** a - značnou motivaci. Starší děti a adolescenti - chlapci - oceňují výběr na koedukované akce s klientkami z dívčího oddělení PL Opava - např. posezení u čaje s programem, vánoční setkání s hudbou, výběr na výlet. To je velká motivace.

Hodnocení může ovlivnit rovněž délku vycházky i víkendové dovolenky. Naším cílem je, aby **nebyl přerušen pravidelný kontakt dětí se zákonnými zástupci**. Snažíme se zajistit kontakt i těm dětem, o které jejich rodiče nejeví zájem, Naproti tomu klienti, kteří byli nevyhodnoceni, **bývají sankcionováni** formou omezení návštěv, vycházek či dovolenek po domluvě se zákonnými zástupci (sankce s motivací úzce souvisí). Záleží na typu prohrěšku, na opakování problémů. Prožití nepříjemné situace, **frustrace**, kdy je dětský klient **vystaven kritice před kolektivem**, nese rovněž prvky motivace. **Motivace ke změně, na základě negativní zkušenosti**, může vést k **poučení**. Mezi dalšími členy kolektivu dochází k **posilování společensky uznávaných projevů chování i spoluprožitím situací**, kdy jsou jedni chváleni a druzí káráni.

Hlavním smyslem hodnocení je povzbuzování **v důvěru ve schopnosti jedince a následné zvládnutí problémů**. Vymezují se jasné **mantinely pravidel režimu** a podporuje **sebeuvědomování** včetně pocitu **zodpovědnosti za vlastní chování (socializace)**.

Klienti našeho oddělení citlivě vnímají chování autorit bývají i nesmířitelnými kritiky.

26 KOMUNITA

Jako **fórum pro řešení problémů vzniklých na oddělení** slouží komunita. Probíhá 1x týdně. Kromě dětí se komunity zúčastňuje psycholog, lékař - psychiatr, etoped, vrchní či staniční sestra a personál ve službě. Během času vymezeného komunitě, tj. cca 40 minut, **děti ventilují své problémy a připomínky vztahující se k oddělení, režim, náplň programů, strava, výuka,....** Opakovaným tématem je nevhodné chování některého dítěte z kolektivu stanice - provokace, agresivita, náznaky šikany, obtěžující chování. Všechny zmíněné problémy přispívají ke zvyšování napětí v kolektivu, dráždí děti a celkově narušují **klima na oddělení**. Klienti se přímo obrací na tuto problémovou osobu a sdělují jí, co jim konkrétně vadí v jejích projevech a jak se při tom cítí, co sami prožívají. **Podpora či podobnost názorů** mezi členy komunity jsou velmi silným faktorem, který v jedinci vyvolává řadu nelibých pocitů. Zažívá **emoční korektivní zkušenost**, kterou má velkou šanci zúročit ve změně chování. Mocná síla kolektivu vrstevníků a jeho **názorová jednota** motivuje jedince ke zmiňované změně.

27 POŽADAVKY NA PRACOVNÍKA PEDOPSYCHIATRIE

Zdravotník či výchovný pracovník, který je v pravidelném kontaktu s dětmi, musí umět dětem poskytnout v rámci chování a jednání vzor, svými znalostmi a dovednostmi motivovat dítě v souladu s jeho individualitou a potřebami.

Dále jsou důležité vlastnosti:

- kladný emoční vztah k dítěti, empatie,
- znalost vývojové psychologie, vedení rozhovorů,
- **zralost**, vyrovnanost, schopnost zvládat frustrace a zátěžové situace,
- schopnost získání důvěry, trpělivost vyslechnout pacienta,
- realizovat výchovné plány,
- schopnost na sobě pracovat a vzdělávat se,
- podporovat spolupráci s rodiči,
- schopnost improvizace,
- dobré verbální schopnosti,
- odbornost.

28 TÝMOVÁ SPOLUPRÁCE

Úspěšnost léčby dětského klienta je rovněž odrazem týmové spolupráce. Důraz je kladen na předávání informací ústní a písemnou formou.

Schůzky ošetřovatelského týmu a jejich význam (1x týdně): řešení individuální problematiky dětí, informovanost je prevencí nedorozumění a problémů v kolektivu, přináší nové podněty a informace (dynamika), zaručuje sjednocení přístupu k jednotlivým klientům.

Kolektiv pracovníků organizuje rovněž společné aktivity pracovníků, při kterých dochází k utužování kolegiality, ventilují se problémy (prevence BURN - OUT).

29 SPOLUPRÁCE S JEDNOTLIVCI A INSTITUCEMI

Spolupráce s rodinou: rodinná terapie, zásadní spolupráce pro úspěšnost léčby.

Spolupráce se školou: ZŠ při zdravotnickém zařízení a kmenovou školou klienta (školní dotazník). Spolupráce možná pouze se souhlasem zákonného zástupce.

Další instituce: PČR - útěky, výslechy klientů, **OSPOD** - sociální dohled nad rodinou, **hygienické stanice** - řešení hygienické situace na oddělení, řešení problémů, konzultace, **společensko-kulturní instituce** - řešení slev vstupů do zámků, muzeí, na koupaliště, účast na výtvarných soutěžích, **další psychiatrická a pedopsychiatrická pracoviště, pediatři a psychologové v ambulancích, vzdělávací zařízení pro zdravotnický personál** (VŠ, NCO NZO v Brně). apod.

30 SPECIFICKÉ PROBLÉMY PEDOPSYCHIATRICKÉHO ODDĚLENÍ

- vysoké množství nesourodých diagnóz a věkové rozpětí s odlišnými vývojovými požadavky,
- obavy dětských klientů ze zařazení do skupiny „bláznů“,
- stoupající tendence agresivity u dětí, nerespektování dospělých autorit,
- feminizace zdravotnictví,
- nezájem zákonných zástupců o uspokojování potřeb dětí,
- nezájem o aktivní využívání volného času klientů, pomoc doma,
- nedostatek financí v psychiatrii (na chvostu zájmu medicíny),
- nároky na vzdělání a odolnost zdravotníků (vychovatelů),
- malá pedopsychiatrická síť,
- nízké společenské uznání a ohodnocení pracovníků,
- nerespektování specifík pedopsychiatrie stran pojišťoven (např. propustka domů) apod.

31 HODNOCENÍ KVALITY POSKYTOVANÉ PÉČE

Při ukončení hospitalizace vyplňují zákonní zástupci společně s rodiči dotazník, který je zaměřen na spokojenost s hospitalizací. Většinou bývá oceňována úroveň školní přípravy a pestrost programů. K naší radosti jsou spokojeni i s empatickým a citlivým individualizovaným přístupem k pacientovi i zákonným zástupcům.

ZÁVĚR

Práce na pedopsychiatrii klade na pracovníky vysoké nároky na osobnostní předpoklady, odbornost a vysokou odolnost vůči psychické zátěži. Jsou vystaveni stoupajícím verbálním i brachiálním atakům.

Absence promítnutí legislativních opatření do praxe (postihy zákonných zástupců za zanedbávání výchovy) a zvyšující se nároky eistenčního charakteru vedou k tlakům, které mají dopad i na rodinná klimata. S tím souvisí růst agresivity, sociální necitlivosti současných dětí. Společenské tlaky na výkonnost se projevují i vyšším počtem dětí s psychickými potížemi. Psychotická onemocnění se objevují ve stále nižších věkových kategoriích a přibývá jejich výskyt. Během hospitalizace nabízíme klientům prostřednictvím terapeuticko-výchovných programů alternativy trávení volného času, možnosti změny svých zažitých postojů v ochranném prostředí našeho oddělení. Změny v rodinném systému umožňuje rodinná terapie.

Možnosti zkvalitnění terapeuticko-výchovných programů vidím v širším využití muzikoterapie a arteterapie ve spolupráci s psychology a lékaři. Výsledky výtvarných aktivit by bylo možno v širší míře využívat k diagnostickým účelům (v současnosti kresba rodiny při přijetí). Diagnostická rozmanitost klade na vedoucího skupiny vysoké požadavky, zatěžuje i klienty. Pracovníci jsou často vyčerpaní, organizace oddělení vzhledem k potřebám klientů i personálu je náročná. Členění budovy a zastaralé vybavení nám rovněž komplikuje provoz oddělení. Řešení vidím v kvalitě výběru pracovníků, zjednodušení systému vzdělávání (diskriminace zdravotníků oproti jiným absolventům odborných škol), koordinací meziresortní spolupráce na úseku MZ a MŠMT, MS, MPSV.

Chtěla bych zdůraznit nezastupitelnou úlohu zákonného zástupce dítěte při výchově a vzdělávání včetně uspokojování jeho potřeb.

Pro práci zdravotníků je základem uplatňování individuálního přístupu ke klientovi a maximální podpora jeho komplexního rozvoje dle jeho schopností, možností, zájmů a motivací.

Bakalářská práce se dá využít jako instruktážní pomůcka pro široký okruh zájemců o problematiku pedopsychiatrie a speciální pedagogiky.

Jako další možnost hlubšího zkoumání jsou jednotlivé složky terapeuticko-výchovného plánu a jejich doplnění konkrétními používanými aktivitami, dále pak zúročení statistických šetření (výskyt diagnóz za poslední tři roky na prim E) či podrobné vyhodnocení dotazníkových šetření.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Knižní zdroje:

ALEXANDER, F. M. , FRENCH, T. M.: *Psychoanalytic therapy*. New York, Ronald Press, 1948.

HARTL, P. , HARTLOVÁ, H.: *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000.
ISBN 80-7178-303-X

HORT, M., HRDLIČKA, J., KOCOURKOVÁ, E. a kol.: *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 1. vydání Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-472-9

HUTÝROVÁ, M.: *Nepublikovaná přednáška z etopedie*. Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta, Olomouc, 2007.

JESENSKÝ, J.: *Základy komprehenzivní speciální pedagogiky*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2000. ISBN 80-7184-823-9

JOBÁNKOVÁ, M.,: *Vybrané problémy psychologie zdravotnické činnosti*. 3. vydání Brno: IDVPZ Brno. 1996. ISBN 80-7013-209-4

KRATOCHVÍL, S.: *Základy psychoterapie*/S. K. 2. dopl. a přeprac. vydání Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-280-7

KREJČÍŘOVÁ , O.: *Estetická výchova mentálně retardovaných*. Olomouc: Netopejř ,1998. ISBN 80-86096-12-2

LANGMEIER, J. , KREJČÍŘOVÁ, D.: *Vývojová psychologie*. Praha , Grada Publishing , 3., přepracované vydání,1998. s.165. ISBN 80-7169-195-X

MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M.,BABIAKOVÁ, M.:*Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 2435. publikace. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. ISBN 80-247-1151-6

MÜLLER, O.: *Terapie ve speciální pedagogice*. 1. vydání Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta, Česká republika, Prešovská univerzita v Prešově, Pedagogická fakulta, Slovenská republika, 2005. ISBN 80-244-1075-3

NAKONEČNÝ, M.: *Obecná psychologie*. Praha: Academia - 2., rozšířené vydání,2003. ISBN 80-200-0625-7

Nepublikovaná přednáška, rok není znám.

PIPEKOVÁ, J. a kol.:*Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. vydání Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-0

RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. a kol.: *Speciální pedagogika*.3. vydání Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta, 2005 ISBN 80-224-1073-7

VÁGNEROVÁ, M.: *Základy psychologie*. 1. vydání. Univerzita Karlova v Praze: Karolinum,

2004. ISBN 80-246-0841-3

VALENTA, M., MÜLLER, O.: *Psychopedie*. 1. vydání Praha: Parta, 2004. ISBN 80-7320-063-5

ZVOLSKÝ, P. a kol.: *Speciální psychiatrie*. 1. vydání Praha: Karolinum, 1997. ISBN 382-190-97 1780

Internetové zdroje:

Bibliotherapy- special education [online]. Poslední revize 2003 [cit. 2005 - 11 - 11].
Dostupné z <http://www.cameron.edu/~philip/bibliohome.html> 22.4. 2007

Použité zdroje:

<http://www.phil.muni.cz/kivi/clanky.php?cl=658@akce=t>
22.4.2007

22.4.2007

http://www.tf.jcu.cz/cz_lmenu/katedry/praktik_teol/getfile.ph?filenameex=skriptum]

http://www.astride.estranky.cz/stranka/biologicke-a-socialni-faktory-vyvoje-cloveka_-vyvoj-nazoru-_vcetne-soucasnych_-na-jejich-vyznam-a-podil_-dusledky-techto-nazoru- 31.3. 2009

<http://ografologii.blogspot.com/2008/04/abraham-maslow-pyramida-potreb.html>
31.3.2009

<http://www.zdravotnickenoviny.cz/scripts/detail.php?id=173447> 31.3. 2009

<http://mtoms.blogspot.com/2008/03/charta-prv-dt-v-nemocnici-dti-maj-bt-do.html> 1.4.2009]

http://www.tf.jcu.cz/cz_lmenu/katedry/praktik_teol/getfile.ph?filenameex=skriptum 1.4.2009

<http://www.phil.muni.cz/kivi/clanky.php?cl=658@akce=t> 22.4.2007

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Miriam Šnapková
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií - PdF v Olomouci
Vedoucí práce:	Mgr. Oldřich Müller, Ph.D.
Rok obhajoby:	2009

Název práce:	Možnosti terapeuticko-výchovných programů dětí a adolescentů se speciálními potřebami realizovaných na dětském oddělení Psychiatrické léčebny v Opavě Možnosti terapeuticko-výchovných programů na dětském oddělení Psychiatrické léčebny v Opavě
Název v angličtině:	Possibilities of therapeutic and educational programmes for children with specific needs realized at children's ward of Psychiatric hospital in Opava
Anotace práce:	Předmětem práce je přiblížení specifiky práce na dětském oddělení Psychiatrické léčebny v Opavě z pohledu vrchní sestry s dlouholetou praxí na tomto pracovišti. Seznamuje s organizací práce a náplní terapeuticko-výchovných programů s ohledem na individuální potřeby dětí od šesti do osmnácti let věku. Nastiňuje rovněž úskalí práce s psychiatricky nemocnými klienty, odbornou a psychickou náročnost kladenou na pracovníky tohoto oddělení.
Klíčová slova:	dětská a adolescentní psychiatrie, individuální přístup, motivace, potřeby, socializace, terapeuticko-formativní přístupy, terapeuticko-výchovný program, terapie, výchova, vývoj.
Anotace v angličtině:	The aim of my work is to clarify specific work at children's ward of Psychiatric hospital in Opava from the point of head nurse's view. It acquaints you with organization of work and therapeutically educational programme with respect to individual requirement for children from six to eighteen. It also outlines obstacles of work with psychiatrically disordered clients, professional and psychological demands for employee at this ward.
Klíčová slova v angličtině:	children and adolescent psychiatry, individual attitude, motivation, requirements, socialization, therapeutically formative attitude, therapeutically-educational programme, therapeutics, education, development.

Přílohy vázané v práci:	A Charta práv dětí v nemocnici B Práva pacientů (etický kodex) C Informovaný souhlas s hospitalizací D Informace o charakteru dětského oddělení PL v Opavě E Režim dne F Speciální režimy G Programová osnova - týdenní plán - vychovatelka H Harmonogram práce etopeda I Autogenní trénink J Týdenní harmonogram vizit, aktivit K Dotazník
Rozsah práce:	98 stran
Jazyk práce:	čeština