

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

Pedagogická fakulta

Ústav speciálně pedagogických studií

KAROLÍNA HUSKOVÁ

III. ročník – prezenční studium

Obor: speciálně pedagogická andragogika

**DOPADY CRAVINGU NA ROZVOJ OSOBNOSTI SE ZDRAVOTNÍM
POSTIŽENÍM**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: doc. PhDr. PaedDr. Olga Krejčířová, Ph.D.

Olomouc 2011

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně a použila jen prameny uvedené v seznamu literatury.

.....

Karolína Husková

Děkuji Doc. PhDr. PaedDr. Olze Krejčířové, Ph.D. za cenné rady a vedení, které mi během psaní práce poskytla.

Vadou těla se duše nezohaví, ale krásou duše se zdobí tělo.

Lucius Annaeus Seneca

Obsah

Úvod	7
Teoretická část	8
1 Mentální retardace	8
1.1 Charakteristika mentální retardace	8
1.2 Klasifikace mentálního retardace	9
1.3 Etiologie mentální retardace.....	15
2 Tělesné postižení	17
2.1 Charakteristika tělesného postižení	17
2.2 Klasifikace tělesného postižení	17
3 Craving	19
3.1 Charakteristika carvingu.....	19
3.2 Postupy mírnící bažení a zlepšující sebeovládání	20
4 Osobnost	23
4.1 Charakteristika osobnosti	23
4.2 Vývoj osobnosti.....	23
4.3 Vývoj osobnosti u osob s mentálním a tělesným postižením.....	26
Praktická část	28
5 Výsledky šetření	28
5.1 Cíl, hypotéza, metodika výzkumu	28
5.2 Výsledky ankety	29
Závěr	36

Zdroje	37
Elektronické zdroje	38
Seznam příloh	38
Přílohy	40
Seznam zkratk	41

Úvod

Již od počátků lidské společnosti zde byli jedince, kteří se odlišovali. Vzhled, smyslové nebo tělesné vady, duševní stav či choroba to vše mělo vliv na jejich postavení ve společnosti. (Vágnerová, HadjMousová, 2003) Od doby antiky byly osoby s handicapem odsuzovány k smrti. V antickém Řecku byly děti narozené s postižením svrženy ze skály, v Římě byla tradice stejná jen s tím rozdílem, že zde byly skály nahrazeny řekou Tiberou. Valenta, Kozáková (2006, s. 27) citují výrok filosofa Seneky: *„My usmrcujeme mrzáky a topíme ty děti, které přicházejí na svět neduživé a znetvořené. Nejednáme tak z hněvu a zlosti, ale řídíme se zásadami rozumu- oddělit tak špatné od dobrého.“*

Středověká společnost se vyznačovala dvojím postojem k postiženým. Jedna strana považovala osoby s postižením za „šťastlivce“, na které shlédl bůh, druhá za „zplozence ďáblův“. (Valenta, Kozáková, 2006)

V období renesance vznikla první klasifikace duševních poruch. Jsou odděleny poruchy intelektu od duševních poruch. (Valenta, Müller, 2007)

Problematika osob s postižením se u nás plně rozvíjí až po roce 1989. Do té doby bylo vše, co se týkalo osob s handicapem v české společnosti tabu. Od této doby vzniká ve společnosti mnoho otázek. Jak by se mělo přistupovat k osobám s handicapem? Měly by tyto osoby být zařazeny do běžné společnosti nebo je od intaktní společnosti oddělit? Jak zajistit výchovu a vzdělání?

V první a druhé kapitole se budu zabývat problematikou mentálního a tělesného postižení. Jejich charakteristikou, etiologií a klasifikací. V kapitole, která se týká carvingu bude hlavním tématem jeho charakteristika klasifikace dle Nešpora. Charakteristika, vývoj i vývoj osobnosti u osob s mentálním a tělesným postižením bude téma poslední teoretické kapitoly.

Ve své práci bych se ráda zabývala problematikou carvingu u osob s mentálním či tělesným postižením a postojem společnosti k této problematice. Cílem práce je zjistit zda je česká společnost především mladší generace informovaná o problematice carvingu.

Teoretická část

1 Mentální retardace

V této kapitole se budu zabývat pojmem mentální retardace, její charakteristikou a etiologií. Pojem mentální retardace vychází z latinských slov mens (mysl, duše) a retardare (zpomalit, opozdit). Mentální retardace postihuje celou lidskou osobnost. Má vliv na emoce, komunikaci, vývoj a úroveň rozumových schopností ale i na pracovním a společenském uplatnění.

1.1 Charakteristika mentální retardace

V dřívější speciálněpedagogické terminologii se pro označení stupňů mentální retardace používaly pojmy debilita, imbecilita, idiotie. Dnes již mají tyto pojmy hanlivý charakter.

Mentální retardace je pojem vztahující se k podprůměrnému obecně intelektuálnímu fungování osoby, které se stává zřejmým v průběhu vývoje a je spojeno s poruchami adaptačního chování. Poruchy adaptace jsou zřejmé z pomalého tempa dospívání, ze snížené schopnosti učit se a z nedostatečné sociální přizpůsobivosti. (Černá, 1995)

Valenta a Müller (2003, s. 14) definují mentální retardaci jako „*vývojovou duševní poruchu se sníženou inteligencí demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální i postnatální etiologií.*“

Švarcová (2003, s. 25) označuje mentální retardaci jako „*trvalé snížení rozumových schopností, které vzniklo v důsledku organického poškození mozku.*“

Pipeková (1998, s. 171) dále doplňuje, že „*jde o stav trvalý, vrozený nebo částečně získaný, který je třeba odlišovat od defektů získaných po druhém roce života, označovaných jako demence.*“

Osoby s mentálním postižením mají početní převahu nad ostatními klienty speciálně pedagogické péče. Průměrně jsou udávány 3-4% osob s mentálním postižením. Statistické údaje hovoří o přibližně 300 000 osob v ČR. Odhady v celosvětovém měřítku se přibližují 200 milionů osob. (Kozáková, 2005, s. 11)

1.2 Klasifikace mentálního retardace

Hloubka mentální retardace (dále jen MR) se stanovuje pomocí inteligenčního kvocientu (IQ), který zavedl W. Stern. Vyjadřuje vztah mezi dosaženým výkonem v úlohách odpovídajících určitému vývojovému stupni a mezi chronologickým věkem.

(www.dobromysl.cz, 5. 11. 2010)

Při klasifikaci mentální retardace se využívá 10. revize MKN. Podle níž se dělí do 6 kategorií: lehká MR, středně těžká MR, těžká MR, hluboká MR, jiná MR, nespecifikovaná MR.

Podle MKN- 10 (Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů) je MR stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován zvláště porušením dovedností, projevujícím se během vývojového období, postihujícím všechny složky inteligence, to je poznávací, řečové, motorické a poznávací schopnosti.

<p>Lehká mentální retardace (F70), IQ 50-69</p>	<p>Projevuje se obtížemi v učení, většina těchto osob je v dospělosti schopna pracovat, navazovat a udržovat dobré sociální vztahy a být prospěšnými členy společnosti. Zahrnuje slabomyslnost a lehkou mentální subnormalitu.</p>
<p>Středně těžká mentální retardace (F71), IQ 35-49</p>	<p>Projevuje se značně opožděným vývojem v dětství; většina těchto osob je ale schopna dosáhnout určitého stupně nezávislosti a samostatnosti v sebeobsluze, získat adekvátní komunikační dovednosti a přiměřené vzdělání; v dospělosti potřebují tyto jedinci různou míru podpory pro zvládnutí života a práce v prostředí běžné společnosti. Zahrnuje středně těžkou mentální subnormalitu.</p>
<p>Těžká mentální retardace (F72), IQ 20-34</p>	<p>Projevuje se potřebou soustavné pomoci a podpory. Zahrnuje těžkou mentální subnormalitu.</p>
<p>Hluboká mentální retardace (F73), IQ je nižší než 20</p>	<p>Projevuje se vážnými omezeními v sebeobsluze, komunikaci a mobilitě. Zahrnuje hlubokou mentální subnormalitu.</p>
<p>Jiná mentální retardace (F78)</p>	<p>Tato kategorie by měla být použita pouze tehdy, když stanovení stupně intelektové retardace pomocí obvyklých metod je zvláště nesnadné sensorické nebo somatické poškození, např. u nevidomých, neslyšících, nemluvících, u jedinců s těžkými poruchami chování, osob s autismem či u těžce tělesně postižených osob.</p>
<p>Nespecifikovaná mentální retardace (F79)</p>	<p>Tato kategorie se užívá při diagnostice případů, kdy je prokázána mentální retardace, ale není dostatek informací, aby bylo možno zařadit pacienta do jedné z výše uvedených kategorií.</p>

(Slowík, 2007, s. 114)

Nezávisle na stupni mentální retardace můžeme rozlišit mentální retardaci na typ **eretický** a typ **apatický**.

U **eretického** klidu je charakteristický neklid, prchlivosť, vzruch a útlum se rychle střídají. V citové oblasti se objevuje nestálost, emoce se rychle mění, malá výdrž jakékoliv činnosti.

Typ **apatický** je naopak klidný, tichý, se stereotypními pohyby, vzruch a útlum jsou zpomalené stejně jako pohyb.

Lehká mentální retardace, IQ 50–69 (F70)

V charakteristice této úrovně mentálního postižení se uvádí, že lehce mentálně retardovaní většinou dosáhnou schopnosti užívat řeč účelně v každodenním životě, udržovat konverzaci a podrobit se klinickému interview, i když si mluvu osvojují opožděně.

Většina z nich také dosáhne úplné nezávislosti v osobní péči v praktických domácích dovednostech, i když je vývoj proti normě mnohem pomalejší.

Hlavní potíže se u nich obvykle projevují při teoretické práci ve škole. Mnozí postižení mají specifické problémy se čtením a psaním. Lehce retardovaným dětem velmi prospívá výchova a vzdělávání zaměřené na rozvíjení jejich dovedností a kompenzování nedostatků.

Většinu jedinců na horní hranici lehké mentální retardace lze zaměstnat prací, která vyžaduje spíše praktické než teoretické schopnosti, včetně nekvalifikované nebo málo kvalifikované manuální práce.

V sociokulturním kontextu, kde se klade malý důraz na teoretické znalosti, nemusí lehký stupeň mentální retardace působit žádné vážnější problémy. Důsledky retardace se však projeví, pokud je postižený také značně emočně a sociálně nezralý, např. obtížně se přizpůsobuje kulturním tradicím, normám a očekáváním, není schopen vyrovnat se s požadavky manželství nebo výchovy dětí, nedokáže samostatně řešit problémy plynoucí z nezávislého života, jako je získání a udržení si odpovídajícího zaměstnání či jiného finančního zabezpečení, zajištění úrovně bydlení, zdravotní péče apod.

Obecně jsou behaviorální, emocionální a sociální potíže lehce mentálně retardovaných a z toho plynoucí potřeba léčby a podpory bližší těm, které mají jedinci

s normální inteligencí než specifickým problémům středně a těžce retardovaných. Organická etiologie je zjišťována u narůstajícího počtu jedinců, u mnoha však příčiny dosud zůstávají neodhaleny.

U osob s lehkou mentální retardací se mohou v individuálně různé míře projevit i přidružené chorobné stavy, jako je autismus a další vývojové poruchy, epilepsie, poruchy chování nebo tělesné postižení.

Tato diagnóza zahrnuje:

- slabomyslnost,
- lehkou mentální subnormalitu,
- lehkou oligofrenii (dříve označovanou jako debilitu).

Středně těžká mentální retardace, IQ 35–49 (F71)

U jedinců zařazených do této kategorie je výrazně opožděn rozvoj chápání a užívání řeči a i jejich konečné schopnosti v této oblasti jsou omezené. Podobně je také opožděna a omezena schopnost starat se sám o sebe (sebeobsluhy) a zručnost. Také pokroky ve škole jsou limitované, ale někteří žáci se středně těžkou mentální retardací si při kvalifikovaném pedagogickém vedení osvojí základy čtení, psaní a počítání. Speciální vzdělávací programy mohou poskytnout postiženým příležitost k rozvíjení omezeného potenciálu a k získání základních vědomostí a dovedností.

V dospělosti jsou středně retardovaní obvykle schopni vykonávat jednoduchou manuální práci, jestliže úkoly jsou pečlivě strukturovány a jestliže je zajištěn odborný dohled. V dospělosti je zřídka možný úplně samostatný život. Zpravidla bývají plně mobilní a fyzicky aktivní a většina z nich prokazuje vývoj schopností k navazování kontaktu, ke komunikaci s druhými a podílí se na jednoduchých sociálních aktivitách.

V této skupině jsou obvykle podstatné rozdíly v povaze schopností. Někteří jedinci dosahují vyšší úrovně v dovednostech senzorio-motorických než v úkonech závislých na verbálních schopnostech, zatímco jiní jsou značně neobratní, ale jsou schopni sociální interakce a komunikace. Úroveň rozvoje řeči je variabilní. Někteří postižení jsou schopni jednoduché konverzace, zatímco druzí se dokážou stěží domluvit o svých základních potřebách. Někteří se nenaučí mluvit nikdy, i když mohou porozumět jednoduchým

verbálním instrukcím a mohou se naučit používat gestikulace a dalších forem nonverbální komunikace k částečnému kompenzování své neschopnosti dorozumět se řečí.

U většiny středně mentálně retardovaných lze zjistit organickou etiologii. U značné části je přítomen dětský autismus nebo jiné pervazivní vývojové poruchy, které velmi ovlivňují klinický obraz a způsob, jak s postiženým jednat. Většina postižených může chodit bez pomoci. Často se vyskytují tělesná postižení a neurologická onemocnění, zejména epilepsie. Někdy je možno zjistit různá psychiatrická onemocnění, avšak vzhledem k omezené verbální schopnosti pacienta je diagnóza obtížná a závisí na informacích od těch, kteří ho dobře znají.

Tato diagnóza zahrnuje:

- středně těžkou mentální subnormalitu,
- středně těžkou oligofrenii (dříve označovanou jako imbecilitu).

Těžká mentální retardace, IQ 20–34 (F72)

Tato kategorie je v mnohém podobná středně těžké mentální retardaci, pokud jde o klinický obraz, přítomnost organické etiologie a přidružené stavy. Snížená úroveň schopností zmíněná pod F71 je v této skupině mnohem výraznější. Většina jedinců z této kategorie (na rozdíl od předcházející kategorie) trpí značným stupněm poruchy motoriky nebo jinými přidruženými vadami, které prokazují přítomnost klinicky signifikantního poškození či vadného vývoje ústředního nervového systému.

I když možnosti výchovy a vzdělávání těchto osob jsou značně omezené, zkušenosti ukazují, že včasná systematická a dostatečně kvalifikovaná rehabilitační, výchovná a vzdělávací péče může významně přispět k rozvoji jejich motoriky, rozumových schopností, komunikačních dovedností, jejich samostatnosti a celkovému zlepšení kvality jejich života.

Tato diagnóza zahrnuje:

- těžkou mentální subnormalitu,
- těžkou oligofrenii.

Hluboká mentální retardace, IQ je nižší než 20 (F73)

Postižení jedinci jsou těžce omezeni ve své schopnosti porozumět požadavkům či instrukcím nebo jim vyhovět. Většina osob z této kategorie je imobilní nebo výrazně omezená v pohybu. Postižení bývají inkontinentní a přinejlepším jsou schopni pouze rudimentární neverbální komunikace. Mají nepatrnou či žádnou schopnost pečovat o své základní potřeby a vyžadují stálou pomoc a stálý dohled. Možnosti jejich výchovy a vzdělávání jsou velmi omezené.

IQ nelze přesně změřit, je odhadováno, že je nižší než 20. Chápání a používání řeči je přinejlepším omezeno na reagování na zcela jednoduché požadavky. Lze dosáhnout nejzákladnějších zrakově prostorových orientačních dovedností a postižený jedinec se může při vhodném dohledu a vedení podílet malým dílem na praktických sebeobslužných úkonech.

Ve většině případů lze určit organickou etiologii. Běžné jsou těžké neurologické nebo jiné tělesné nedostatky postihující hybnost, epilepsie a poškození zrakového a sluchového vnímání. Obzvláště časté, a to především u mobilních pacientů, jsou nejtěžší formy pervazivních vývojových poruch, zvláště atypický autismus.

Tato diagnóza zahrnuje:

- hlubokou mentální subnormalitu,
- hlubokou oligofrenii (dříve označovanou jako idiocii).

Jiná mentální retardace (F78)

Tato kategorie by měla být použita pouze tehdy, když stanovení stupně intelektové retardace pomocí obvyklých metod je zvláště nesnadné nebo nemožné pro přidružené sensorické nebo somatické poškození, např. u nevidomých, neslyšících, nemluvících, u jedinců s těžkými poruchami chování, osob s autismem či u těžce tělesně postižených osob.

Nespecifikovaná mentální retardace (F79)

Tato kategorie se užívá v případech, kdy mentální retardace je prokázána, ale není dostatek informací, aby bylo možno zařadit pacienta do jedné ze shora uvedených kategorií.

Zahrnuje:

- mentální retardaci NS,
- mentální subnormalitu NS,
- oligofrenii NS.

Uvedená klasifikace mentální retardace neobsahuje kategorii „mírná mentální retardace“ (IQ 85–69), která u nás byla donedávna ve starších klasifikacích uváděna a ještě se někdy v poradenské praxi užívá. Toto snížení úrovně rozumových schopností zpravidla nesouvisí s organickým poškozením mozku, v jehož důsledku by se psychika mentálně postižených jedinců nemohla normálně rozvíjet, nýbrž bývá zapříčiněno jinými faktory (genetickými, sociálními a dalšími). Děti s opožděným rozumovým vývojem, u nichž k zaostávání vývoje došlo z jiných příčin, než je poškození mozku (sociální zanedbanost, nepodnětné výchovné prostředí, smyslové vady apod.), se nepovažují za mentálně postižené.

(www.dobromysl.cz, 29. 3. 2011)

1.3 Etiologie mentální retardace

Ve výzkumu příčin vzniku mentální retardace, se vždy zohledňovalo hledisko akceptující dědičnost, ale i vlivy prostředí.

Mentální opožďování může být způsobeno jak příčinami endogennímu (vnitřnímu) tak exogenními (vnějšími). Exogenní faktory se dále dělí na prenatální (od početí do narození), perinatální (působí těsně před, během a po porodu) a postnatální (působí po narození). (Švarcová, 2006)

- nejčastější příčiny mentální retardace:
 - prenatalní příčiny:
 - a) blastopatie- jedná se o poškození zárodku, které mohlo být vyvoláno infekčním onemocněním, nesprávnou výživou nebo zářením,
 - b) embryopatie- poškození zárodku od 15. dne do konce 3. měsíce, můžeme dělit na embryopatii psychogenní, karenční nebo toxickou,
 - c) fetopatie- poškození zárodku po 3. měsíci těhotenství, ve většině případu jde o nemoci matky (diabetes), intoxikace nebo infekce matky.
 - perinatální příčiny- těsně před, během a po porodu, souvisí s problematickým porodem nebo porodem předčasným
 - postnatální příčiny- po narození dítěte, rozsáhlá multifaktoriálnost (např. zánět mozku, virózy)
- intoxikace (např. toxemie matky, otrava olovem)
- následky úrazů nebo fyzikálních vlivů:
- mechanické poškození mozku při porodu (novorozenecká hypoxie)
- postnatální poranění mozku nebo hypoxie
- poruchy výměny látek, růstu, živin (např. hypotyreóza- kretenismus, fenylyketonurie, glykogenózy a další)
- makroskopické léze mozku (novotvarem, degenerací, postnatální sklerózou)
- nemoci a stavy způsobené jinými a nespecifickými prenatalními vlivy (např. vrozený hydrocefalus, mikrocefalie, kraniostenóza a další)
- anomálie chromozomů (např. Downův syndrom)
- nezralost (stavy při nezralosti novorozence bez uvedení jiných chorobných stavů)
- vážné duševní poruchy
- psychosociální deprivace (stavy se snížením intelektu vlivem velmi nepříznivých sociokulturních podmínek)
- jiné a nespecifické etiologie

2 Tělesné postižení

2.1 Charakteristika tělesného postižení

Postižení je takové poškození, nebo omezení/snížení výkonu, znevýhodnění, které brání určitému jedinci částečně, nebo úplně splnit roli, která by mu příslušela vzhledem k jeho věku, pohlaví a socio-kulturním faktorům (Vítková, 1998)

Za tělesná postižení jsou nejčastěji považovány přetrvávající nebo trvalé nápadnosti, snížené pohybové schopnosti s trvalým nebo podstatným působením na kognitivní, emocionální asociální výkony. Příčinou bývají změny v pohybovém aparátu týkající se kostí, kloubů i měkkých tkání. Vznikají na základě dědičnosti, nemocí nebo úrazem. (Renotierová, 2002)

Podle Krause a Šandery: „Tělesným postižením rozumíme vady pohybového a nosného ústrojí, tj. kostí, kloubů, šlach i svalů a cévního zásobení, jakož i poškození poruchy nervového ústrojí, jestliže se projevují porušenou hybností. Patří sem všechny úchytky od normálního tvaru těla a končetin, tedy deformity, též abnormity čili anomálie.“ (Kraus, Šandera, 1964)

2.2 Klasifikace tělesného postižení

Příčiny vzniku tělesného postižení jsou různorodé. Podle doby v níž na jedince činitel působí, je dělíme na prenatální, perinatální a postnatální (Renotierova 2002):

- **prenatální** – ovlivnění v předporodním období života (infekční onemocnění matky, toxické vlivy, úrazy matky, dědičnost),
- **perinatální** – činitel působí v době porodu, nebo v období těsně před ním, či bezprostředně po něm (abnormální porod),
- **postnatální** – působení v době po porodu (těžká infekční onemocnění - zejména infekce CNS, trávicí nebo dýchací soustavy, úrazy hlavy a páteře, novorozenecká žloutenka apod.).

Podle Opatřilové (2005) jsou nejzákladnějšími etiologickými faktory tyto:

- Infekce, intoxikace,
- Indikace psychického charakteru,
- Vývojové poruchy,
- Traumata nebo fyzikální faktory,
- Děti s nízkou porodní hmotností,
- Genetické vlivy,
- Metabolické poruchy a nutriční činitelé,
- Onemocnění CNS a smyslových orgánů,
- Onemocnění mozku velkého rozsahu,
- Vlivy prostředí,
- Chromozomální abnormality,
- Kombinace příčin.

Vrozená tělesná postižení

Vrozené vady vznikají poruchou vývoje zárodku během prvních týdnů těhotenství. Stejně jako u mentální retardace se na jejich vzniku může podílet mnoho faktorů působících od prenatálního období až do období postnatálního.

Získaná tělesná postižení

Příčinami mohou být deformace, různé typy úrazů a řada nemocí.

3 Craving

3.1 Charakteristika carvingu

Slovo craving (vyslovujeme krejving) bývá do češtiny nejčastěji překládáno jako bažení, dychtění nebo neodolatelná touha. Při rozhodování zda používat v textech anglický termín carving nebo jej nahradit některým z českých ekvivalentů se zabýval již Nešpor (1999). Navrhoval, aby se „craving“ nahrazoval archaicky znějícím výrazem bažení, aby nedošlo k nedorozumění s jeho českými překlady jako je toužení.

Bažení bývá jedním ze společných rysů závislosti. Bývá znakem odvykacích stavů a souvisí i s jinými znaky závislosti (zhoršené sebeovládání, pokračování v užívání látky či i přesto, že jsou jedinci známy jeho škodlivé důsledky). Je-li člověk v bezpečném prostředí, bažení trvá krátce a při delší abstinenci se objevuje méně často a bývá slabší.

Nešpor (1999) rozlišuje bažení na tělesné (při odeznívání účinku návykové látky nebo bezprostředně po něm) a psychické (objevuje se i po delší abstinenci). Při psychickém bažení se podle výzkumů aktivují části mozku, které souvisejí s emocemi a s pamětí (Nešpor, 1999).

V Mezinárodní klasifikaci nemocí je bažení popsáno jako “silná touha nebo pocit puzení užívat látku nebo látky”.

Stejný autor projevy carvingu rozděluje na **objektivní** a **subjektivní**.

Objektivní:

- Nálezy, týkající se aktivace určitých částí mozku (limbický systém, mozeček).
- Oslabení paměti.
- Prodlužuje se reakční čas= zhoršuje se postřeh
- Zvýšení tepové frekvence systolického krevního tlaku.
- Snížení kožního galvanického odporu.
- Vyšší salivace (slinění) u závislých na alkoholu.

Subjektivní:

- Svírání na hrudi, svírání žaludku, bušení srdce, sucho v ústech, třes, bolest hlavy, pocení.
- Silná touha po návykové látce nebo hazardní hře, úzkost, stísněnost, únava, slabost, zhoršené vnímání okolí, neklid.
- Vzpomínky na příjemné pocity pod vlivem drogy nebo fantazie na toto téma.

Dle Nešpora má bažení odlišnost od myšlenek:

- a) Provází jej stres,
- b) Má nutkavý charakter,
- c) Oslabuje paměť, soustředění a schopnost se správně rozhodovat,
- d) S tím souvisí výskyt deformovaných a nepravdivých myšlenek (podle těchto myšlenek se dá bažení snadno rozpoznat),
- e) Zhoršuje sebeovládání (tj. druhý a patrně nejdůležitější příznak závislosti).

3.2 Postupy mírnící bažení a zlepšující sebeovládání

Dle Nešpora (2010):

- **Práce s motivací:** Uvědomit si rizika a nepříjemné důsledky recidivy a výhody abstinence,
- **Pomoc druhých:** Dává větší klid a bezpečí. Tak se zmírní stres. Rozhovorem lze opravovat chyby myšlení. Navíc se tak získá čas a bažení pomine,
- **Přiznání si návykového problému jako dlouhodobého stavu:** Zlepšuje sebeovládání tím, že se člověk drží v bezpečnějších prostředích a společnosti, doléčuje se atd.,
- **Abstinence i od jiných látek, než na kterých je člověk závislý:** Zlepšuje sebeovládání i schopnost se rozhodovat, navíc se tak předejde vzniku kombinované závislosti,

- **Změna nebezpečných automatických vzorců myšlení a chování:** Opravují se tak chyby myšlení a zlepšuje sebeovládání (např. i vydatnější jídlo lze zapít čajem),
- **Při bažení opustit rizikové prostředí a i jindy se mu pokud možno vyhýbat:** Oslabí se tak bažení, zlepši sebeovládání. Důležité je i působení času,
- **Relaxace (částečná, úplná):** Mírní stres a tím i bažení a také odstraňuje únavu a zlepšuje sebeovládání. Navíc se tak lépe zvládají úzkosti, hněv, deprese i bolesti a zlepšuje spánek,
- **Uvědomování si dechu, klidné dýchání do břicha s prodlouženým výdechem:** Působí podobně jako relaxace, lze ho snadno používat i v situacích každodenního života,
- **Dobré vnímání sebe sama i okolí:** Zlepšuje sebeovládání, pomáhá zvládat rizikové duševní stavy,
- **Zpomalit:** Zlepši se tak sebeuvědomění i sebeovládání, důležitý je i faktor času,
- **Odložit rozhodnutí na dobu až bažení přejde:** Dostatečný odpočinek a spánek, vyvážený způsob života: Zahrnuje i rovnováhu mezi prací a odpočinkem povinnostmi a zábavou, tělesnou a duševní aktivitou,
- **Cvičení, sport nebo tělesná práce:** Mírní se tak stres i bažení, následně se dostavuje relaxace a klid,
- **Odvedení pozornosti k něčemu bezpečnému:** Může to motivovat, lze se soustředit i na praktické každodenní záležitosti, např. při úklidu si opakovat „uklízím“,
- **Při bažení se napít vody:** Pomáhá zvláště závislým na alkoholu, u nich překonání žízně odstraňuje i bažení,
- **Léky:** Ty může doporučit lékař, který ví o závislosti. Sem patří zejména Antabus nebo Revia u závislých na alkoholu, Champix u kuřáků a antidepresiva u patologických hráčů,
- **Užitečné dovednosti:** Zvládnutí obtížné situace se dá předem nacvičit. Zlepši se tak sebeovládání,
- **Doléčování:** Uplatňuje se při něm řada vlivů, v bezpečném prostředí se tak dají opravit chyby myšlení, mírnit stres, osvojit si užitečné dovednosti atd.

Kdo však zde na světě přemůže tuto náruživou a neodolatelnou žádostivost, z toho rázem spadnou strasti jako krupěje vody z lotosového květu. (Dhammapadam, překlad K. Werner, verš 336 in Nešpor).

4 Osobnost

4.1 Charakteristika osobnosti

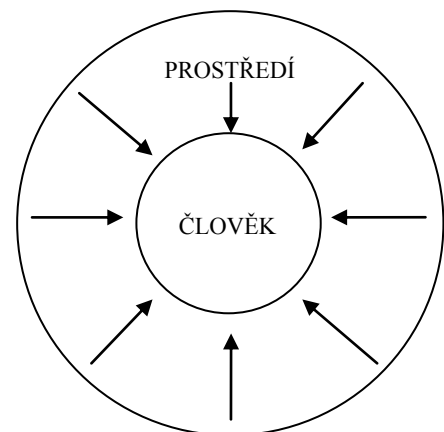
Osobnost je podle Čápa (1996, s. 9) souhrn psychických, biologických i sociálních znaků. K osobnosti patří všechny psychické procesy, stavy a vlastnosti určitého člověka. Zároveň je však každý člověk organismem s určitými tělesnými vlastnostmi.

4.2 Vývoj osobnosti

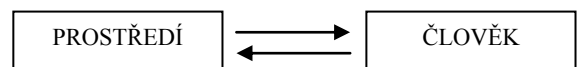
Dle Čápa (1996) vývoj osobnosti prochází mnoha změnami. Na vývoj působí jak naše okolní prostředí, rodina, osobní i skupinové vztahy tak i požadavky na jedince.

Model vztahu osobnosti s prostředím (Čáp, 1996, s. 38)

a) člověk jako pasivní produkt prostředí



b) vzájemné působení člověka s prostředím



c) tříčlenné schéma vztahu člověka s prostředím



Čáp (1996) uvádí, že prostředí u dítěte začíná v rodině. Z mnoha výzkumů vyplývá, že rodina na vývoj dítěte působí velmi silně. Nejdůležitějším faktorem ve vývoji psychiky

je matka, ta je však doplňována nebo nahrazována otcem, sourozenci nebo prarodiči. Rodina uspokojuje naše potřeby sociálního styku, komunikace, lásky, jistoty, nalézání životního smyslu a dalších. Avšak může vyvolávat těžké životní situace. V dnešní době prošla rodina velkými změnami. Značnou část výchovy zajišťuje škola nebo mimoškolní organizace.

Vývoj osobnosti probíhá ve stádiích, jejichž pořadí je zákonité. Každé stádium předpokládá přípravu v předchozích stádiích a připravuje stadia následující. Čáp, 1996, s. 67)

Stadia vývoje osobnosti podle E. H. Eriksona in Čáp (1996)

a) Nemluvně

- Od narození do jednoho roku života,
- Dítě se rodí bezmocné a závislé,
- Základní důvěru dítěte signalizuje, že se matka může na nějakou dobu vzdálit,
- Základní důvěra u dítěte souvisí s hygienou, kojením, fyzickým i sociálním kontaktem,
- V této fázi si člověk vytváří naději - jako vlastnost, která napomáhá životu.

b) Batole

- Druhý až třetí rok dítěte,
- v tomto období je zvýšená potřeba citlivého přístupu ze strany rodičů- k tomu, aby se člověk cítil autonomně, musí se cítit i bezpečně,
- V tomto období se vytváří pochybování o sobě, tvrdohlavost, negativismus (Čáp, 1996).

c) Předškolní věk

- Třetí až pátý rok dítěte,
- Dítě zintenzivňuje svoji iniciativu, svoje aktivity, objevuje svoje tělo, experimentuje, plánuje, učí se identifikací s dospělými vzory, především rodičem shodného pohlaví,
- Dítě se učí účelnosti a úspěšnosti v protikladu k nesmyslnosti, po které následuje pocit viny (svědomí).

d) Školní věk

- Šestý až dvanáctý rok,
- Toto období snaživosti souvisí s docházkou do základní školy,
- Dítě něco tvoří, přijímá neosobní principy, nepohybuje se už tolik ve světě představ a hry,
- Je ohroženo pocitem nedostatečnosti a méněcennosti,
- V tomto období člověk získává vztah k práci a ke spolupráci.

e) Puberta a adolescence

- Dvanáctý až dvacátý rok,
- Tato fáze je bouřlivá z důvodu vytváření vlastní identity- a to jak fyzicky, tak psychicky a sociálně,
- Sjednocují se představy o sobě samém, vytváří plány, které spojuje s konkrétními cíly (např. volba školy, povolání),
- Svou pozici zaujímá potřeba identifikace se vzory, modely a příklady i jejich nápodoba hlavně v období adolescence,
- Vytváří se „věrnost“ své životní filozofii, cílům, zájmům i hodnotám.

f) Raná dospělost

- Dvacátý až třicátý rok (období mladší dospělosti),
- Vytváříme si identitou spojenou s identitou druhého, vytváří se intimita, intimní vztahy, ale opakem je však tendence k izolaci (v době kdy se nevyplní naše nároky,
- Ctností je zde láska.

g) Dospělost střední a pozdní

- Třicátý až šedesátý rok,
- Hlavní zájem je kladen na plození a vytváření příští generace,
- Ctností je něčím konstruktivně a reálně přispět, být prospěšný a pečovat o někoho,
- Může se objevit stagnace u osob, které se zabývají jen sami sebou.

h) Stáří

- Od šedesáti let do smrti,
- Člověk bilancuje se svým životem i s faktem smrti,
- Objevuje se strach ze smrti a úzkost, který může vést až k zoufalství
- Pokud však člověk cítí kontinuitu vlastního života, jeho smysluplnost, účelné a duchovní prožití života se strach zmírňuje,
- Ctností je v tomto údobí moudrost.

4.3 Vývoj osobnosti u osob s mentálním a tělesným postižením

Dopady na vývoj osobnosti závisí, zda je postižení získané nebo vrozené. U vrozeného postižení, nebo postižení získaného v raném věku je vývoj jedince ovlivněn, ale není pro jedince tak traumatizující (člověk je na postižení zvyklý). Získané postižení je pro člověka výhodnější protože se po nějakou dobu vyvíjel normálně. Získal určité zkušenosti a kompetence, ale z tohoto důvodu to může způsobit větší psychické trauma (ví, co ztratil, dokáže porovnávat). (Vágnerová, 1999)

U postižení získaného v průběhu života probíhá vývoj normálně, avšak u vrozené jsou jisté zvláštnosti.

V kojeneckém věku hrozí riziko, že dítě nebude mít dostatečnou stimulaci a bude citově deprivováno. V tomto věku by dítě mělo získat pozitivní hodnoty světa, ale hrozí, že z důvodu svého postižení to pro něj bude obtížné. První emancipace nastává v batolecím věku. Dítě se odpoutává z vazeb, které už nemají vývojový význam. Pro dítě s postižením je tato fáze obtížná ne-li nereálná. Nástup do školy je velmi důležitým obdobím, dochází zde ke konfrontaci dítěte se spolužáky. Můžou se objevit první znaky krize identity. Potvrzuje se odlišnost dítěte jako neměnného negativního znaku avšak na druhé straně nástup do školy potvrzuje normalitu dítěte (dosáhlo vývojové úrovně, lze věřit, že jeho handicap není tak závažný). Dospívání můžeme charakterizovat jako období druhé emancipace. V tomto období dochází k odpoutání vazeb na rodinu, přesun zájmů na vrstevnickou skupinu, hledání vlastní identity, hledání budoucí profesní role, rozhodování sám o sobě atd. Všechny tyto stránky dospívání jsou pro osoby s postižením

složité. Člověk s mentálním postižením nemá potřebu se od rodiny odpoutat ani se osamostatnit. (Vágnerová, 1999)

Praktická část

5 Výsledky šetření

5.1 Cíl, hypotéza, metodika výzkumu

Cílem ankety bylo zjistit, zda česká společnost ví, čím se zabývá carving. Zda má nějaký vliv na rozvoj osobnosti u osob s postižením.

Hypotéza

Myslím, že průzkumem zjistíme, že většina respondentů bude na otázky týkající se carvingu odpovídat negativně.

Metodika výzkumu

Praktická část byla realizována pomocí ankety. Anketa (příloha 1) byla složena celkem ze 7 otázek, z nichž byly 3 otázky uzavřené a 4 otevřené. U uzavřených otázek si student vybral z předem daných odpovědí. Na otázky otevřené museli žáci odpovědět vlastními slovy.

Anketa byla anonymní a vyplnilo ji celkem 40 studentů střední školy v Horní Suché.

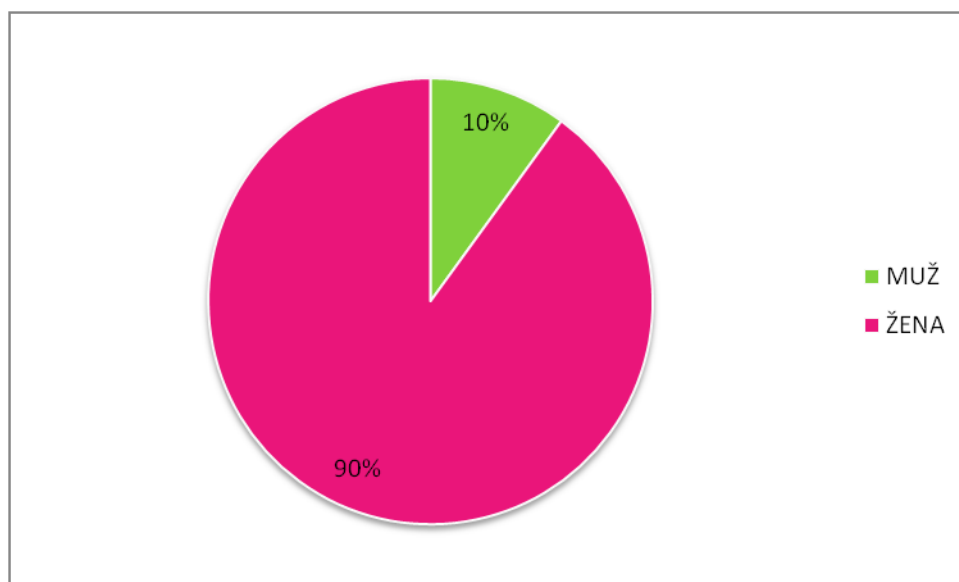
Ze 40 distribuovaných anket se zpět vrátilo všech 40. Tedy úspěšnost byla 100%.

Výsledky byly zpracovány do grafů pomocí programu Microsoft Excel.

5.2 Výsledky ankety

a) Pohlaví

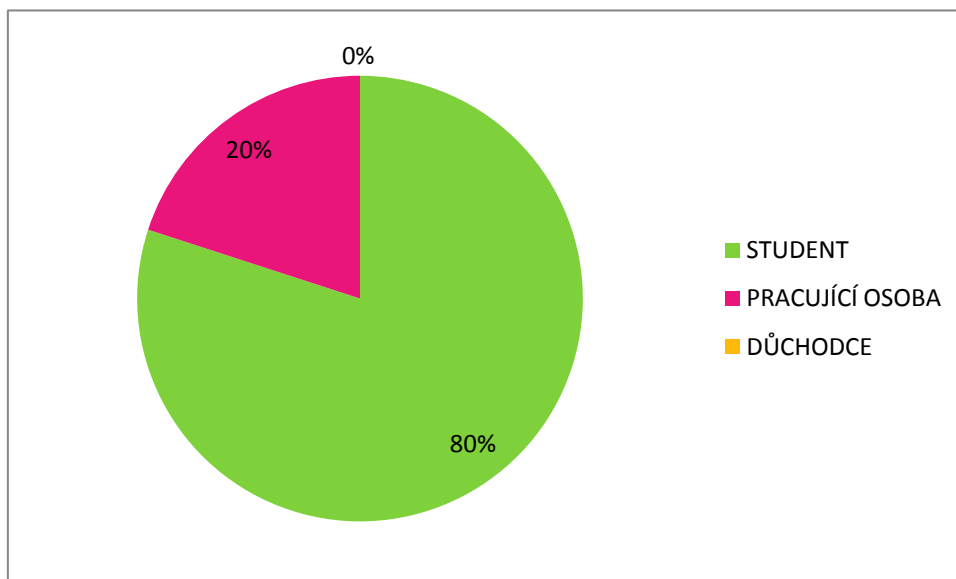
MUŽ	5
ŽENA	45



Z dotazovaných 50 respondentů bylo pouze 5 mužů. To poukazuje na to, že v humanitních směrech, především v pedagogice chybí mužský aspekt.

b) Zaměstnání

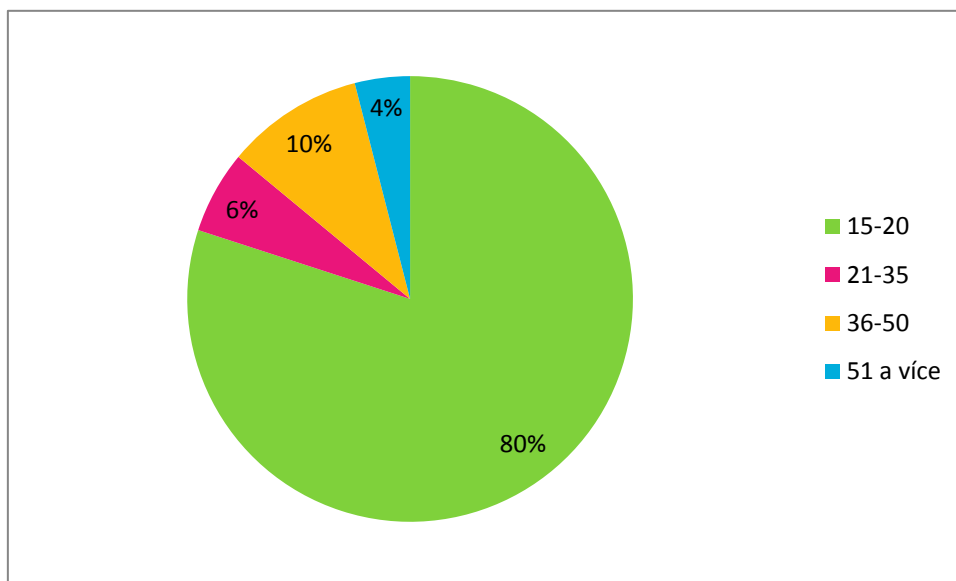
STUDENT	40
PRACUJÍCÍ OSOBA	10
DŮCHODCE	0



80% z dotazovaných bylo studentů. Je to dáno místem průběhu ankety (střední škola). Studenti byli ochotnější k vyplnění než učitelé. Zřejmě to bylo dáno neznalostí této problematiky.

c) Věk respondentů

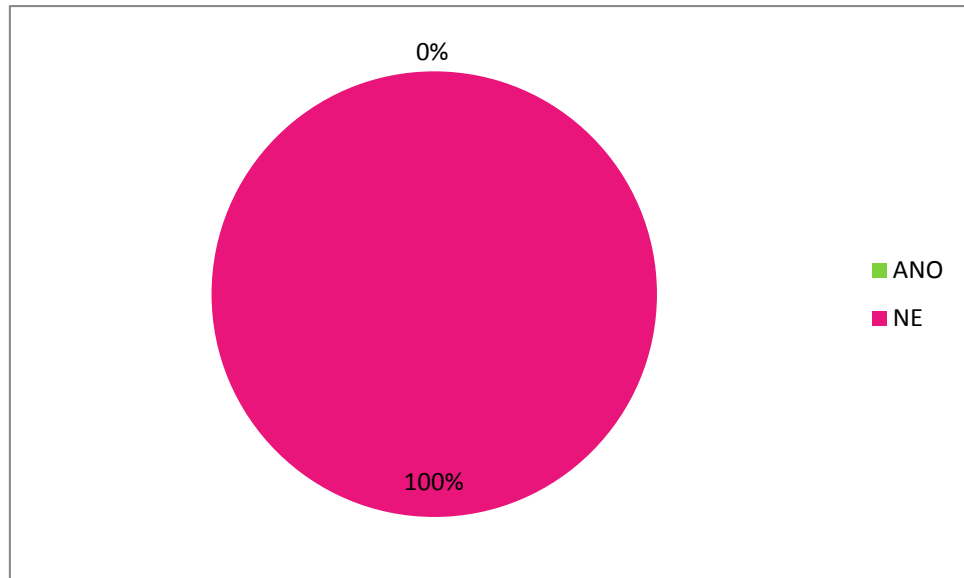
15-20	40
21-35	3
36-50	5
51 a více	2



Většina respondentů byla ve věku mezi 15-20 rokem. Lidé nad 21 let byli učitelé a zaměstnanci školy.

d) Víte co je to craving?

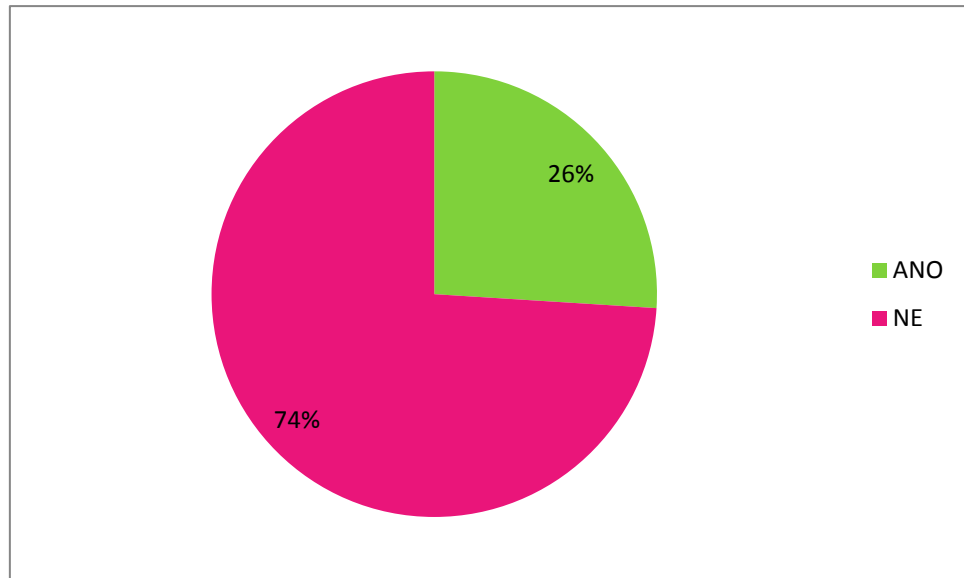
ANO	0
NE	50



U této otázky jsme ovšem narazili na problém. Nikdo ze všech 50 respondentů tedy celých 100% nemělo tušení co to craving je.

e) Myslíte, že je to patologický jev?

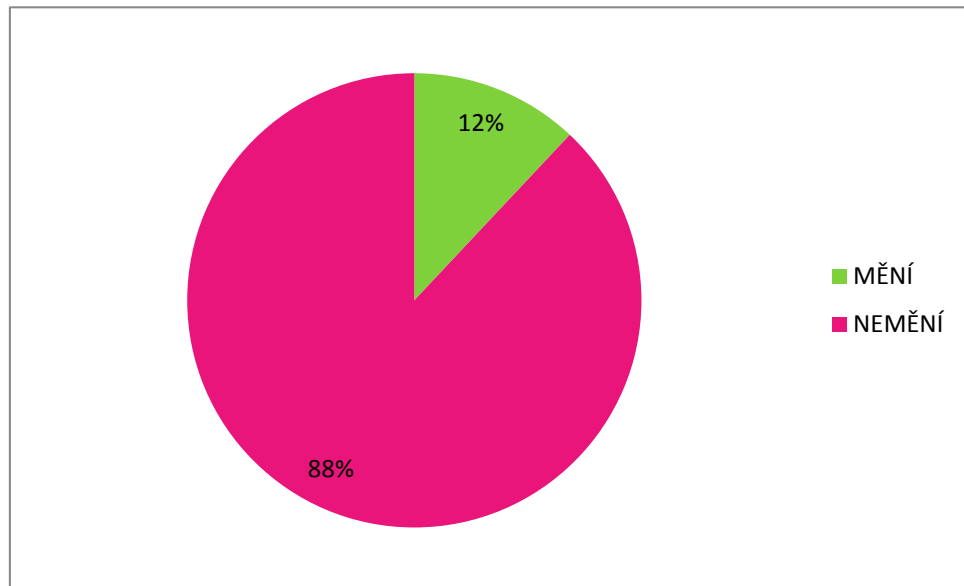
ANO	13
NE	37



Jako ve většině případů i u této otázky byla většina odpovědí záporných. Většina z 37 odpovědí byla, že respondenti nevědí, zda je to patologický jev ani co to vlastně patologický jev je.

- f) Myslíte si, že má nějaký dopad na vývoj osobnosti člověka? Nějak ji mění?
Pokud ano, jak.

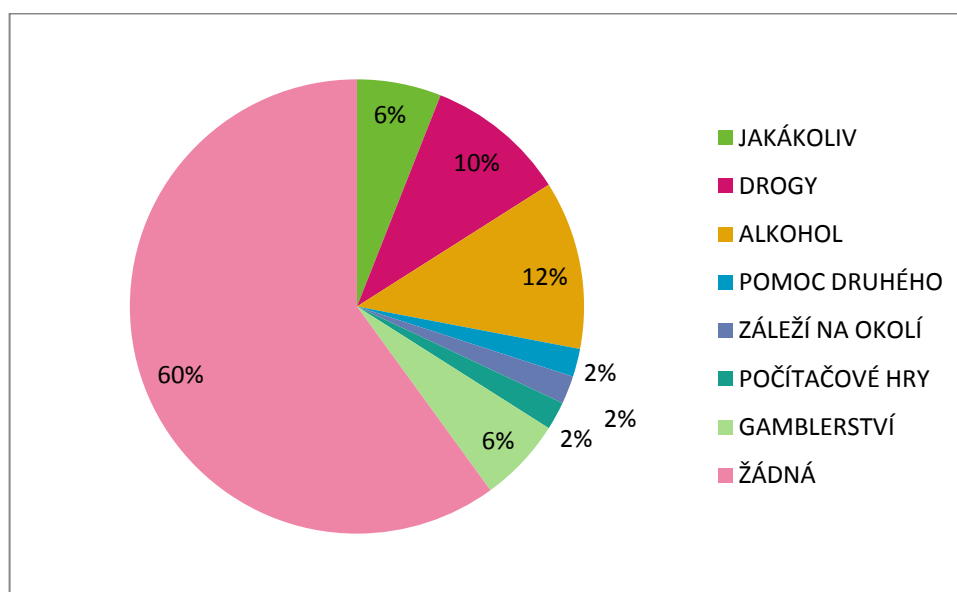
MĚNÍ	6
NEMĚNÍ	44



44 osob si myslí, že craving rozvoj osobnosti nijak neovlivňuje. Ovšem 12% respondentů odpovídajících, že ano nemělo tušení, jak by rozvoj ovlivnit mohl.

g) Představte si, že jsem osoba s mentální či tělesným postižením. Myslíte si, že byste byli „náchylnější“ k nějakému druhu závislosti? Pokud ano, k jaké.

JAKÁKOLIV	3
DROGY	5
ALKOHOL	6
POMOC DRUHÉHO	1
ZÁLEŽÍ NA OKOLÍ	1
POČÍTAČOVÉ HRY	1
GAMBLERSTVÍ	3
ŽÁDNÁ	30



V této otázce dochází k největšímu rozchodu odpovědí. Ale i zde je převážná část odpovědí záporná. Nejvíce odpovědí bylo, že osoby jsou nejnáchylnější k alkoholu a drogám. Ať již z důvodu toho, že drogám jako takovým nerozumí a nevědí, co znamenají nebo jako prostředku k zapomenutí na své postižení. Nejvíce mě zaujala odpověď, že osoby jsou závislé na pomoci někoho dalšího. Pro mou práci to sice není vhodný druh závislosti, ale jinak by se to dalo považovat za odpověď ve většině případů správnou.

Závěr

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala problematikou dopadů cravingu na rozvoj osobnosti osob se zdravotním postižením.

Teoretická část osvětluje příčiny, klasifikaci a charakteristiku mentálního a tělesného postižení dle různých autorů i dle MKN. V kapitole osobnost jsem se především zabývala tématem rozvoje u osob s mentálním postižením a vrozeným postižením, rozvojem osobnosti u získaného či vrozeného postižení.

V praktické části jsem se zaměřila především na craving a jeho postavení ve společnosti. Z výsledků ankety, která byla provedena na střední škole, vyšlo, že nikdo pojem craving neznal. Z celkového počtu 50 anket se mi vrátilo všech 50, ale výsledky nebyly nijak příznivé. Anketu vyplnilo 45 žen a 5 mužů ve věku od 15 let. Celých 100% respondentů se shodlo, že pojem craving (bažení) nezná a 26% odpovídajících se shodlo na názoru, že jej můžeme řadit mezi patologické jevy. Na otázku zda craving mění osobnost, odpovědělo 6 osob, že ano. Ale dále nedokázalo rozvést jak. Poslední otázka se setkala s největším počtem úspěšných odpovědí. Necelá polovina respondentů odpověděla, že osoby s handicapem jsou náchylnější k nějaké závislosti než jedinci bez postižení. Mezi nejčastější závislosti odpovídající zařadily alkohol a hned po něm drogy.

Problematika závislostí je rozšířená po celém světě, ale problematice bažení u handicapovaných se nevěnuje dostatečná pozornost. Doporučila bych větší angažovanost organizací zabývajících se problematikou drog v pořádání různých sezení nebo kurzů na školách nebo i pro veřejnost ale především u osob, které mohou být k této problematice náchylnější tedy osoby s postižením.

Zdroje

ČÁP, Jan. *Rozvíjení osobnosti a způsob výchovy*. 1. vyd. Praha : ISV - nakladatelství, 1996. 302 s. ISBN 80-85866-15-3.

KOZÁKOVÁ, Zdeňka. *Psychopedie*. 1. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého, 2005. 74 s. ISBN 802-440-991-7.

KRAUS, Jaroslav; ŠANDERA, Oldřich. *Tělesně postižené dítě : jeho psychologie, léčba a výchova*. Vyd. 1. Praha : Státní pedagogické nakladatelství, 1964. 178 s.

NEŠPOR, Karel; CSÉMY, Ladislav. *Bažení (craving) : Společný rys mnoha závislostí a způsoby zvládnání*. Praha : Sportpropag, 1999. 80

RENOTIÉROVÁ, Marie. *Somatopedické minimum*. Vyd. 1. Olomouc : Univerzita Palackého, 2002. 87 s. ISBN 80-244-0532-6.

SLOWÍK, Jaroslav. *Speciální pedagogika*. Vyd. 1. Praha : Grada, 2007. 160 s. : il. ISBN 978-80-247-1733-3(brož.).

VALENTA, Milan; KOZÁKOVÁ, Zdeňka. *Psychopedie 1 pro výchovné pracovníky*. 1. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého, 2006. 61 s. : il. ISBN 80-244-1187-3.

VALENTA, Milan; MÜLLER, Oldřich, et al. *Psychopedie : teoretické základy a metodika*. 3., aktualiz. a rozš. vyd. Praha : Parta, 2007. 386 s. : il. ISBN 978-80-7320-099-2.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese : variabilita a patologie lidské psychiky*. Vyd. 3. Praha : Portál, 2002. 444 s. ISBN 80-717-8678-0.

VÁGNEROVÁ, Marie; HADJMOUSSOVÁ, Zuzana. *Psychologie handicapu. 1. část, Handicap jako psychosociální problém*. Vyd. 2., oprav. Liberec : Technická univerzita, 2003. 40 s. ISBN 80-7083-763-2.

VÍTKOVÁ, Marie. *Paradigma somatopedie*. 1. vyd. Brno : Masarykova univerzita, 1998. 140 s. ISBN 8021019530.

Elektronické zdroje

Klasifikace mentální retardace : Základní info : Dobromysl. In *Klasifikace mentální retardace : Základní info : Dobromysl* [online]. [s.l.] : [s.n.], 2002-2011 [cit. 2010-11-05]. Dostupné z WWW: <<http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=623>>.

Klasifikace mentální retardace : Základní info : Dobromysl. In *Klasifikace mentální retardace : Základní info : Dobromysl* [online]. [s.l.] : [s.n.], 2002-2011 [cit. 2011-03-29]. Dostupné z WWW: <<http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=623>>.

NEŠPOR, Karel. Přemáháme bažení, zlepšujeme sebeovládání: informace těm, kdo překonávají návykovou nemoc. In *Přemáháme bažení, zlepšujeme sebeovládání: informace těm, kdo překonávají návykovou nemoc* [online]. [s.l.] : [s.n.], 2010 [cit. 2011-04-01]. Dostupné z WWW: <<http://alkohol-alkoholismus.cz/svepomocne-materialy-nespor-k/premahame-bazeni-zlepsujeme-sebeovladani-informace-tem-kdo-prekonavaji-navykovou-nemoc-prim-mudr-karel-nespor-csc>>.

Seznam příloh

Příloha č. 1- Anketa

Přílohy

Příloha č. 1

ODPOVĚDI U OTÁZEK 1-3 PROSÍM ZAKROUŽKUJTE, OTÁZKY 4-7 VYPLŇTE VLASTNÍMI SLOVY.

- 1) Jste žena x muž?
- 2) Jste student x pracující osoba x v důchodu?
- 3) Vaše věkové rozmezení je:
 - a) 15-20
 - b) 21-35
 - c) 35-50
 - d) 51 a více
- 4) Víte co je to craving?
- 5) Myslíte, že je to patologický jev?
- 6) Myslíte si, že má nějaký dopad na vývoj osobnosti člověka? Nějak ji mění? Pokud ano, jak.
- 7) Domníváte se, že osoba s mentálním a tělesným postižením je náchylnější k nějakému druhu závislosti? Pokud ano, k jaké.

Seznam zkratek

atd. - a tak dále

apod. - a podobně

např. - například

IQ - inteligenční kvocient

Jméno a příjmení:	Karolína Husková
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	doc. PhDr. PaedDr. Olga Krejčířová, Ph.D.
Rok ohajoby:	2011

Název práce:	Dopady cravingu na rozvoj osobnosti se zdravotním postižením
Název v angličtině:	Impact of craving on disabled people's personality development
Anotace práce:	V práci je řešena problematika cravingu u osob se zdravotním postižením. Vývojem osobnosti u osob s mentálním a tělesným postižením a jejich charakteristikou, etiologií i klasifikací.
Klíčová slova:	Mentální retardace, tělesné postižení, craving, osobnost
Anotace v angličtině:	This bachelor thesis examines the problem of craving for people with disabilities. Development of personality in people with mental and physical disabilities and their characteristics, etiology and classification.
Klíčová slova v angličtině:	Mental disability, physical disability, craving, personality
Přílohy vázané v práci:	Anketa
Rozsah práce:	42
Jazyk práce:	čeština