UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

Magisterské prezenční studium
2010 – 2012

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Klára Veselá

Léčebné pedagogicko – psychologické ježdění

Praha 2012

Vedoucí diplomové práce: doc. MUDr. E. Malá, CSc.

JAN AMOS KOMENSKÝ UNIVERSITY PRAGUE

Master Full-Time Studies
2010 - 2012

DIPLOMA THESIS

Klára Veselá

The pedagogical-psychological horse riding

Prague 2012

The DiplomaThesis Work Supervisor: doc. MUDr. E. Malá, CSc.

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená diplomová práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracoval(a) samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpal(a), v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 22. 3. 2012 Klára Veselá

Poděkování

Chtěla bych poděkovat doc. MUDr. Evě Malé, CSc. za odborné vedení diplomové práce.

Anotace

Teoretická část diplomové práce seznamuje s pedagogicko – psychologickým ježděním. Charakterizuje jej, upozorňuje na novou terminologii a dělení. Seznamuje s metodikou a jednotlivými směry práce s klientem. Zabývá se i souvisejícími pojmy jako je historií soužití člověka a koně, výcvik a výběr vhodného koně, popisem onemocnění klientů.

Praktická část popisuje průběh vlastních terapií, autorčiny zkušenosti s nimi a posuny ve zdravotním stavu klientů.

Klíčové pojmy

léčebné pedagogicko- psychologické ježdění, aktivity s využitím koně, terapie s využitím koně pomocí psychologických prostředků, hiporehabilitace, hipoterapie, parajezdectví, kůň, výcvik koně, psychika klienta, pedagogiký aspekt, zdravotní stav.

Annotation

The theoretical part of this diploma paper is pointed to pedagogical-psychological horse riding. It characterizes and identifies new terminologiy and division of riding.
Introduces the methology and the different direction of work with the client. It deals with the related concepts such as history of coexistence of a man and a horse, training and selection of a suitable horse, description of the clients.

The practical part describes the course of the proper therapies, the author´s experiences with them, the schiftings of the healthcondition of the clients.

Key words

The pedagogical-psychological horse riding, equine assisted activities, equine assisted therapies, the hiporehabilitation, the pararidership,the horse, training of horse, client's psychic, pedagogic aspect, health condition

OBSAH

1. ÚVOD…….. 10
2. HISTORIE SOUŽITÍ ČLOVĚKA A KONĚ……...…… 11

2.1. Pravěk a starověk……11

2.2. Středověk……18

2.3. Novověk…… 21

3. TERMINOLOGIE…… 23
4. TERAPEUTICKÉ VYUŽITÍ KONĚ……...…… 27

4.1. Hipoterapie…… 30

4.2. Pedagogicko-psychologické ježdění……..… 33

4.3. Parajezdectví……..……... 35

5. VÝBĚR A VÝCVIK VHODNÉHO KONĚ……...……. 37

5.1. Výběr koně …… 37

5.2. Nejužívanější plemena koní v hiporehabilitaci……...…….. 39

5.3. Kůň vhodný pro jednotlivá odvětví hiporehabilitace…...……. 42

5.3.1. Kůň pro Terapeutické využití koní pomocí psychologických prostředků (TVKPP) a Aktivity s využitím koní (AVK)…...…… 42

5.3.2. Kůň pro parajezdectvé……..……43

5.3.3. Kůň pro hipoterapii ……...…… 43

5.4. Výchova a výcvik hiporehabilitačního koně …….……37

6. PEDAGOGICKO-PSYCHOLOGICKÉ JEŽDĚNÍ ……..….. 47

6.1. Nová terminologie……...…….. 48

6.2. Aktivity s využitím koní (AVK)…….....……. 52

6.3. Terapie s využitím koní pomocí psychologických prostředků (TVKPP)……...…… 54

6.4. AVK a TVKPP - shrnutí …….. 56

7. ASPEKT PSYCHOLOGICKÝ…… 58

7.1. Role psychiky při činnosti pohybové soustavy…… 62

8. ASPEKT PEDAGOGICKÝ……. 64

9. NEJČASTĚJŠÍ DIAGNÓZY……...…… 66

9.1. Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem, somatoformní poruchy……..…… 66

9.2. Psychosomatické poruchy…… 70

9.3. Posttraumatická stresová porucha…… 72

9.4. Specifické poruchy osobnosti……...…… 75

9.5. Mentální retardace……...……. 77

9.6. Specifické poruchy školních dovedností……...……... 79

9.7. Artismus……...…… 82

9.8. Poruchy chování……...… 85

9.9. ADHD syndrom……..……. 88

9.10. Tikové poruchy…… 90

9.11. Specifické otázky dětské psychiatrie……..……. 93

10. PRAKTICKÁ ČÁST……..……. 98

10.1. Cíle a úkoly……..98

10.2 Metody výzkumu …… 99

10.3. Charakteristika souboru ..…… 99

10.3.1. Klient A…….……. 100

10.3.2. Klient B…….. 102

10.3.3. Klient C…….……. 105

10.3.4. Klient D…….. 108

10.3.5. Klient E……. 111

10.4. Rozhovor…….…… 113

10.5. Zhodnocení dotazníkových výsledků…..…… 117

10.5.1. Tabulka……..……. 117

10.5.2. Zhodnocení dotazníkových výsledků …..…….. 118

10.6. Závěry šetření……...…… 118

11. ZÁVĚR……...…… 120

12. SEZNAM LITERATURY……..… 122

13. SEZNAM PŘÍLOH……...…… 127

1. ÚVOD

Téma Pedagogicko psychologické ježdění jsem si v rámci diplomové práce vybrala, jelikož jsem několik let ve volném čase pomáhala při hiporehabilitacích pro společnost Dorado, s.r.o. v Třebíči. K tomuto účelu jsem zapůjčovala vlastního koně, společně s ním prošla speciálním výcvikem a jako vodič a pomocník se účastnila terapií.

V diplomové práci bych se chtěla zaměřit a poukázat na odvětví hiporehabilitace, na které se pozapomíná a při tom má v terapii klienta nezastupitelné místo.

Náplní teoretické části této práce bude vymezení jednotlivých pojmů s důrazem na problematiku pedagogicko-psychologického ježdění. Dále se zaměřím na historické hledisko soužití člověka a koně, rozčlenění hiporehabilitace, léčebné působení koně, požadavky kladené na koně, vliv terapií na osobnost klienta, jeho socializaci, identifikaci. Rovněž popíši nejčastější diagnózy klientů, složení týmu, vzdělání a osobnostní předpoklady a znalosti členů se zaměřením na jednotlivá odvětví terapie.

Předmětem praktické části bude popis prováděných terapií, jejich rozbor a vliv na zdravotní stránku klienta.

Na základě sledování a aktivní účasti na terapiích, rozhovorů, vstupního a výstupního hodnocení odborníkem (rehabilitační lékař, fyzioterapeut, speciální pedagog, psychiatr či psycholog) porovnám stav klienta na počátku a konci terapie.

Za cíl své práce považuji seznámení širší veřejnosti a případných zájemců o terapie s ne moc známým odvětvím hiporehabilitace a rovněž bych chtěla prokázat jeho nezastupitelný vliv na zdravotní stav klienta.

2. HISTORICKÉ SOUŽITÍ ČLOVĚKA A KONĚ

2.1. Pravěk a starověk

Člověka, Homo sapiens sapien, bytost, která se po dlouhém a náročném evolučním vývoji uvědomila sama sebe, a tak se zásadně odlišila od ostatních žijících živočišných druhů. Pračlověk poháněn hladem a strachem se naučil vyrábět primitivní nástroje a využívat je ve svůj vlastní prospěch a k ovlivnění svého okolí. Podobně tomu bylo i s živočichy žijícími v jeho blízkosti.

V pradávných dobách nežila zvířata po boku člověka. Pro pravěkého člověka byla zvířata pouze zdrojem potravy. Až s vývojem lidského myšlení, strategie a zkušeností si člověk uvědomil, že by mu některá zvířata mohla být i jinak prospěšná než pouze jako zdroj potravy.

Mezi první domestikovaná zvířata patřil pes (8 – 13 tisíc let př.n.l.). Po něm následovaly kočky, kozy, ovce, osli, skot, prasata a dokonce i sobi.
K domestikaci koní došlo přibližně 2-6 tisíc let př.n.l.. Nikoli však k jeho ochočení - to lze velmi těžko specifikovat, jelikož koně se v blízkosti lidí pohybují okolo 50 tisíc let. Domestikace lze vyjádřit jako vyšší stupeň ochočení, při kterém lidská péče působí na genetický a morfologický aparát zvířete.
Dle výzkumů došlo k domestikaci na několika místech. Potvrzené jsou např. oblast Ukrajiny, Kazachstán (BARTOŠOVÁ, J. *Domestikace koní. Od kdy žijeme spolu?* Čs. Rozhlas, lanetárium č. 40/2011 [cit. 7. října 2011]. Dostupné z WWW:
http://www.rozhlas.cz/planetarium/priroda/_zprava/957347).

„Čerstvé jsou zejména údaje z Kazachstánu. Tam se našly dokonce i nějaké hmatatelné důkazy. Týká se to tzv. botajské kultury. Důkazy, které jsou považovány za celkem relevantní, jsou například kosterní nálezy koní, kteří měli štíhlejší některé kosti a podobali se víc dnešním koním, než těm divokým. Další záležitost bývá sice vykládána sporně, ale můžeme ji brát jako jeden z

pomocných důkazů – na předstoličkách koní byly nalezeny stopy poškození, které bylo s vysokou pravděpodobností způsobeno udidlem. Třetím, klíčovým důkazem, jsou stopy zpracování nejen koňského masa, ale i koňského mléka. Podojit klisnu není úplně jednoduché ani v dnešní době, kdy ty klisny máme ochočené, máme je v ruce a manipulujeme s nimi každý den. Když byla ta botajská kultura schopná zpracovávat mléko, tak musela mít nějaký pravidelný přísun. Zřejmě ty kobyly byly přinejmenším krotké, takže ti lidé je byli schopni udržet v ruce a podojit. Vypadá, že si už tehdy dělali takzvaný kumys, což je alkoholický nápoj z kobylího mléka, prý velmi chutný. To jsou tedy důkazy, které se zdají potvrzovat domestikaci koně na území dnešního Kazachstánu.“ Uvedla Jitka Bartošová, vědecká pracovnice Výzkumného ústavu živočišné výroby v Praze-Uhřiněvsi (BARTOŠOVÁ, J. *Domestikace koní. Od kdy žijeme spolu?* Čs. rozhlas, Planetárium č. 40/2011 [cit. 7. října 2011]. Dostupné z WWW:
http://www.rozhlas.cz/planetarium/priroda/_zprava/957347).

První záznamy o domestikaci koní, kdy koně sloužili nejdříve jako zdroji potravy, pochází z Číny a Asie. Lidé si uvědomili, že pro ně bude mnohem snazší, než nahánění a shazování koní ze skal a poté následné problémy s uchováním masa, když budou koně chovat ve své blízkosti v zajetí. A to byl zřejmě přelomový okamžik v soužití člověka a koně (BARTOŠOVÁ, J. *Domestikace koní. Od kdy žijeme spolu?* Čs. rozhlas, Planetárium č. 40/2011 [cit. 7. října 2011]. Dostupné z WWW:

http://www.rozhlas.cz/planetarium/priroda/_zprava/957347).

O zdomácnění koní se mimo jiné postaraly starověké asijské národy. Od lovu přešly k držení koní v zajetí. Toto plaché a překrásné zvíře si na rozdíl od jiných domestikovaných zvířat uchovalo po celá tisíciletí domestikace mnoho původních vlastností (Mahler, 2009).

Společným soužitím si lidé uvědomili, že mohou koně využívat i jinak, než jen jako zdroj potravy, že ho mohou využít jako dopravní prostředek nebo

pomocnou sílu při tahu těžkých břemen. Tímto poznatkem se lidem otevřeli obrovské, dosud nevídané možnosti. Najednou se dostali za velmi krátký čas do doposud nepředstavitelných vzdáleností, s koňskou silou a vytrvalostí mohli tahat a přepravovat těžká břemena, obhospodařovat mnohem větší územ. Tak vzrostla jejich konkurenceschopnost oproti jiným, zvláště pěším národům.
J.Bartošová uvádí: *„Vypadá to, že dříve než k jízdě se kůň používal k tahu. Zase to jsou nějaké archeologické nálezy, potom doklady na nějakých malbách a tak dále. My nevíme, kdy začal člověk u koně používat udidlo, protože stopy na zubech způsobí většinou jen udidlo, které je tvrdé, třeba kus nějakého kovu. Pokud je to udidlo měkčí, třeba kožené, tak stopy na zubech zpravidla nenechává. Dokonce se v tomto směru dělaly cílené pokusy. Takže my víme, od kdy se přibližně používalo udidlo, které zanechávalo otisk na zubech, ale nevíme, kdy s tím člověk začal, jak to prvotní udidlo vypadalo a tak dále. Třeba se objeví nějaký nález, který nám to objasní“* (BARTOŠOVÁ, J. *Domestikace koní. Od kdy žijeme spolu?* Čs. rozhlas, Planetárium č. 40/2011 [cit. 7. října 2011]. Dostupné z WWW: http://www.rozhlas.cz/planetarium/priroda/_zprava/957347).

Tato všechna pozitiva vedla k vývoji lidské kultury a civilizace, počátkům mocných říší, blahobytu a moci. Není tedy divu, že se kůň stal zvířetem zbožňovaným a uctívaným. To se potvrzuje různými nálezy počínaje malbami na stěnách jeskyň, soškami koní, mýty a pověstmi pokračujíc. Peršané a Galové uctívali Koně jako symbol slunce. Řecké mýty vypráví o čtyřspřeží okřídlených koní, kteří za sebou každý den po nebeské dráze táhnou vůz Boha Slunce Hélia. A když dusot ohnivých koní utichl, vyplnila tmavou oblohu hvězdami bohyně Nyx se svým vraným čtyřspřežím a k ní se zanedlouho připojila její věrná družka Luna. *„ Měla prý vůz tažený pomalým dvojspřežím běloušů a zahalena v dlouhý stříbrný háv prosvěcovala černý svět kolem sebe studeným měsíčním světlem. Nočním poutníkům a odvážným mořeplavcům pomáhala najít cestu“* (Mahler, 2009, s. 40).
V mýtech se stal kůň patronem blesku a hřmění i přírodních živlů.

Svým hřebcům připisovali Řekové až nadpřirozené schopnosti. Koně byli chováni v posvátných hájích a z jejich chování a projevů se dokonce věštila budoucnost. Elitou starověké společnosti byli jezdci.
Měl-li panovník vypadat důstojně, musel sedět na svém trůnu nebo koni. Podle toho byla koňům věnována i odpovídající péče.
Kůň se nevyhnul bohužel ani roli obětní. Nebeským Bohům se obětovala zvířata světlá, Bohům podsvětním tmavá (Mahler, 2009).

Jedno z nejvýznamnějších starodávných domestikačních středisek koní se nacházelo v azovských stepích. Pro dějiny a domestikaci koní jsou velmi důležité poznatky z nálezů hrobů pradávných obyvatel stepí. Tyto národy kočovaly se svým nevelkým majetkem po rozsáhlých, travnatých, azovských stepích. Veškerá kultura a majetek těchto národů byla snadno přenosná. A jako hlavní dopravní prostředek a majetek pro ně byl kůň. Není tedy divu, že vše nasvědčuje o velkém významu koně, vztahu a úctě k němu chované.
Za nejvýznamnější chovatele koní mezi starověkými národy se považují Nomádi. Jejich soulad s koňmi byl dokonalý. Vztah jezdce a koně byl velmi silný, plný porozumění a uvědomění si hodnoty koně. Byli výbornými jezdci, lovci, chovateli. *„Žili doslova na hřbetech koní, na jejich stehenních kostech je často patrná plochá osifikace jako následek soustavného ježdění na koni“* (Mahler, 2009, s. 27).

Kolem roku 3000 př. n.l. byla éra rozsáhlých etnických přesunů. Masy Hunů, Tatarů, Kumánů a později i Mongolů se daly do pohybu a zahalily zem do mračna prachu. Jejich dopravním prostředkem nebyl nikdo jiný než kůň. Nájezdníci se svými koňmi doslova žili. Na hřbetě koní za jízdy i spali, pod sedly si vezli kus masa a za jízdy též jedli. Každý jezdec měl k dispozici několik koní, takže koní bylo podstatně více než lidí.

Obyvatelé dálného Východu v té době, kdy Evropané teprve význam tohoto zvířete doceňovali a zakládali chovy, odchovali již celé generace koní.

Například v Persii, nazývané též jako „krajina koní“, se za vlády Dareba II. rodilo sto padesát tisíc hříbat ročně.

Do starověkého Egypta byli přivedeni koně až mezi lety 1870 – 1670 př. n.l.. Koně se zde stali majetkem a pýchou privilegovaných vrstev a faraónů. Byly zakládány rozsáhlé hřebčíny. Chovem se zabývaly především Théby, Alexandrie, Makedónie. Egypťané užívali koně spíše jako zvířata tažná. Vozatajské umění zde bylo velmi rozvinuto a jízda na koni se prosadila až mnohem později (Mahler, 2009).

V pouštích staré Arábie, jak vypráví pradávná báje, kolem roku 620 n.l. povstal jistý Mohamed, prohlásil se za nového proroka jediného a pravého Boha a soustředil kolem sebe kolektiv svých stoupenců. Po počátečních neúspěších dostal Mohamed pozvání do Mediny, aby vládl městu ve jménu jediného Boha. Mohamed se se svými stoupenci vydal na dlouhou a strastiplnou cestu, v zádech s pronásledovateli z Meky, s úmyslem ho zabít. Noc ze 6. července 620 se stala přelomová v dějinách chovu koní a též jako bod počátku islámského letopočtu.

Po několika dnech úprku zavelel Mohamed konečně k odpočinku a napojeni koní. V zápětí však dostal nápad jak si ověřit svou družinu. Dal signál ke svolání a pokračování v cestě. Ze stáda zbídačených napájejících se zvířat se oddělilo jen 5 klisen a aniž by utěšily žízeň, vrátily se ke svému pánovi. To Mohameda potěšilo a usvědčilo o jejich ryzím charakteru a ušlechtilosti. Rozhodl se tedy, že z těchto pěti klisen založí velkolepý chov. Klisny dostaly vznešená jména a do historie vešly též pod názvem Al Khamsan al Rasull Allah, „Všech pět“.

Klisny měly potomstvo vynikajících kvalit a počaly cestu světové slávy Arabských koní. Tito drobní, vytrvalí, houževnatí koníci vydrželi běžet v drsných podmínkách, které poušť skýtá, i několik dní bez jídla a vody, s průměrnou uraženou vzdáleností kolem 120 km denně. Zásady chovu byly vyznačovány krutostí a striktním sledováním rodokmene každého z koní. Nejspíše i proto jsou arabští koně takoví jací jsou (Mahler, 2009).

Kůň jako válečný prostředek

Kůň se stal člověku mlčenlivým otrokem, sloužící a vykonávající vše, co si jeho pán usmyslel. Už to nebyl jeho přítel a pomocník, ale začal být užíván jako nástroj k dobývání, ničení a zabíjení druhých lidí. Toto mírumilovné zvíře, které když zbystřilo nebezpečí se samo dalo na útěk. Pod vedením stále sebevědomějšího a zákeřnějšího člověka se stal kůň zvířetem válečným. Zvířetem, které bylo při zrodu a pádu mnoha říší, trůnů, lidí… Stal se zvířetem, které změnilo svět. I panovníci věděli, že jejich „stát spočívá na hřbetu koně“ (str.99) a obraceli veškerou pozornost na jejich chov. Mezi první užití koní k válečnému tažení došlo kolem 4. tisíciletí v Mezopotámii. Nejdříve se užívalo zápřeží (vozby), až později přišla takzvaná lehká jízda. Válečné vozy se využívaly po celém světě téměř 2000 let, není tedy pochyb o tom, že se bok po boku s tímto zlem začalo rozvíjet řemeslo i obchod a začalo se náramně bohatnou (Mahler, 2009).

Vozba sice zůstala jakousi elitní, často šlechtickou jednotkou, ale proti rychlým nájezdům se neubránila. Na to poukazují především dějiny Číny. Aby se Čína ubránila nájezdům svých nepřátel, byla nucena postavit nejen čínskou zeď, ale i silnou jízdu. Čínské jízdní oddíly počítaly až 6000 mužů. S vývojem zbraní se síla útočníků a obránců vyrovnala. Co však Číňanům chybělo, byla jistota v sedle a soulad s koněm. Číňané ve válkách ztráceli mnoho koní, byly proto nuceni vydat se na nákupy do dalekých končin. A ne pro ledajaké koně, vybrali si ty nejlepší, předky Achal Teké. S těmito koňmi poté strážili hedvábnou stezku (tepnu Starého světa), podél níž postupem času začali vznikat střediska chovů koní (Mahler, 2009).

Nezbytné je se zmínit o Keltských národech, vynikajících jezdcích a vozatajích. Tyto národy dovedli s koňmi dokonale pracovat, porozumět jim, vycvičit je a připravit k boji. Jejich umění bylo tak dokonalé, že jej přebírali i jiné národy a lze se jejich radami řídit i dnes
(Mahler, 2009).

Koně ve starověkém Řecku

O jezdeckém umění starověkého Řecka se ve svém díle zmiňuje již Xenophon, žák Sokrata. *„Nevyznávám sed jako na židli, ale takový, který odpovídá postoji muže stojícího vzpřímeně s nohama od sebe. Stehna tak mají lepší možnost ovládat koně a s vzpřímeným tělem může člověk vyvinout větší sílu při držení oštěpu a jeho vrhání z koně, je-li to třeba“* (Mahler, 2009, s. 105).

Ve starověkem Řecku využívali koně výhradně pro přímý boj. Koním, jakožto společníkům bohů, byly připisovány nadpřirozené schopnosti. Kůň byl bájeslovím uveden i na posvátný Olymp. Za pomocí lsti s obřím dřevěným koněm se Řekům podařilo roku 1184 př.n. l. dobýt bájnou Tróju.

Následovalo období vlády Alexandra Makedonského, jednoho z nejlepších a nejslavnějších vojevůdců lidstva a jeho slavného hřebce Bukephala. Jako čtrnáctiletý se zúčastnil Alexandr první bitvy a jako dvaadvacetiletý dosedá na trůn. Na trůnu dlouho nevydrží a roku 330 př.n.l. se vydává na hřbetě svého černého hřebce Bukhephala dobývat svět. Dle bájí byl jak vladaři, tak jeho hřebci přisouzen božský zrod. Podle toho měl také Bukephalos náležitou péči. Na památku tohoto neobyčejného hřebce a svého celoživotního přítele zakládá Alexandr město Bukephalia (Mahler, 2009).

Zanedlouho po událostech ve starověkém Řecku se dala do pohybu i římská vojska. Římané byli znamenití vojevůdci. Jedna jízda čítala 18/100 po 100 mužích. Vojenské jezdectví se stalo tak prestižní, že bylo povýšeno na společenskou třídu svobodného obyvatelstva, „ordo equester“ jezdecký stav. Jezdci na koně nasedali jako v Řecku až těsně před útokem. Do té doby se tato cenná zvířata šetřila. Největšího rozmachu dosáhly jezdecké útvary za vlády Gaia Julia Caesara. Caesar vynikal jako výborný jezdec a stratég. Caesarův tábor se skládal z 50000 vojáků, přes 3000 koní a mnoho zásobních povozů. Své zápisky a poznatky z bojů uvádí např.v díle „Zápisky o válce Gálské“. Po mnoha válečných vítězstvích se z vděčnosti stavěli pomníky nejen lidem, ale také válečným koním. I starověké Římské říši dopomohli tedy k převratným

úspěchům a k známému rčení „ Všechny cesty vedou do Říma“ tito tišší společníci (Mahler, 2009).

2.2. Středověk

Období středověku se počítá od 5. až 15. století našeho letopočtu. Je to období velmi historicky dramatické, období mnoha převratů, válek, vzestupů a pádů. Začíná pádem Římské říše, která se rozpadla na Východořímskou a Západořímskou. Ve středověkých dějinách zejména dominuje období 10. století, kdy byla celá Evropa ve válečných taženích. Veškeré změny spojené s válečnými převraty se promítly v požadavcích kladených na plemena, výcvik a výkonnost koní. Není tedy divu, že se středověk do podvědomí mnoha lidí vryl jako období rytířské, které je charakterizováno rytířem sedícím na koni. Centrem kultury ve středověku se stala Východořímská říše. Po pádu této říše se do popředí dostává kultura a chov koní na Apeninském poloostrově. Velkého rozvoje dosahuje též chov koní na Iberském poloostrově (Dušek, 1995).

Východořímská říše

Jak už bylo uvedeno, ohniskem vzdělanosti, kultury a veškerého dění se ve středověku stala Východořímská říše (Byzanc) jejímž centrem se stalo město Konstantinopol. Městu vévodila jezdecká socha byzantského císaře Justinina I. na bronzovém sloupu. K nejpopulárnějším zábavám této doby patřily koňské závody spřežení pořádané v hipodromech. Závody si získaly velké obliby u obyvatelstva. Oslavováni byli vítězní vozatajové i jejich koně. Vozatajové vytvářeli v hierarchii společnosti svým uměním zvláštní třídu. Slavným koním byly budována mauzolea, byli jim pozlacovány podkovy, hříva a jako krmení sloužily nejvybranější pochutiny. Za důležité byly považovány kvalitativní požadavky na exteriér a výkonnost koně. Výcviku koni se věnovala značná pozornost odborníků. Vozatajské závody patří mezi nejstarší sporty vůbec. Hipodromy byly vyzdobeny nepřeberným množstvím uměleckých děl. Vešlo se do nich kolem 100 000 diváků a sloužili též jako místo setkání šlechty a

panovníka s obyčejným lidem. Mimo závody se hipodromy používaly k cvičení vojáků a jezdců. V Konstantinopoli bylo k účelům obchodu s koňmi zřízeno speciální tržiště. S rozvojem města a vývojem chovu a jezdeckého sportu v něm se rozvíjel taktéž chov koní po celé Evropě, protože Konstantinopol patřila k největším vývozcům orientálních koní. Koně byli potřební k dopravě, pro vojska, závody v hipodromu, ceremoniály, v zemědělství. Nebyla proto preferována určitá plemena, ale koně rozmanitých velikostí, barev, charakteru, konstituce, stáří a zkušeností. Bizanská říše měla obchodní styky po celým světem. Často byli předmětem těchto obchodů právě koně. Závody v hipodromech s postupem doby ustupovaly a byly nahrazovány mezinárodními turnaji rytířských klání (Dušek, 1995).

Kůň jako symbol rytířské doby

Období středověku je charakterizováno jak doba rytířská. Běžní občané, rytíři, šlechta, jejich životy byly spoutány s životem koní. Středověký vývoj koní naznačuje do jisté míry vývoj šlechtických rodů a tak i vrchol a zánik tohoto systému.

K postavě rytíře neodmyslitelně patří brnění, meč a kůň. K potřebě rytířů se užívali váleční, případně rytířští, či cestovní koně. Koně mohutní, tvrdé konstituce, s vynikajícím charakterem a jezditelností (převládala chladnokrevná plemena). Velkou oblibu měli u rytířů mimochodníci. Byly to koně pohodlní k jízdě a užívali se k dlouhým přesunům. U válečného koně se vyžadovány dovednosti jako vysoký krok a klus, kratší cval. Záznamy vypovídají o podstatně větších dispozicích tehdejších chladnokrevných koní k jezdeckým účelům než jakými disponují chladnokrevná plemena nyní. Oproti nynějším chladnokrevným plemenům byli váleční koně vyšší s menší muskulaturou. Dosti zásadní bylo, aby rytíř vlastnil hřebce, nikoli klisnu, s vynikajícím exteriérem. Rytířské stavy mají taktéž své patrony mezi svatými. Jsou jimi sv. Eligius a sv. Martin (také zobrazován na koni).

S dozníváním rytířské doby se vytrácel i tehdejší způsob zábavy (rytířské turnaje) a byl nahrazován různými závody koní, z nichž se časem vyvinuly dostihy (Dušek, 1995).

Kůň ve středověké dopravě

Vzhledem k nevyvinuté dopravní síti, nebyly zpevněné silnice, se používala k dopravě nosná zvířata. Mezi tato zvířata můžeme zařadit koně, osly, muly, velbloudy. Náklady se nejčastěji přepravovaly v karavanech, několik zvířat jdoucích za sebou, za doprovodu ozbrojené ostrahy, nebo se osoby samostatně cestující sdružovali do skupin. To vše za jediným účelem, a to ochrany před loupežnými přepadeními. Ve městech a na zpevněných cestách se užívaly vozy čtyřkolové a menší dvoukolové. Přednost se dávalo vozům dvoukolovým, z důvodu lepší manipulace. Pro osobní dopravu stále převládá přeprava na hřbetu koně, vůz sloužil k hospodářským účelům, případně přepravě dam z vyšších vrstev. Ke zlepšení v konstrukci vozu dochází na přelomu novověku (Dušek, 1995).

Koně v umění

Středověké umění bylo jako jeho doba velmi proměnlivé a v jednotlivých zemích odlišné. Ke konci středověku je určitý návrat k antice, kdy střed pozornosti tvořil člověk. V uměleckých dílech se koně objevují především v oblasti malířské a sochařské. Většinou jsou vyobrazováni koně státníků. Středověk byl na umělecká díla zachycující koně poměrně chudý, s výjimkou pozdního středověkého umělce, Albrechta Dürera (1471 – 1528), jehož dílo se stává v typologii koní zásadní. Dürer byl vynikající detajlista, položil základy vědecké ilustraci. Koňskou anatomii měl prostudovanou do takových detailů, že ze svých poznatků si mohl dovolit sepsal umělecko - vědecké dílo. Nejvzácnější Dürerova díla s touto tématikou zachycují rytiny: „Dáma se zbrojnošem“, „Rytíř se zbrojnošem“, „Rytíř, smrt a ďábel“.

Rytina „Rytíř, smrt a ďábel“ disponuje odlišným typem koně, než byly doposud ostatnímy umělci zobrazováni. Dalo by se říci, že je to typ těžšího, dostatečně mohutného teplokrevníka s krátkou hlavou, malými nozdrami, čtvercového formátu a proporcionalitou celého těla. Obraz zobrazuje mimo jiné jezdecké vybavení používané v té době, lomené udilo, lehké sedlo, připevněné porsákem a podkovy pantoflice - světšící o velkém rozvoji podkovářského

řemesla. Mezi další Dürerova díla s koňskou tématikou patří: „Das Grose Postreiter“, „Das kleine Postreiter“, „Das grose Pferd“, „Das kleine Pferd“.

Zajímavé jsou taktéž jezdecké sochy. Ty pochází převážně od italských umělců. Známý je jezdecký pomník guvernéra „Can Grande della Scela“. Zde se jedná podle rysů o koně teplokrevného. Dalším zajímavým dílem je Verrocchiho jezdecký pomník kondotiéra Colleoniho v Benátkách a nejznámějším je nejspíše jezdecká socha Donatella z r. 1447. Tito koně, jak Donatellův tak Verrocchiho, jsou ukázkou vyspělého Italského chovu ušlechtilých teplokrevných koní (Dušek, 1995).

Z oblasti naší země jsou významná díla s tématikou koně například na Pražském hradě jezdecké sousoší sv. Martina a sv. Jiřího z Kluže nebo jezdecká socha sv. Václava na Václavském náměstí.

Většina středověkých děl zobrazuje těžké koně a to chladnokrevná plemena, případně jejich kříženec. U Italů nacházíme ale i teplokrevníky. Většina zobrazovaných koní je zachyceno v pohybu. Pod jezdcem jsou zobrazováni koně s vysokou, karpální akcí - znak přijezditelnosti (Dušek, 1995).

2.3. Novověk

Nezbytné je zmínit se o využití koní v první a druhé světové válce. S rozvíjející se technikou ztrácejí koně svoji přední pozici, kterou zastávali v doposud probíhajících bitevních taženích. Novodobé zbraně a technika začíná koně z bitev vytlačovat. Nemluvě o neuvěřitelných ztrátách, které tato stále vyspělejší technika způsobuje nejen v řadách lidských, ale zejména v řadách jejich věrných pomocníků (koní). Jako příklad lze uvést bitvu u Verdunu, kde přišlo o život přes sedm tisíc koní. I přes tyto veškeré mínusy přicházející s 1. světovou válkou, zůstává v armádách mnoho tisíců koní. Ti jsou užíváni zejména v zápřahu vojenských děl a vozů, ke konci války jako tahači lazaretních vozů (Mahler, 2009).

Dá se říct, že kůň ve 2. světové válce definitivně vyklízí bitevní pole. Dostává se sem jakýmsi omylem při tehdejší již vyspělé bitevní technice. Ve 2. světové válce nasazují do boje koně pouze Rusové. Vlastnili sice koně velmi odolné vůči úrazu, nemoci i z hlediska vytrvalostního, ale do této bitvy i přes tato veškerá svá plus koně už nepatří. Nemají proti novodobé technice nejmenší šanci. Za symbolický omyl je považován jezdecký útok mongolské divize na německo 106. pěchotu. Mongolská divize padla do jednoho, na opačné straně se útok obešel bez jediné ztráty (Mahler, 2009).

V současnosti jsou koně využíváni pro rekreační a sportovní účely. Je nepřeberné množství možností sportovního využití koní. Jmenovitě: parkur, drezůra, westernové ježdění, voltiž, vozatajství, dostihy a mnoho dalších.
Jedním z novodobých trendů využití koně je hiporehabilitace. Je to metoda podporující nápravu zdravotního stavu prostřednictvím koně u jedinců se specifickými potřebami (psychickými, fyzickými) nebo zdravotním znevýhodněním.

3. TERMINOLOGIE

„V Čechách je hiporehabilitace poměrně mladý obor, proto jsme odbornou terminologii převzali z Německa v letech 1992-94, kdy vznikala Česká hiporehabilitační společnost (ČHS). Tato terminologie byla považována za propracovanější a vhodnější na české podmínky v porovnání se strukturou RDA (Riding for the Disabled Association). Do českého slovníku přibyly ale tyto výrazy - hiporehabilitace – hipoterapie – léčebně pedagogicko – psychologické ježdění - parajezdectví. Během poslední doby došlo k prudkému rozvoji oboru. Německé členění se stalo již nedostačující a roku 2009 na členské schůzi České hiporehabilitační společnosti došlo k dohodě o vytvoření nového členění, které výstižněji specifikuje a rozšiřuje terapeutický dosah koně a pomůže ke správné propagaci hiporehabilitace a komunikaci mezi odbornou a laickou veřejností. Největší změna se týkala rozdělení LPPJ na Aktivity s využitím koní AVK(metoda sociální a pedagogická) a Terapie s využitím koní pomocí psychologických prostředků TVKPP“(Slovník názvů v hipoterapii. Jablonec nad Nisou: Občanské sdružení Svítání, 2002-2010 [cit. 7.10.2009]. Dostupné z WWW: http://www.os-svitani.cz/72.php).

„Používané výrazy:

Asistent *- proškolená osoba, která pomáhá terapeutovi nebo cvičiteli s naplněním cíle terapeutické nebo jezdecké lekce.*

Cvičitel jezdectví pro parasport *- trenér parasportovců.* ***Cvičitel*** *jezdectví pod Českou jezdeckou federací (ČJF) se speciálním školením v rámci FEI Para-Equestrian (dříve I.P.E.C.) a WCR ČR.*

Cvičitel koní pro hiporehabilitaci- *osoba, která připravuje koně pro hiporehabilitační účely.*

Hiporehabilitace (HR) *- zastřešující a nadřazený název pro všechny aktivity a terapie v oblastech, kde se setkává kůň a člověk se zdravotním postižením/oslabením/handicapem/se specifickými potřebami.*

Hiporehabilitační kůň *- kůň vybraný a speciálně připravený pro účely hiporehabilitace.*

Hipoterapie (HT) *- sekce hiporehabilitace. Metoda fyzioterapie využívající přirozenou mechaniku pohybu koně v kroku a pohybových impulsů při něm vznikajících, k programování motorického vzoru pohybu do CNS klienta, prostřednictvím balanční plochy, která je tvořena koňským hřbetem. Cíle dosahuje postupnou adaptací klienta na tento pohyb v průběhu terapie. Výsledkem je facilitace reparačních procesů na úrovní neurofyziologické a psychomotorické. Provádějí ji terapeuti se speciálním vzděláním, kteří prošli speciálním výcvikem - fyzioterapeut, ergoterapeut.*

Klasifikátor handicapu *- specialista s osvědčením FEI Para-Equestrian, který je oprávněn hodnotit parasportovce s cílem je rozdělit do tříd, které jim umožní optimální úspěch a fair play. Klasifikátorem handicapu může být jen fyzioterapeut nebo lékař.*

Aktivity s využitím koní *(pro oblast pedagogickou, sociální) - sekce hiporehabilitace, původně pod názvem Léčebně pedagogicko-psychologické ježdění (LPPJ). Metoda speciální/sociální pedagogiky a sociální práce, využívá prostředí jezdecké stáje, kontakt s koněm a vzájemné interakce s ním jako prostředek motivace, aktivizace a vzdělávání lidí se specifickými potřebami. Provádějí ji osoby se speciálním vzděláním, kteří prošli speciálním výcvikem - pedagog, speciální/sociální pedagog, sociální pracovník apod.*

Terapie s využitím koní s pomocí psychologických prostředků *- sekce hiporehabilitace, původně pod názvem Léčebně pedagogicko-psychologické ježdění (LPPJ). Metoda psychoterapie, která k terapii lidí se specifickými*

potřebami využívá prostředí jezdecké stáje, kontakt s koněm a vzájemné interakce s ním, terapie prostřednictvím koně. Provádějí ji terapeuti se speciálním vzděláním, kteří prošli speciálním výcvikem - psychoterapeut, psycholog, psychiatr apod.

Lonžér *- osoba starší 18ti let, člen ČJF se splněnou lonžovací zkouškou.*

Parajezdec, paravoltižér, paravozatajec *- účastník parajezdeckých soutěží.*

Parajezdectví *- sekce hiporehabilitace, dříve pod názvem Sportovní ježdění hendikepovaných. Jezdec se zdravotním postižením/oslabením/handicapem se s ohledem na svoje postižení za použití speciálních pomůcek či změněné techniky jízdy učí aktivně jezdit na koni, voltižním cvikům nebo vede koně v zápřeži, eventuálně se zúčastňuje sportovních soutěží.*

Paradrezura *- disciplína parajezdectví, drezúra upravená pro jezdce se zdravotním postižením/oslabením/handicapem, což je klasická jezdecká disciplína, kdy jezdec předvádí se svým koněm předem danou úlohu na drezurním obdélníku.*

Paraparkur *- disciplína parajezdectví, skokové soutěže pro jezdce se zdravotním postižením/oslabením/handicapem. Jezdí se v páru - zdravý jezdec následován parajezdcem, nebo jednotlivě.*

Paravoltiž *- disciplína parajezdectví, voltižní ježdění modifikovaná pro osoby se zdravotním postižením/oslabením/handicapem. Cvičí se na neosedlaném koni. Využívá se voltižních madel a dečky. Kůň je veden na lonži lonžérem na voltižním kruhu v kroku o průměru 15-18m. Cvičenci cvičí sestavy jednotlivce, dvojic a skupin (3-4 cvičenci).*

Paravozatajství *- disciplína parajezdectví, vozatajství upravené pro osoby se zdravotním postižením/oslabením/handicapem, které samostatně nebo pod odborným dozorem za pomoci speciálních pomůcek ovládají koně v zápřeži.*

Parawestern *- disciplína parajezdectví vycházející z klasických westernových disciplín, které jsou přizpůsobené pro jezdce se zdravotním postižením/oslabením/handicapem, řídí se pravidly WCR (Western Club Riding).*

Rozhodčí *- osoba proškolená ČJF nebo WCR, která dbá na dodržování určených pravidel a která rozhoduje o výsledcích parajezdeckých soutěží.*

Vodič koně *- proškolená osoba, která vede koně během terapeutické nebo jezdecké lekce"* (LANTELME, V. *Oficiální slovník ČHS.* Česká hiporehabilitační společnost. 19. 1. 2010 [cit. 5. března 2012]. Dostupné z WWW: http://hiporehabilitace-cr.cz/index.php/remository?func=fileinfo&id=132).

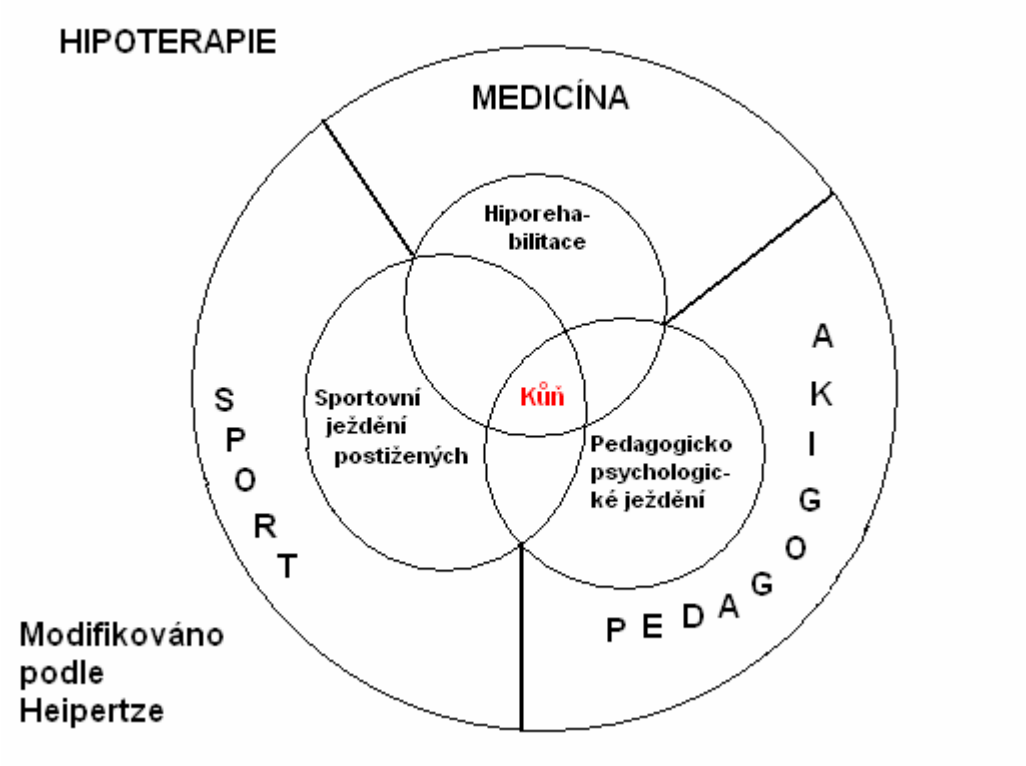
4. TERAPEUTICKÉ VYUŽITÍ KONĚ

(hiporehabilitace)

Pomohl člověku s vybudováním civilizací, dobytím a ochranou mnoha říší. Byl u vzestupů a pádů velkých panovníků. V jistém období však na tohoto vynímečného pomocníka lidé pozapomněli, ale na vrcholu civilizace je to zase on, který může být člověku prospěšný. O kom je řeč? Samozřejmě o tom výjimečném a v dějinách nepostradatelném zvířeti, pomocníku i příteli - KONI. Pole působnosti při kontaktu člověka se zdravotním postižením s koněm se tak rozšiřuje ze společníka a sportovce také na terapeuta.

Hiporehabilitace je komplexní terapie, spojující prvky fyzioterapie, psychoterapie a socioterapie. Hiporehabilitace je nadřazeným a zastřešujícím názvem pro všechny aktivity a terapie v oblastech, kde se setkává kůň a člověk se zdravotním postižením. Terapie má za cíl ovlivnit nezávislost a plnohodnotnost tělesného a duševního života osoby po úrazu, nemoci, nebo zmírnit trvalé následky a újmy na zdraví. Název je odvozen od řeckého slova „hippos" znamenající kůň. Pro svoji podobnost se slovem hipoterapie se často zaměňuje nebo je považován za jedno a to samé (Kolektiv autorů, 2007).

„ Pod pojmem rehabilitace můžeme chápat takový proces, který primárně umožní obnovení ztracené funkce, snížení újmy způsobené onemocněním nebo umožní handicapovanému jedinci lépe se svým handicapem - hlavně společensky – vyrovnat“ (Hollý, Hornáček, 2005, s. 17).



(Hollý, Hornáček, 2005, s. 17)

Hiporehabilitace se oficiálně dělí podle praktického využití na tři složky:

HIPOTERAPII (HT)

Hipoterapie je rehabilitační metoda a disciplína hiporehabilitace, která se zaměřuje na terapii pohybových poruch.

„ Sekce hiporehabilitace. Metoda fyzioterapie využívající přirozenou mechaniku pohybu koně v kroku a pohybových impulsů při něm vznikajících, k programování motorického vzoru pohybu do CNS klienta, prostřednictvím balanční plochy, která je tvořena koňským hřbetem. Cíle dosahuje postupnou adaptací klienta na tento pohyb v průběhu terapie. Výsledkem je facilitace reparačních procesů na úrovni neurofyziologické a psychomotorické. Provádějí ji terapeuti se speciálním vzděláním, kteří prošli speciálním výcvikem - fyzioterapeut, ergoterapeut“(LANTELME, V. *Oficiální slovník ČHS.* Česká hiporehabilitační společnost. 19. 1. 2010 [cit. 5. března 2012].

Dostupné z WWW:
http://hiporehabilitace-cr.cz/index.php/remository?func=fileinfo&id=132).

LÉČEBNÉ PEDAGOGICKOPSYCHOLOGICKÉ JEŽDĚNÍ (LPP)

V dnešní době nazývané jako Aktivity s využitím koní (AVT)
a Terapie s využitím koní pomocí psychologických prostředků (TVKPP).
„ ***Aktivity s využitím koní*** *(pro oblast pedagogickou, sociální) - sekce hiporehabilitace, původně pod názvem Léčebně pedagogicko-psychologické ježdění (LPPJ). Metoda speciální/sociální pedagogiky a sociální práce, využívá prostředí jezdecké stáje, kontakt s koněm a vzájemné interakce s ním jako prostředek motivace, aktivizace a vzdělávání lidí se specifickými potřebami. Provádějí ji osoby se speciálním vzděláním, které prošly speciálním výcvikem - pedagog, speciální/sociální pedagog, sociální pracovník apod.*
Terapie s využitím koní s pomocí psychologických prostředků *- sekce hiporehabilitace, původně pod názvem Léčebně pedagogicko-psychologické ježdění (LPPJ). Metoda psychoterapie, která k terapii lidí se specifickými potřebami využívá prostředí jezdecké stáje, kontakt s koněm a vzájemné interakce s ním, terapie prostřednictvím koně. Provádějí ji terapeuti se speciálním vzděláním, kteří prošli speciálním výcvikem - psychoterapeut, psycholog, psychiatr apod“*(LANTELME, V. *Oficiální slovník ČHS.* Česká hiporehabilitační společnost. 19. 1. 2010 [cit. 5. března 2012]. Dostupné z WWW:
http://hiporehabilitacecr.cz/index.php/remository?func=fileinfo&id=132).

PARAJEZDECTVÍ

„Sekce hiporehabilitace, dříve pod názvem Sportovní ježdění hendikepovaných. Jezdec se zdravotním postižením (oslabení) handicapem se s ohledem na svoje postižení, za použití speciálních pomůcek či změněné techniky jízdy, učí aktivně jezdit na koni, voltižním cvikům nebo vede koně v zápřeži, eventuálně se zúčastňuje sportovních soutěží“(LANTELME, V.

Oficiální slovník ČHS. Česká hiporehabilitační společnost. 19. 1. 2010 [cit. 5. března 2012]. Dostupné z WWW: http://hiporehabilitace-cr.cz/index.php/remosítory?func=fileinfo&id=132). Jednotlivé názvy definují okruhy působení jednotlivých disciplín na klienta. Tyto okruhy se vzájemné překrývají, což je v praxi běžné.

PREVENTIVNÍ JEŽDĚNÍ

Někdy nazýváno jako rekondiční či zdravotní ježdění, není součástí hiporehabilitace ale slouží u zdravých lidí ke zvyšování tělesné i psychické kondice. Využívají ji např. klienti po dlouhé nemoci, jako prevence bolestí zad hlavně u lidí se sedavým způsobem zaměstnání nebo lidé s dlouhodobou jednostrannou zátěží pro zvýšení celkové fyzické kondice.

Tuto aktivitu by měly do svého života zařadit zejména tři nejohroženější skupiny osob:

a) Děti, v jejichž rodinné anamnéze je skolióza páteře

b) Osoby, které mají při výkonu zaměstnání enormně staticky zatíženou páteř

c) Psychicky nadměrně přetěžovaní jedinci - zátěží předimenzovaný organismus se hroutí, prevencí je aktivní odpočinek a "vyčištění mozku" pomocí koně (HERMANNOVÁ H. *Kůň ve službách lidského zdraví.* Equichannel.cz. Jezdectví. 1/99. 17. 1. 1999 [cit. 4. března 2012]. Dostupné z WWW: http://www.equichannel.cz/kun-ve-sluzbach-lidskeho-zdravi).

4.1. **Hipoterapie**

Hipoterapie je rehabilitační metoda a disciplína hiporehabilitace zaměřující se na terapii pohybových poruch. Pro člověka s pohybovou poruchou je prvním stupněm kontaktu s koněm.

Tato léčebná metoda působí na klienta prostřednictvím pohybových impulzů, které vznikají při koňské chůzi. Speciálně vyškolený terapeut (fyzioterapeut nebo ergoterapeut) využívá trojrozměrný pohyb koňského

hřbetu k ovlivnění neuromuskulární funkce klienta. Hřbet koně v kroku se pohybuje nahoru a dolu, doprava a doleva, dopředu a dozadu. Tyto pohyby plus rotace se přenášejí přes pánev sedícího klienta na jeho trup a vyvolávají tak pohybový vzor pánve a trupu, který je stejný jako při lidské chůzi. Těmito impulsy je aktivován mozek a musí zpracovat veškeré vjemy, které nastávají při kontaktu s koňským hřbetem a následně vyslat správnou reakci vzhledem k probíhající situaci. K terapii zároveň přispívá neustálé cyklické opakování tohoto pohybového vzorce. Tímto způsobem je možno zlepšit rovnováhu jedince, jeho koordinaci a u dětí dát dostatečný podmět ke správnému vývoji vzpřimování (LANTELME, V. *Hipoterapie*. Jablonec nad Nisou: Občanské sdružení Svítání [cit. 20. prosince 2011]. Dostupné z WWW: http://www.os-svitani.cz/Hipoterapie.php).

„ Tento prvek hipoterapie je nenahraditelný jinou rehabilitační metodou, protože rozbíjí bludný kruh pohybového vzoru u osob, které mají postižené dolní končetiny. Kvalitní vzor chůze neexistuje bez kvalitního pohybového vzoru pánve a trupu a tento vzor není možné nacvičit bez správného chůzového stereotypu dolních končetin“(LANTELME, V. *Hipoterapie*. Jablonec nad Nisou: Občanské sdružení Svítání [cit. 20. prosince 2011]. Dostupné z WWW: http://www.os-svitani.cz/Hipoterapie.php).

Žádný jiný prostředek, který by stimuloval klienta při terapii tak jako při bipedální lokomoci (chůzi), nebyl zatím vynalezen. Proto je tato metoda tak unikátní a nenahraditelná.

Z toho vyplývá, že pohybový vzor koně musí být naprosto bez chyby, jinak můžeme stav klienta zhoršit. Pohyb koňského hřbetu, tělesná teplota a výška koně a pohyb v otevřeném prostoru dále pozitivně ovlivňuje statické a dynamické držení těla, posturální a obranné reakce, vestibulární systém a smyslové orgány, svalové napětí, plánování pohybů, rozsahy pohybů končetin, vzor dýchání a činnost vnitřních orgánů, vytrvalost, svalové napětí, stabilitu hlavy, trupu a končetin, načasování úkonů, svalovou sílu, samoobsluhu,

sebevědomí, radost ze života atd**.** Toto vše je jedinečný přínos hipoterapie a není nahraditelný jinou rehabilitační metodou (Kolektiv autorů, 2007).

Za další výhodu hipoterapie lze považovat to, že se rehabilitace uskutečňuje v přírodě a většinou mimo areál nemocnice, stacionáře. Klienti se dostanou do kontaktu se zvířetem, což většinou způsobí jejich pozitivní ladění a neuvědomují si tak, že podstupovali nějakou terapii. Dostanou se do kontaktu i s ostatními klienty a zdravými jedinci, což podporuje jejich socializaci. Je to tedy metoda dosahující dobrých léčebných výsledků po stránce tělesné i duševní za kladných ohlasů klientů (LANTELME, V. *Hipoterapie*. Jablonec nad Nisou: Občanské sdružení Svítání [cit. 20. prosince 2011]. Dostupné z WWW: http://www.os-svitani.cz/Hipoterapie.php).

Hipoterapie je prováděna na rovném terénu, většinou na jízdárně nebo v kryté hale. Hala sice chrání před nepřízní počasí, ale otevřená jízdárna je z terapeutického pohledu mnohem výhodnější. U pokročilých klientů lze provádět i procházky do přírody.
Délka terapeutické jednotky přesně stanovit nelze. Platí zásada postupnosti. Začíná se krátkými reprízami a podle únavy, diagnózy aktuálního stavu klienta, se postupně terapie prodlužují. Obvyklé trvání je 15 minut nejméně dvakrát až třikrát týdně. Aby terapie měla nějaký efekt, musí se uskutečňovat po dobu minimálně 3 měsíců.
Kůň pro klienta je vždy vybrán na základě pohybového vzoru jeho hřbetu, výšky, šířky hřbetu a jeho charakteru (Hollý, Hornáček, 2005).

Po vysazení pacienta na koně následuje jeho vyšetření fyzioterapeutem a korekce sedu nebo polohy (leh na břichu nebo zádech). Poté vyzve terapeut vodiče ke kroku a pozoruje zda se pacient dostane do rytmu pohybu koně a jeho schopnost upravit si držení těla. Případně verbálně nebo mechanicky sed opravuje s cílem stimulovat pohybové dovednosti. Klient je z obou stran jištěn terapeutem a asistentem - z hlediska ovládání koně je tedy pasivní (Hollý, Hornáček, 2005).

„Při hipoterapii je cílem dosáhnout aktivní, korektivní, stabilizovaný sed s rukama volně visícíma vedle trupu nebo položenýma na stehnech, protože v této pozici je ovlivnění postury nejefektivnější. (Samozřejmě to závisí na celkovém terapeutickém cíli, který je podmíněný zdravotním stavem pacienta. Půlroční dítě se spastickou quadruparézou, které ještě není schopné se otočit, sedět atd., se bude ovlivňovat stimulačním polohováním, využívajíc pozice vycházející z jeho vývojového věku a nebude se u něho preferovat korektní sed.)“ (Hollý, Hornáček, 2005, s. 75).

Do programu je klient zařazen na základě písemného doporučení lékaře. Pro provádění jednotky musí být přítomen fyzioterapeut. V USA se na hipoterapii mohou specializovat také logopedi. Není věkově omezena, horní hranice je limitována váhou (manipulace, přetížení koně) a kontraindikacemi souvisejícími s vyšším věkem klientů.

Hipoterapie může být indikována pro jakoukoli pohybovou poruchu. Aktuální znalost zdravotních rizik a kontraindikací pro hipoterapie a jakékoli další aktivity s koňmi je základní předpoklad pro kvalitní terapii. Přítomnost dalšího zdravotního rizika vyžaduje dodatečné vyšetření.
Zodpovědností terapeuta je získání dodatečných informací od ošetřujícího lékaře před tím, než je klientovi umožněna jízda na koni nebo práce kolem koní.

4.2. Léčebné pedagogicko-psychologické ježdění (LPPJ)

Léčebné pedagogicko-psychologické ježdění je metoda pedagogiky, sociologie, psychoterapie, kde se k terapii psychiatrických, psychologických, emocionálních, atd. poruch využívá blízkosti koně a vzájemné interakce s ním.

Za cíl si terapie klade ovlivnit psychiku klienta za účelem vybudovat motivaci, snížit nebo zcela odstranit strach, agresi či rezignaci spolu s výukou správného sebehodnocení a sebevědomí. Terapie může být individuální nebo skupinová a je vedena pedagogem, speciálním pedagogem, psychologem nebo psychiatrem, který by měl mít specializaci na LPPJ (LANTELME, V., SMÍŠKOVÁ. Š. *Rozdělení hiporehabilitace.* Equichannel.cz. 11. 03. 2009, aktualizováno 11.06.2009 [cit. 4. března 2012]. Dostupné z WWW: http://www.equichannel.cz/lecba-konmi-4-rozdeleni-hiporehabilitace).

Skladba LPPJ terapeutické jednotky je velmi rozmanitá - od péče o koně, komunikaci s ním, až po aktivní ježdění - vždy záleží na terapeutickém cíli. Klient je vždy zařazen do programu na základě písemného doporučení lékaře, psychologa nebo psychiatra. Pedagogicko-psychologické ježdění se kvůli lepšímu pochopení rozděluje na aktivity **s využitím koní** (AVK) - lze využít k nápravě chování a k výuce a na **terapii s využitím koní pomocí psychologických prostředků** (TVKPP) (HERMANNOVÁ H. *Kůň ve službách lidského zdraví.* Equichannel.cz. Jezdectví. 1/99. 17. 1. 1999 [cit. 4. března 2012]. Dostupné z WWW: http://www.equichannel.cz/kun-ve-sluzbach-lidskeho-zdravi).

Do této formy terapie jsou zařazováni klienti s dyslexií, hyperaktivitou, výchovnými problémy, mentální retardací a psychiatrickými poruchami (autismus, neurózy, psychózy, návyky, sklony klienta k sebepoškození). Cílem LPPJ je kůň jako prostředník k podpoření pozitivních změn v chování u klientů, odstranění nebo zmírnění projevů duševních poruch a nebo smyslových deficitů. U dětí se syndromem ADHD (lehká mozková dysfunkce) se terapie také využívá k výuce školních znalostí - mozek snadněji pracuje a uloží si do paměti vědomosti a zážitky, pokud jsou emocionálně podbarveny. Děti se na koně velmi těší a mnohem ochotněji spolupracují (Fletcher, 2009).

Klienti mohou absolvovat LPPJ v individuální nebo skupinové terapii a jsou zapojováni do kolektivu a v prostředí jízdárny prostřednictvím všemožných činností souvisejících s koňmi - od pracovní terapie ve stáji až po práci s koněm ze země, na madlech nebo v sedle. Lze kombinovat hry a práci klienta s koněm ze země s činnostmi prováděnými ze sedla. Kůň může být veden vodičem nebo klient aktivně koně ovládá. Volba určitého přístupu závisí na podmínkách, ve kterých se LPPJ provádí a také na zdravotním stavu a schopnostech klienta. (Kolektiv autorů, 2007, [CD-ROM])

Za průběh LPPJ jednotky zodpovídá speciálně vyškolený terapeut (speciální pedagog, logoped, psychiatr nebo psycholog). Kůň musí být dobře připravený a tolerovat mentální postižení klientů a jeho výběr podřizujeme druhu postižení klienta. Ve většině případů při LPPJ terapeut stojí v pozadí a korekci poruchy provádí sám kůň, terapeut zde slouží pouze jako prostředník v navázání správné komunikace. Terapie může trvat 20 minut, ale také hodinu, záleží to na vyčerpanosti klienta.

Je dobré si uvědomit, že když se u klienta zaměřujeme na psychiku, ovlivňujeme také jeho fyzickou stránku a naopak. Je proto v zájmu klienta, že terapeut úzce spolupracuje s ostatními odborníky z jiných oborů, kteří se na rehabilitačním plánu podílejí (Kolektiv autorů, 2007).

4.3. **Parajezdectví**

Parajezdectví, původně pod názvem „Sportovní ježdění hendikepovaných“ (SH), je jako disciplína hiporehabilitace zaměřená na sportovní výsledky a rekreaci, tudíž nejde o terapii. Parajezdectví je sport pro osoby se zdravotním postižením. Tento sport je založen na aktivním ovládání koně klientem. Klient se učí, za použití speciálních pomůcek nebo změněné techniky, voltižní cviky, jízdě na koni nebo jeho ovládání v zápřeži. S ohledem na stupeň zdravotního znevýhodnění se jedinec může zúčastnit různých sportovních soutěží

(JEŽKOVÁ. A., *Parajezdectví*. Česká hiporehabilitační společnost [cit. 1. ledna 1012]. Dostupné z WWW: http://hiporehabilitace-cr.cz/index.php/sekce/parajezdectvi).

Existují různé disciplíny – paradrezúra, paravoltiž, parawestern, paravozatajství, paraparkur, hry Special Olympics atd. Odlišností od ne „para“ soutěží je, že kůň je speciálně vybraný a trénovaný, aby byla zajištěna co největší bezpečnost pro jezdce. Lekci vede cvičitel s licencí na určitou jezdeckou disciplínu, který by měl mít znalost zdravotního stavu svých klientů a přizpůsobit metodu výcviku k dosažení chtěných výsledků. Jezdec by měl vždy být přijat do programu na základě lékařského doporučení a vyšetření fyzioterapeutem, který také spolupracuje na stanovení tréninkového plánu. Aby jezdec dosáhl svých cílů, je potřeba několik vyškolených pomocníků, většinou dobrovolníků. Některé soutěže mají upravená pravidla, ale v některých disciplínách závodí soutěžící s a bez zdravotního znevýhodnění na stejné úrovni. Samozřejmostí jsou maximální bezpečnostní opatření a pravidlo, že riziko nesmí být vyšší než přínos (LANTELME, V. Léčba koňmi: 21. *Parajezdectví*. Equichannel.cz. 9. 11. 2009 [cit.20. 12. 2011]. Dostupné z WWW: http://www.equichannel.cz/lecba-konmi-21-parajezdectvi).

Parajezdectví v České republice je stále v začátcích. Důvodem je vysoká finanční náročnost. Většina aktivit a soutěží je možná pouze díky neúnavné podpoře a zapojené mnoha dobrovolníků, kteří jsou zároveň sponzory. Parajezdectví je náročným sportem nejen z hlediska sportovních výkonů, ale hlavně pro přípravu koně. Takovýto kůň musí být připraven pod zdravým jezdcem a být aktivní ve sportu. V některých zemích například špičkový drezúrní jezdci „půjčují" své koně pro paradrezúrní závody. V běžné praxi je to tak, že výborní jezdci a trenéři se výhradně věnují této disciplíně a připravují koně pro parajezdce ve své režii (JEŽKOVÁ. A., *Parajezdectví*. Česká hiporehabilitační společnost [cit. 1. ledna 1012]. Dostupné z WWW: http://hiporehabilitace-cr.cz/index.php/sekce/parajezdectvi).

5. VÝBĚR A VÝCVIK VHODNÉHO KONĚ PRO TERAPEUTICKÉ ÚČELY

5.1. Výběr koně

Koně můžeme vybírat podle mnoha aspektů. Záleží na tom k jakým účelům bude kůň využíván. U hipoterapie se vyžaduje jiný typ koně, než u AVK a TVKPP nebo pro sport handicapovaných. Všichni víme, že existuje individualita u člověka, stejně tak existuje i individualita u koní. A ta je při výběru vhodného koně k terapeutickým účelům nepřehlédnutelná.

Významné (vrozené - nejsou získané během života) aspekty zasahující do výběru vhodného koně:
věk koně
pohlaví koně
plemenná příslušnost koně
temperament koně
povaha a vztah k lidem

Věk koně
Nastává otázka zda je pro terapii výhodnější mladší či starší kůň. Oboje má svá plus i mínus.
U mladého koně víme, že nestačil získat žádné zlozvyky, jeho zdravotní stav je většinou dobrý, nemá opotřebovaný pohybový aparát, ale pořizovací cena je vyšší a příprava koně pro terapeutické účely je dlouhá. Není též prověřen charakter koně v zátěžových situacích a zda bude nároky terapií na něj kladené zvládat. Hlavně po psychické stránce je terapeutické využití koně velmi náročné.
U staršího koně musíme aplikovat, dříve než bude zařazen do terapie, takzvanou speciální redrezuru (netrvá dlouho). Mnoho koní si totiž přináší nepříjemné zkušenosti z kontaktu s lidmi. Jejich charakter je již prověřený, proto víme co od něho můžeme v průběhu terapie očekávat. Starší koně bývají

také klidnější. Nevýhodou však je jejich opotřebování. Po stránce psychické i fyzické. Do terapií se nezařazují koně mladší 5 - 6 let. Jejich vývoj není ještě dokončen. Kůň dospívá po fyzické a psychické stránce kolem 5, 5 roku věku.

Pohlaví koně

Do terapií se z bezpečnostního hlediska zařazují pouze klisny a valaši. Jedním ze startérů spontánního chování je u zvířat pohlavní pud. Pohlavní pud nutí hřebce k vyhledávání klise a k páření, proto nejsou do terapií zařazováni. Podle Řádu ČHS na ochranu koní proti týrání se nemohou terapie účastnit zvířata, která by mohla svým chováním ohrožovat bezpečnost osob nebo ostatních zvířat. U klisen zařazených do terapie musíme počítat se změnou chování v období říje – je nutné zbytečně ji netrestat za neochotu, navalování na rampu, v boxu. Proto by se neměl klient s ní v tomto období pohybovat sám např. v boxu.

Nejjednodušší práce je tedy s valachem.

Plemenná příslušnost

Při výběru plemene si terapeut musí přesně vytýčit pro jaký okruh klientů a aktivit bude kůň využívaný. Všeobecně platí pravidlo, že břemeno, které nese kůň na hřbetě, nesmí přesahovat 1/8 jeho živé hmotnosti. Pro terapie je třeba vlastnit několik typů koní vzhledem k odlišnosti klientely. Od mohutných chladnokrevných plemen až po poníky pro děti.

Temperament

Jedná se o jedno z prvních kritérií třídění koní. Na základě různých psychických reakcí se koně dělí na:

14. teplokrevníky (teplokrevné koně)
15. chladnokrevníky (chladnokrevné koně).

Podle jiného dělení můžeme koně dělit na jezdecké (většinou teplokrevníci) a tažné (chladnokrevníci).

Teplokrevní koně jsou živějšího temperamentu, užívají se jako jezdečtí nebo kočároví koně.

Chladnokrevní koně jsou mohutnější, mají klidný temperament a užívají se většinou ke středníému a těžkému tahu.

Povaha a vztah k lidem

Kůň by měl mít kladný vztah k lidem. Ten se ale naučit nedá. Jedinec ho musí získat sám. Pokud nemá kůň s lidmi špatné zkušenosti bývá jeho vztah k nim většinou kladný (výhoda u mladých koní), pokud jsou ale jeho zkušenosti opačného charakteru, stojí před cvičitelem nelehký a často zdlouhavý úkol. Cílem tohoto úkolu je, aby si kůň znovu našel cestu k člověku a začal mu důvěřovat.

Povaha koně je vrozená. Stejně jako u lidé mají i koně různé povahoví rysy. Takže se v praxi můžeme setkat s koněm sangvinikem, melancholikem, flegmatikem, cholerikem. Pro terapeutické účely se krom koně cholerika dají využívat všechny povahové rysy vzhledem k rozdílnosti klientely a projevům (podmětům) klientu, které chceme buď podpořit nebo naopak utlumit (Jirsíková, Casková, Dvořáková, 2010).

5.2. Nejužívanější plemena koní v hiporehabilitaci

„Plemeno je skupina geneticky příbuzných zvířat, shodujících se v morfologických, fyziologických, případně i psychologických vlastnostech, které ve stejném prostředí dědí jejich potomstvo. Statut plemene selekčních kritérií podmiňuje schválení řádu plemenné knihy (PK) a její uznání“ (Jirsíková, Casková, Dvořáková, 2010, s. 19).

Neexistuje plemeno přímo vyšlechtěné pro využití v hiporehabilitaci, ale dle dlouhodobého sledování jsou v terapiích preferována určitá plemena koní. Při výběru koně pro hiporehabilitaci však nepřevažuje plemenná příslušnost nad individuálními vlastnostmi a charakterem koně.

Dalším aspektem, který působí při výběru plemene k účelům hiporehabilitace, je nabídka plemen chovaných v dané zemi nebo názor autority zaštiťující

hiporehabilitaci dané země. V některých zemích je přesně definován kůň vhodný pro hiporehabilitaci, př. Švýcarsko – pony, Německo, Rakousko – teplokrevní koně. Velkým problémem bývá u mnoha organizací zabývajících se hiporehabilitací finanční stránka. I tomuto hledisku musí být podřízen výběr vhodného plemene.

V ČR mají největší zastoupení v hiporehabilitaci tato plemena:

Český teplokrevník 70%

Anglický plnokrevní 19%

Koně bez plemenné příslušnosti 18%

Huculský kůň 10%

Pony 8%

(Jirsíková, Casková, Dvořáková, 2010)

Český teplokrevník

Na území České republiky byly původně chovány dva typy teplokrevníků. Tažný typ teplokrevníka, ten byl ovlivněn importem oldenburských koní. A dále ušlechtilý moravský teplokrevník. Na vývoji tohoto typu teplokrevníka se podíleli plemeníci rakousko-uherských polokrevných kmenů Furioso, Przedswit, Gidran. Český teplokrevník byl intenzivně šlechtěn od konce 19. století. Ve vytvořeném chovu Českého teplokrevníka vzniklo několik úspěšných krevních linií. Český teplokrevník dříve představoval vícestranného koně pro zemědělství, s převahou využití v tahu. Koně byli většího tělesného rámce, robusní, ale stále ušlechtilí. S postupem času ztrácel kůň svůj význam v zemědělství a začal být zájem o jezdecký typ koní. Tomu se musela přizpůsobit i koncepce šlechtění. Šlechtění a testaci tohoto typu koní se věnovaly ústavy v Kladrubech n. L., Albertovec, Netopíce. Selekčním kritériem se stala sportovní, především skoková, výkonnost prověřovaná všestrannými a sportovními výkonnostními zkouškami. Krátké období šlechtění s mnoha použitými plemeny je příčinou variabilnější tělesné schránky a barevné škály koní. Český teplokrevník má prostornou a elastickou mechaniku pohybu, je středního tělesného rámce, pevného fundamentu a bez

zjevných genetických vad. Je to ušlechtilý a lehce jezditelný kůň s pevným zdravím, vhodný pro všechny druhy jezdeckého sportu v rámci FEI (Mezinárodní jezdecká federace).

Vzhledem k jeho různorodosti po tělesné i temperamentové stránce se nachází v jeho řadách mnoho koní, kteří jsou vhodní k využití v hiporehabilitaci (Dušek a kol, 2011).

Anglický plnokrevník

Vznikl křížením orientálních koní s úspěšnými místními (Britskými) závodními koňmi. Působením místních podmínek, výživou, přípravou k závodům, vznikl závodní jezdecký kůň středního obdélníkového rámce, 155 – 165 cm vysoký, s ušlechtilou hlavou, dlouhým štíhlým a nízko nasazeným krkem. Kůň dále disponuje širokou dlouhou hrudí a dlouhou svalnatou zádí. Fundament koně je štíhlý, suchý a kostnatý. Je to nejrychlejší dostihový kůň s vynikajícím cvalem. Výkonnost těchto koní byla prověřována v závodech na dlouhé vzdálenosti. První chovné linie Anglického plnokrevníka (dostihových koní) založilo na koni 17. a počátku 18. století potomstvo tří hřebců: Bydlet Turk, Darley Arabien, Godolphin Barb.

Do hiporehabilitace se toto plemeno zařazuje vzhledem ke své učenlivosti a spolehlivosti. Další předností je jeho prostorný a pružný pohyb a konstituční tvrdost (odolnost vůči zátěži) (Dušek a kol, 2011).

Koně bez plemenné příslušnosti

Jedná se většinou o křížence, které nepřipouští k zápisu žádná plemenná kniha. Tito koně se do chovu nezařazují, protože jejich potomci bývají typově, výkonnostně i exteriérově nevyrovnaní. Koně bez plemenné příslušnosti mají ale dobré předpoklady k turistice, hobby jezdectví, zápřahu a i k hiporehabilitaci. Někteří koně mají pro hiporehabilitaci, vzhledem k typové odlišnosti svých rodičů, zajímavé vlastnosti (fyzické, povahové) (Jirsíková, Casková, Dvořáková, 2010).

Hucul

Pochází z hor karpatského oblouku, kde byl chován celoročně venku bez přístřeší. Patří k plemenům nejméně náročným (na pastvu i potravu) a nejhouževnatějším, přesto disponují výbornou pamětí a intelektem. Hucul je kůň malého obdélníkového vzrůstu asi 134 – 145cm velký s výraznou hlavou, krátkým vysoko nasazeným krkem a s širokou kratší hrudí. Má štíhlejší postavu kostnatého typu. V dřívějších dobách byl využíván k přepravě velkých břemen (až 180kg 35 km) přes obtížný horský terén. Je to všestranně využitelný kůň s bezproblémovým charakterem a nesmírnou oddaností svému pánu. Pro hiporehabilitaci je výborný vzhledem k jeho schopnosti manipulovat s těžkým břemenem. Má bohužel málo prostorné chody s minimálními impulsy, které přenáší na klienta (Dušek a kol, 2011).

Pony

Původně plemena malých severských koní. Nyní k těmto severským plemenům přibili všichni koně, kteří mají svou kohoutkovou výšku menší než 148 cm. Vzhledem k tomuto novému členění se pod název pony může zařadit velká škála jiných plemen (např. koně podskupin arabských, anglických). V Hiporehabilitaci najde tedy tato široká skupina plemen své uplatnění. Vzhledem ke své výšce se často využívají k práci s dětmi (Dušek a kol, 2011).

5.3. Kůň vhodný pro jednotlivá odvětví hiporehabilitace

5.3.1. Kůň pro Terapeutické využití koní pomocí psychologických prostředků (TVKPP) a Aktivity s využitím koní (AVK)

Terapeutické využití koní psychologickými prostředky (TVKPP) a Aktivity s využitím koní (AVK) mají vetší rozpětí výběru možných koní terapeutů. Požadavek na fyzické a psychické zdraví sice zůstává, ale nejdůležitějším parametrem zde není koňský pohyb (který kůň předává), ale jeho interakce s člověkem.

Důležité je zda je kůň trpělivý, nechá se několikrát za den vyčistit, nebrání klientům v pohybu v jeho blízkosti (nenavaluje se) a manipulaci s ním. Dále je třeba vyhodnotit zda je kůň poslušný při vodění, zvyklý na podměty ze strany klientů (křik, rychlé pohyby, házení míčem, jiná zvířata…). Kůň musí být dostatečně psychicky odolný. Doporučují se drobné individuální odchylky mezi jednotlivými typy koní, např. kůň mlsoun, zvědava, loudil.

Podstatná je ochota koně k neustálému opakování základních cviků z jízdárenské práce i práce ze země.

„Zde je velmi výhodným typem kůň „pedagog", držící se filozofie „až to uděláš správně, pak zareaguji", ale i „žertovný poťouchlík", jehož hlavním cílem je při nesoustředěnosti klienta několik krátkých cvalových skoků a jemné smýknutí zádí. Následky bývají vzdušné a pozornost dokonale obnovena“ (SMÍŠKOVÁ, Š. *Léčba koňmi: 18. Výběr koně pro hiporehabilitaci.* Equichannel.cz. 28. 9. 2009 [18. ledna 2012]. Dostupné z WWW: http://www.equichannel.cz/lecba-konmi-18-vyber-kone-pro-hiporehabilitaci).

5.3.2. Kůň pro parajezdecví

V **parajezdectví** jsou požadavky kladené na koně nejvyšší. Jako u ostatních terapií požadavky na fyzické a psychické zdraví zůstávají, dále ale musí kůň vynikat v oblasti ovladatelnosti a jeho ochoty přizpůsobit se nestandardním pobídkám či pomůckám. Veškeré aktivity jsou podřizovány potřebám klienta (jezdce). Většinou se o takového koně dělí několik klientů se specifickými potřebami a i z tohoto důvodu musí být kůň dostatečně odolný a nefixovat se na jednoho jezdce. Kůň by měl zvládat drezurní úlohy v kroku na úrovni L a pro ostatní na úrovni S. Kůň musí být minimálně lekavý a tolerantní pro tvrdší ruku jezdce, tužší bedra a poruchu rovnováhy u některých klientů (Kolektiv autorů, 2007).

5.3.3. Kůň pro hipoterapie

Nejdůležitějším aspektem při výběru vhodného koně pro hipoterapii je jeho fyzický stav. Kůň musí mít bezchybný pohybový vzorec, který je v průběhu

terapie převáděn na klienta. Důležitá je šířka hřbetu koně (aby se dal obsednout i dětmi), pohyb hřbetu (aby byl naplněn základní princip hipoterapie, a tak stimulace kvalitním pohybovým vzorcem), výška koně (kvůli bezpečnosti jištění proti pádu). Nesmí se však opomenout ani stránka psychická a rozumová. Kůň působí jako nenahraditelný člen týmu a musí být schopen pochopit požadavky terapeuta na něj kladené, např. zpomalit, zrychlit, prodloužit krok. Cílem je pohybová souhra klienta a koně. Dále musí kůň snášet monotonií práci v kroku, být velkorysý a trpělivý např. při nasedání, ale i pozorný k podmětům ze strany terapeuta a klienta (SMÍŠKOVÁ, Š. *Léčba koňmi: 18. Výběr koně pro hiporehabilitaci.* Equichannel.cz. 28. 9. 2009 [18. ledna 2012]. Dostupné z WWW: http://www.equichannel.cz/lecba-konmi-18-vyber-kone-pro-hiporehabilitaci).

5.4. Výchova a výcvik hiporehabilitačního koně

Příprava koně vychází z požadavků terapeuta a podle oblasti hiporehabilitace, ve které se bude kůň využívat. Rozdílné požadavky klademe na koně v hipoterapii, v aktivitách s využitím koně, v rámci terapie koněm v psychologii i ve sportu handicapovaných. Pro tato veškerá specifika by příprava koně pro terapeutické účely měla představovat samostatný obor jezdectví.

Příprava koně by měla být vždy prováděna s ohledem na psychiku koně. Necitlivý přístup by mohl koně zcela zkazit.

Přípravu koně lze rozdělit na:

- základní výcvik
- práce v terénu
- nácvik potřebných dovedností

Základní výcvik

Kůň musí zvládat základní dovednosti. Nejdříve se musí naučit snášet lidi ve své bezprostřední blízkosti. Nesmí mu vadit jejich dotyky, čištění, manipulace s ním samotným.

Dále musí snášet sedlo, uzdění a naučit se reagovat na základní pokyny. Docílit by se mělo základní přiježděnosti, dobré mechaniky pohybu a zapojení správného svalstva koně.

Práce v terénu

Práce nesmí být příliš náročná. Účelem je odreagování a uvolnění. Velkým plus práce v terénu je nepřeberné množství vnějších podmětů, které na koně působí a s kterými se musí vyrovnat a naučit se na ně reagovat. Tím se snižuje lekavost koně a učí vhodné vzorce chování při zátěžových situacích.

Nácvik potřebných dovedností

Koně jsou učeni speciálním dovednostem, které jsou k účelům terapie nezbytné. Mezi ně patří umět přistoupit k rampě a klidně u ní stát i při zdlouhavém nasedání klienta, snášet náhlé neadekvátní pohyby na svém hřbetě nebo nepřiměřené podměty z okolí (pláč, křik, štěkání, vrzání vozíků) a mnoho dalších koni nepřirozených podmětů. Důležité je, aby se na koně mohl terapeut spolehnout. Toto všechno jsou velmi vysoké nároky a proto je třeba, aby byl kůň stimulován i nějak, jinak jako například terapií prací pod zkušeným jezdce, který určí koni přesná pravidla, napraví zlozvyky navyklé při jízdě handicapovaných jezdců (Kolektiv autorů. 2007).

Požadavky kladení na koně zařazeného do terapie:

- dobrý zdravotní stav po fyzické i psychické stránce
- bezchybná mechanika pohybu
- musí mít pevné a pružné zádové svalstvo
- musí disponovat vhodným temperamentem a charakterovými vlastnostmi
- nesmí se lekat náhlých změn rovnováhy na svém hřbetě

- na hřbetě musí snést dva jezdce
- nesmí se lekat náhlých zvukových a optických podmětů
- musí dobře zvládat přítomnost mnoha věcí, lidí i jiných zvířat
- musí být zvyklý na používání pomůcek (velký míč, madla, barevné stuhy, kruhy…)
- musí snášet dotyky po celém těle (člověkem i předměty)
- musí být dobře ovladatelný
- musí být trpělivý (např. při nasedání stát klidně u rampy třeba i několik minut) (Jirsíková, Casková, Dvořáková, 2010).

Vzhledem ke složitosti tohoto úkolu se přímo problematikou výcviku koní pro terapeutické účely zabývá Centrum přípravy koní pro hiporehabilitaci (CPK – CHRPA), Rokytno 73, 533 04 Sezemice (http://www.cpkchrpa.cz).

6. LÉČEBNÉ PEDAGOGICKO – PSYCHOLOGICKÉ JEŽDĚNÍ (LPPJ)

Léčebně pedagogicko-psychologické ježdění je metoda psychoterapeutická a pedagogická, při které se působí na psychologickou, emocionální, vědomostní, psychiatrickou, sociální a jiné stránky klientovy osobnosti. Hlavním terapeutickým prvkem je kůň. Terapie využívá prostředí okolo koně a vzájemné interakce s ním.

„Cílem terapie je ovlivnit psychiku klienta za účelem vybudovat motivaci, snížit nebo zcela odstranit strach, agresi či rezignaci, spolu s výukou správného sebehodnocení a sebevědomí. Cílem je vždy vzájemná interakce klienta s koněm a jeho prostředím, zahrnující personál a další klienty“ (LANTELME, V., SMÍŠKOVÁ. Š. *Rozdělení hiporehabilitace.* Equichannel.cz. 11. 03. 2009, aktualizováno 11.06.2009 [cit. 4. března 2012]. Dostupné z WWW: http://www.equichannel.cz/lecba-konmi-4-rozdeleni-hiporehabilitace).

Jinak řečeno, cílem je podpořit prostřednictvím cvičení s koněm sebedůvěru, samostatnost, odvahu, obratnost a zdatnost, rozvoj komunikace, sociálních kontaktů, tlumení agresivity, výchovu k zodpovědnosti a kázni.

Náplň jednotlivých hodin je rozmanitá, může probíhat individuální nebo skupinovou formou, klient může být zapojen do provozu stáje, může se starost o koně, nebo se učit základům jezdectví a voltiže. Hodina je vždy přizpůsobená potřebám klienta a cíli jeho terapie.

Klientovu zařazení do terapeutického programu vždy předchází odborné lékařské vyšetření a následné písemné doporučení lékaře, psychologa nebo psychiatra (LANTELME, V., SMÍŠKOVÁ. Š. *Rozdělení hiporehabilitace.* Equichannel.cz. 11. 03. 2009, aktualizováno 11.06.2009 [cit. 4. března 2012]. Dostupné z WWW: http://www.equichannel.cz/lecba-konmi-4-rozdeleni-hiporehabilitace).

U dětí se terapie využívá také k výuce školních znalostí - mozek snadněji pracuje a uloží si do paměti vědomosti a zážitky, pokud jsou emocionálně podbarveny. Děti se na koně velmi těší a mnohem ochotněji poté spolupracují. Dalšími klienty LPPJ jsou lidé, kteří absolvovali hipoterapii řadu let a jejich motorický vývoj je ukončen nebo se již nedá hipoterapií ovlivnit. Podle svých schopností se učí o koně starat a aktivně ho ovládat s cílem zlepšení jejich fyzické kondice a sebevědomí (Fletcher, 2009).

6.1. Nová terminologie

Termín léčebné pedagogické a psychologické ježdění (LPPJ) je od roku 2009 z odborné hiporehabilitační terminologie vyřazen a nahrazen pojmenováním novým. Důvodem pro tuto změnu bylo vytvoření nových stanov a hledání co nejpřesnějších výrazů pro nový dorozumívací slovník České hiporehabilitační společnosti. Původní pojmenování (LPPJ) mělo současně vystihnout využití koně v oblasti pedagogiky, psychologie, psychiatrie, ale taktéž sociálně aktivizační působení koně na člověka. Za cíl si Česká hiporehabilitační společnost dala vytvořit takový slovník, aby byl srozumitelný nejen odborníkům věnujícím se hiporehabilitaci, ale také laikům a širší veřejnosti. Pro větší přesnost se název pedagogicko – psychologické ježdění rozčlenil na dvě disciplíny:

1, Aktivity s využitím koní (AVK): pro oblast pedagogickou, sociální

2, Terapie s využitím koní s pomocí psychologických prostředků (TVKPP): pro oblast psychoterapie

Kůň je do těchto aktivit (AVK) a terapií (TVKPP) zařazen jako prostředník k:

- vytvoření chybějících citových vazeb,
- dosažení pozitivních změn v chování,
- korekci postojů klienta k okolí,
- odstranění nebo zmírnění některých duševních poruch

- odstranění smyslových deficitů

Oblasti působení AVK a TVKPP

Klienti jsou učeni sebepoznání, objektivnímu hodnocení svých dovedností , motivaci k práci, spolupráci a komunikaci s okolím. Hlavním motivačním prvkem je samozřejmě kůň. Patrné je to především u dětí. Klienty učíme spolupracovat v péči o koně, při plnění úkolů, práci s koněm (dopomoc při nasedání, vysedání, záchrana) (Jirsíková, Casková, 2010).

V průběhu cvičebních jednotek působíme na stránky lidské osobnosti:

Komunikace – jedná se o komunikaci mezi klientem a terapeutem, klientem a koněm, klientem a ostatními účastníky terapie, současně klientem, koněm a terapeutem.

Vztah – prostřednictvím kontaktu a komunikace mezi klientem a koněm se často vytváří vztah klienta ke koni a prostřednictvím tohoto vztahu se může vytvořit, pro klienty mnohem složitější, vztah mezi klientem a terapeutem. Vytvoření tohoto vztahu vede k hlubší psychoterapeutické spolupráci.

Pozornost – kontakt s koněm vyžaduje nepřetržité udržování pozornosti. Klient se na práci musí soustředit. Kůň reaguje okamžitě a jednoznačně. Klient musí reagovat také tak a často zapomene na svůj problém (úzkost, stereotypnost, koktavost) a věnuje se práci s koněm.

Motivace – kůň je dostatečně velkým motivačním prvkem pro spolupráci klienta s terapeutem a skupinou. (Kůň, velké krásné impozantní zvíře, které je symbolem samo o sobě.)

Emotivita – u depresivně laděných klientů dochází po práci s koněm k oživení emotivity. Kůň je emočně neutrální, nezaujatý a umožňuje tak člověku získat emočně korektivní zkušenost. Důležitým prvkem při práci s koněm je u klientů strach a jeho překonání. To zvyšuje hodnocení klienta.

Chování – u klientů převažuje buď submisivní nebo dominantní chování. Při terapiích se používají techniky, které toto jedno chování buď vyžadují, nebo potlačují. Svým stabilním chováním kůň usměrňuje nepřiměřené jednání ze strany klienta (Jirsíková, Casková, 2010).

Ve většině případů metodiky AVK a TVKPP stojí terapie v pozadí a korekci provádí samotný kůň. Terapie slouží pouze jako prostředek k navázání kontaktu mezi terapeutem a klientem. K tomuto kontaktu dochází prostřednictvím koně. Terapeut i ostatní členové týmu by měli získat důvěru klienta v průběhu terapií (Jirsíková, Casková, 2010).

Techniky AVK a TVKPP

Práce s koněm ze země

Práce s koněm ze sedla

Aktivní ježdění nebo cvičení voltiže

Využití her

Práce ve stáji

Je důležité, aby klient ovládal nejen samotnou jízdu na koni, ale i péči o koně a byl seznámen s pravidly péče o koně a řádem panujícím ve stáji. Samotnou péčí si klient vytváří s koněm užší vztah. Vidí, že tak jako on, i kůň má nějaké potřeby, zlozvyky, nálady, vztahy. Klient si potom koně více váží, bere ho jako kamaráda, živou bytost, která mu dovolí s ním trávit čas, hrát si, dokonce mu dovolí, aby si na ní vylezl a sveze ho. To se člověku u jiných živočichů nepoštěstí. Péče o koně a práce ve stáji je velmi výhodná z pohledu vytváření nových vztahů mezi klienty, personálem, ostatními nájemníky stáje. Nejdříve, než je klientům umožněn vstup do stáje, musí být seznámeni s řádem a veškerými bezpečnostními podmínkami pohybu tam. Dále jsou klienti seznámeni s pomůckami a technikou potřebnou k péči o koně. Veškerý pohyb klientů ve stáji a jejich manipulace s koňmi probíhá pod dohledem zkušeného terapeuta, případně plnoletého asistenta terapeuta.

Práce s koněm ze země

Práce s koněm ze země je používána když je třeba, aby klient navázal s koněm kontakt. Klient není nucen k jízdě, je spíše požadováno, aby koně pohladil, přiblížil se k němu, dal mu nějaký pamlsek. Dal koni podmět (zvedl ruce, vyhodil míč). Cílem této aktivity je, aby se klient přestal koně bát, zjistil, že reaguje klidně a bez předsudků. Jako další činnost práce ze země je zařazeno vedení koně. Bud při nějaké hře, aktivitě, nebo jako vodič při jízdě dalšího klienta. Velmi oblíbenou činností jsou hry s koňmi, př. Parelliho 7her.

Práce ze sedla

Klient sedí v sedla nebo jako při hipoterapii na podložce a k dispozici má madla. Veškeré aktivity se provádí v kroku koně. Nejdříve je možné klienta pouze povozit. Nechce se po něm žádná aktivita, účelem je, aby si zvykl na pohyb koňského hřbetu. Dále lze vyžadovat jednoduché úkoly. Důraz je kladen na správné držení těla a korektní sed. Pokud klient toto vše zvládá, přechází se ke složitějším úkolům jako je jízda se zavřenýma očima, leh na koni, hry, samostatné ovládání koně. Do těchto aktivit se mohou zařadit různá logopedická cvičení, počítání, popisování obrázků na jízdárně. (Rozvoj paměti, komunikace, školních dovedností.)

Aktivní ježdění a voltiž

Tento druh práce s koněm je již pro pokročilé klienty. Klient musí zvládnout práci s koněm ze země a pasivní jízdu. Při této aktivitě se klient učí vodit a řídit koně sám ze sedla. Postupuje se velmi obezřetně s důrazem na zajištění co nejlepší bezpečnosti pro klienta i koně. Nejdříve jezdí klient v kroku, poté v klusu a nakonec i ve cvalu. Tato aktivita je vhodní pro klienty, kteří mají problém ve spoluprácí s ostatními. Do cvičení je zapojováno více klientu naráz a ti se musí vzájemně dohodnout a pomoci si. Vytváří se tak kolektivní vztahy, důvěra, schopnost spolupracovat. Cviky na koni může jedinec provádět až pokud zvládne výborně tento cvik na trenažéru. To působí též jako prvek motivace. (Jízda na koně je odměnou za dobře vykonanou práci.). K této

aktivitě je třeba vlastnit dobře vycvičeného koně, kterému nevadí dlouhodobý pohyb na lonži (Jirsíková, Casková, 2010).

Cílové skupiny pro které jsou AVK a TVKPP přínosné:
- děti s poruchami učení a chování
- klienti s mentálním postižením
- klienti se smyslovými vadami
- duševně nemocní
- klienti s autismem
- obtížně sociálně začlenitelní klienti
- klienti se smyslovými vadami
- klienti s poruchami příjmu potravy
- klienti závislí (na návykových látkách, automatech)

(Jirsíková, Casková, 2010)

6.2. Aktivity s využitím koní (AVK)

Tyto aktivity jsou disciplínou Hiporehabilitace, původně známé pod názvem Léčebně pedagogicko-psychologické ježdění (LPPJ). Záměrně se užívá výrazu aktivita, vzhledem k tomu, že tato disciplína působí na oblast pedagogickou a sociální nikoli zdravotní. Na zdravotní stránku jedince se zaměřuje hipoterapie a terapie s využitím koní pomocí psychologických prostředků (TVKPP). Tato disciplína slouží jako kompenzační prostředek v oblasti pedagogické a sociální. Je to jedna z metod speciální pedagogiky a sociální práce. Při této terapii je využíváno přirozeného prostředí stáje (kontakt s personálem a ostatními klienty stáje), kontaktu a vzájemné interakce s koněm. Tyto podměty slouží jako prostředek aktivizace, motivace, vzdělávání dětí i dospělých se specifickými potřebami.

Cílová skupina klientů:
- klienti s diagnózou autismus

- děti s poruchami učení a chování
- klienti s mentálním postižením
- klienti se smyslovými vadami
- děti s vadami řeči
- jedinci kteří se obtížně sociálně začleňují
- klienti trpící poruchami příjmu potravy

Cíl AVK:

Cílem aktivit s využitím koně je naučit klienty hodnot své schopností a dovedností a především poznat sama sebe. Při skupinové lekci se učí například spolupracovat při čištění a ošetřování koní, při nasedání na koně nebo při provádění různých úkolů. Kontakt s koněm vyvolává u klientů emotivní zážitek, podporuje jejich intelektovou složku a pozornost. Kůň je silným motivačním prvkem pro další činnosti, obzvlášť patrné je to při práci s dětmi. Z praxe je patrno, že na člověka má větší vliv vzájemný vztah s koněm než vlastní ježdění, a proto při těchto aktivitách je kladen větší důraz na tuto složku.

Personální zajištění AVK:

- lékař, klinický psycholog, logoped - diagnostika klienta, indikace terapie, kontrola průběhu a účinku terapie
- pedagog, speciální pedagog, sociální pracovník – provádí a řídí terapie (musí mít absolvovaný praktický výcvik v této oblasti terapie)
- cvičitel koní pro hiporehabilitaci - zodpovídá za vedení a přípravu koně (může to být jezdecký instruktor)
- pomocník - minimální věk 15 let. Pomáhá klientovi s nasedáním a sesedáním, jistí ho ze strany koně během terapie (musí to být dospělá a zodpovědná osoba, která je poučená o AVK)
- hiporehabilitační kůň - výběr je podřízen druhu zdravotního postižení klienta a cíli intervence.

Struktura jednotky AVK:

Jednotka může probíhat jako individuální nebo skupinová. O tom rozhodne instruktor podle předem stanoveného cíle. Obvyklá délka jednotky je 30-60 minut, 1-2krát týdně po dobu nejméně 3 měsíců (HUBLOVÁ, P. *Aktivity s využitím koní.* Metodický portál, Pedagogický lexikon. 20. 10. 2011 [cit. 1. března 2012]. Dostupné z WWW: http://wiki.rvp.cz/Knihovna/1.Pedagogick%c3%bd_lexikon/A/Aktivity_s_vyu%c5%beit%c3%adm_kon%c3%ad_(AVK).

6.3. Terapie s využitím koní pomocí psychologických prostředků (TVKPP)

Hovoříme zde o psychoterapeutické metodě jedinců se specifickými potřebami a duševním onemocněním. Tato disciplína hiporehabilitace se tedy zaměřuje - oproti AVK - na zdravotní stránku klientů. Metoda k terapii využívá širokou nabídku možností. Prostředí jezdecké stáje, kontakt s koněm, jejich vzájemná interakce. Terapie může být skupinová i individuální. Významnou složkou terapie je vztah terapeuta, klienta a koně (MAŠKOVÁ, A. *Psychoterapie pomocí koní.* Česká hiporehabilitační společnost [cit. 6. března 2012]. Dostupné z WWW: http://hiporehabilitace-cr.cz/index.php/sekce/1/71-terapie-s-vyuitim-koni-pomoci-psychologickych-prostedk).

Cílová skupina klientů:

Indikace není limitována žádnou psychiatrickou diagnózou ani věkem.

Psychiatrické diagnózy zahrnují klienty s :

- organické duševní poruchy včetně demencí
- duševní poruchy vyvolané účinkem psychoaktivních látek (závislost na alkoholu, drogách)
- psychotické poruchy (schizofrenie a jiné)
- neurotické poruchy
- poruchy osobnosti

- poruchy příjmu potravy
- sexuální dysfunkce
- mentální retardace
- poruchy psychického vývoje, chování a emocí u dětí.

Cíle TVKPP

Za cílem TVKPP je navodit u klientů prostřednictvím kontaktu s koněm pozitivní změny v chování, odstranit nebo zmírnit projevy postižení, rozvíjet sociální stránku, psychomotorické schopnosti a koncentraci.

Personální zajištění terapie

Terapie zabezpečuje odborně proškolený personál v čele s:

- lékař, klinický psycholog, psychoterapeutem, psychiatrem – odborná garance metodiky a terapeutických přístupů
- cvičitelem koní pro hiporehabilitaci – držitel ZZJV nebo licence ČJF
- pomocníkem TVKPP- minimální věk 15 let, podílí se na přípravě koně a terapeutické jednotce dle pokynů terapeuta (lékaře)
- hiporehabilitační kůň

Možné aktivity při terapii:

- návštěva stáje (prohlídka prostor), seznámení se základními pravidly chování u koní, ve stájí
- Povídání o koních, prohlížení knih, promítání DVD
- výuka zk. informací o koních a jejich ošetřování
- kontakt s koněm (hlazení, krmení)
- péče o koně (čištění, hřebelcování, sedlání)
- práce s koněm ze země (vedení a procházky s koňmi, získání důvěry)
- výuka základů jízdy na koni - zásady správného sedu atd.
- jízda na vedeném koni - v průběhu jízdy na vedeném koni jsou využívány další činnosti podle individuálních potřeb klienta (změny postavení rukou, těla, využití náčiní, říkanky, rytmické činnosti)
- jízda na lonži

- samostatná jízda na koni (základní ovládání koně ze sedla, orientace v prostoru)
- vědomostní, dovednostní, poznávací a tematické soutěže (hry, tajenky, překážkové dráhy)
- práce ve stáji a okolí

Obvyklá délka jednotky je 30 – 120 minut, 1-2x týdně, celkové trvání není omezeno (MAŠKOVÁ, A. *Psychoterapie pomocí koní.* Česká hiporehabilitační společnost [cit. 6. března 2012]. Dostupné z WWW: http://hiporehabilitace-cr.cz/index.php/sekce/1/71-terapie-s-vyuitim-koni-pomoci-psychologickych-prostedk).

6.4. AVK a TVKPP - shrnutí

Tyto aktivity působí na osobnost jedince v mnoha oblastech. Pro účely této práce bude rozvedeno působení v oblasti psychické, fyzické a sociální.

Psychická složka:
- navázání kontaktu
- emoční stránka
- edukační stránka
- korektivní emoční zkušenost
- zkoušení a nácvik nového jednání
- sebeobjevování a sebeprojevení
- relaxace

Sociální složka:
- členství ve skupině
- emoční podpora
- pomoc jiným
- získávání nových informací a sociálních dovedností
- zpětná vazba

Fyzická složka:

- hlavním působením jízdy na koni je navození nových posturálních programů, mechanismy řízení pohybu koně jedincem
- ovládání pohybu koně jedince uspokojuje, jelikož mu dovoluje ovládat zevní prostředí podle jeho představy
- zlepšení fyzické kondice
- zlepšení funkce kardiovaskulárního aparátu

Kůň reaguje vždy přímo a autenticky, nepodřizuje se sociálním normám ani očekávání. Buď jedince příjme, nebo odmítne, podle toho jak na něj působí a co mu říká jeho přirozenost. Člověk má tu vlastnost, že dokáže cítit a myslet protichůdně proti svým činům, svému jednání. Ve styku s koněm je na tento nesoulad upozorňováno. Kůň dokáže vycítit lidské pocity, rozporuplnost v jeho jednání a myšlení a upozornit na tyto nedostatky pomocí neverbální komunikací. Jedinec je tak nucen uvědomovat si tento nesoulad a může i nemusí se začít učit přímosti a jednoznačnosti ve vztahu k okolí a sobě sama. Aby člověka kůň následoval a respektoval, je třeba, aby si člověk uvědomil co chce, byl sebejistý a důsledný. Musí se stát vůdcem, autoritou, ale nejen pro koně, ale především pro sebe sama. Získá tak kontrolu nad svým jednáním, myšlením, emocemi. Dlouhodobý kontakt s koněm může jedinci napomoci v hledání jeho životní cesty (Jirsíková, Casková, 2010).

7. ASPEKT PSYCHOLOGICKÝ

Léčebné využití koní v psychoterapeutické práci představuje specifický přístup, který vyvolá změny v prožívání, jednání, v tělesných funkcích a v sociálních vztazích pacienta- klienta.

Z psychologického a léčebného hlediska je cílem navození pozitivních změn chování, zmírnění projevů některých nemocí a některých duševních poruch, smyslových a somatických defektů, vytvoření chybějících citových vazeb, korekce postojů k okolí a schopnost přiměřené sociální adaptace.

Specifickým rysem terapeutického vztahu z psychologického hlediska je tak zvaná „empirická spolupráce“. Klient se musí přizpůsobit „ ko terapeutovi = koni “ , jde o akceptaci- přijetí , při kterém je nutné překonat prvotní strach, ostych - situaci vyvolávající úzkost.

Překonání vlastně probíhá cestou „operantního podmiňování “. To znamená, že se strukturuje situace (seznámení s koněm) tak, aby po překonání úzkosti následovala odměna. Odměnou je nabízená spolupráce s koněm. Opakováním této situace dochází k pozitivnímu zpevňování a postupnému mizení úzkosti..

Z psychologického hlediska- jak postupovat při seznamování, by měl být úkol (seznámení) přísně vždy individualizován. Je nutné zvážit všechny možnosti klienta - biologické parametry, chronologický i maturační věk, energetický potenciál klienta, temperamentové vlastnosti, jeho diagnozu a stupeň tíže poruchy . Úkol by měl být- zvláště zpočátku- vždy pro klienta splnitelný. Vyřešení úkolu přináší úlevu a výrazně snižuje úzkost.

Největší vliv na pozitivní změny, na úspěšné zvládání hipoterapie má vzájemný vztah pacienta s koněm. Při utváření vztahu jde o důvěru, pocit bezpečí. Je to pocit tak zvané „zkladní důvěry“, která se pak generalizuje. To znamená, že klientovi umožňuje emoční korektivní zkušenost- porozumění

sobě a své situaci. Klient začíná vnímat i jiné sociální situace jako méně ohrožující a začíná se bezpečněji pohybovat v okolním sociálním světě.

Zároveň s utužováním vztahu se vyvíjí a udržuje vzorec nového chování . Chování, které vede ke změně nejen k sobě samému, ale ke změně v sociálních interakcích k okolí. To znamená, že klient se „ skrze koně“ učí „restrukturalizovat svá dysfunkční kognitivní schemata (Praško)“. Jinak řečeno začíná být relativně odolný vůči každodenním drobným stresům, dochází k většímu přijetí sama sebe, ke zlepšení vlastního sebehodnocení a to vede k více bezproblémové komunikaci.

Dochází ke změně v akční oblasti pacienta. Speciálně- když se jedná o dítě , které se na všechny dívá „ ze zdola“, nyní, díky koni, kterému důvěřuje, poznává svět z jiné perspektivy. Dívá se na okolní svět a i na lidi „ ze shora“- vzniká katartický (očistný) emoční zážitek pomáhající budovat reálné, přiměřené sebehodnocení a sebeocenění (Malá, 2005).

Katarze je strachem se třást, trnout ze ztráty vnitřních jistot. Dříve byl pojem spojen s duševní a morální očistou, dnes navíc s možností svobodného rozhodnutí .

Zároveň nelze „já sám“, ale vždy v součinnosti s koněm. Klient se učí kooperaci a toleranci, poslušnosti a zároveň akceptaci.

Učí se přijímat odsunutou odměnu, proti dřívější preferenci okamžité odměny, ale za nevýhodných podmínek. To znamená, že dochází ke zlepšení kognitivních funkcí – jako je – plánování, sebeovládání a vůle.

Kognitivní funkce jsou funkční systémy mozku, které zahrnují pozornost, krátkodobou paměť, exekutivní funkce, zrakově prostorové úkony a i motorickou koordinaci. Exekutivní funkce jsou funkce výkonné a umožňují vytváření a realizaci plánů. Úroveň kognitivních funkcí je dána sociálními a pracovními schopnostmi jedince.

Při dobré funkci kognitivních procesů je jedinec pozorný, soustředí se, to znamená, že jde o proces, který vyžaduje určitou námahu a úsilí, vyžaduje motivaci.

Další složkou kognitivních funkcí je paměť pro naučené dovednosti a postupy činností (např jízda na kole, hra na klavír a z našeho pohledu jízda na koni).

Poslední složkou kognitivních funkcí je zrakově-prostorová paměť. Ověřuje se pravo-levou orientací a souvisí s motorickou obratností a s funkcí mozečku.

Schopnost řešit mezilidské problémy a sociálně se adaptovat je spojena s dobrými kognitivními funkcemi, s dobrou slovní výbavou, s pamětí a dobrou schopností komunikovat. Zlepšení adaptivních kognitivních funkcí je v oblasti sociální charakterizováno: zvýšenou sebekontrolou, zlepšenou komunikací, snížením impulzivity.

Impulzivita je dána poruchou a sebeinstrukcí a jejich internalizace (zvnitřnění) se projevuje ve sféře:

- motorické - hyperaktivitou

- emoční - náladové zvraty, zlostné výbuchy

- kognitivní - nepozorností, zbrklostí a nerozhodností

- sociální - sociální desinhibicí.

Největším problémem je pervazivní impulzivita, která je charakterizována: ztrátou vnitřní kontroly, behaviorální a sociální desinhibicí - ztrátou všech zábran. U těchto jedinců je snížena schopnost analyzovat své chování, vytvářet nové formy chování, řešit úkoly, poučit se z chyb. Jde o nedostatečné potlačení a zpracování impulzů (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá, 2000).

Projevy tvoří 3 symptomová seskupení

1. okamžité rozhodování, nepřiměřená rychlost (v některých oblastech) nepřiměřená pomalost (v kognitivní oblasti) , nedostatečná vytrvalost nedostatečné úsilí nebo výdrž (v čekání na oddálenou odměnu)

2. rychlým pocitem nudy, stálým hledání nového, hledáním senzací, rizikovým chováním (úrazovost) a snahou žití okamžikem (bez budoucnosti)

3. nedostatečnou vlastní kontrolou, dráždivostí, netrpělivostí, nestálostí neschopností vnímat a zpracovávat změny, nezralostí reakcí (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá, 2000).

U jedinců s rizikovými vlastnostmi tj. s impulzivitou (viz výše), dochází po hipoterapii k změnám.emotivity, snížení afektivně nepřiměřených reakcí a zlepšení motivace. To vše vede k lepšímu přijetí ostatními, k dobrému společenskému začlenění, k rozrušení vnitřních i vnějších nevhodných stereotypů způsobujících sociální patologii. Dochází k rozvoji zodpovědnosti, učení se trpělivosti a uvědomování si užitečnosti dodržování pravidel. V neposlední řadě hipoterapie vede k rozvoji schopnosti překonávat překážky a k dosahování vytčených cílů. Klient díky hipoterapii získává naději, větší schopnost empatie, rozvíjí se sociální dovednosti, schopnost hledání nových alternativ.

Potupně se vyvíjející láska a důvěra k živému tvoru překonává úskalí dnešního odcizeného, globalizovaného a ve virtuálním světě žijícího jedince, který ztratil spojení s přírodou, se vším živým, tudíž i s lidmi.

Zároveň kůň zprostředkuje klientovi zážitkové hodnoty –poznání vztahu a významných zkušeností, ve kterých jedinec přesahuje sama sebe, stává se-díky koni- součástí širšího celku, spojení přírodou a s lidmi, které ztratil.

Učí se skrze vztah ke koni objevovat svobodu a zároveň zodpovědnost před svým svědomím. Proti sobeckému zaměření na vlastní uspokojení, se učí zaměřovat na hodnoty přesahující jedince. To znamená přeformulovat otázku

„co očekávám od druhých? “ na otázku nejprve „co kůň očekává ode mne?“ a pak generalizací „co druzí očekávají ode mne?“

Obecně nejčastější indikace hipoterapie jsou u dospělých pacientů jsou klienti s mentální retardaci, s poruchami psychiatrickými, organickými neurologickými, ortopedickými /vadným držením těla.

Obecně nejčastější indikace hipoterapie u dětských pacientů jsou klienti s

hyperkinetickými poruchami (ADHD), specifickými poruchami učení, pervazivními poruchami (autismus, atypický autismus, Aspergerův sy), mentálni retardací, poruchami přijmu potravy, poruchami chování, žijící v institucionální péči (deprivovaní jedinci), se smyslovými vadami. Rizikoví jsou klienti sociálně obtížně začlenitelní, se závislostmi na návykových látkách nebo hracích automatech (Malá, 2002).

7.1. Role psychiky při činnosti pohybové soustavy

Při zvýšeném psychickém napětí se automaticky zvyšuje svalový tonus, který představuje výchozí napětí pro svalový stah a svalovou činnost. Vyšší svalové napětí vede k rychlejší únavnosti z čehož někdy plyne i vznik bolesti. Každý pohyb nebo zaujetí statické polohy spotřebuje jiné množství energie. Jistě je rozdíl v tom, zda je pohyb veden s vyváženou psychikou či v psychické tensi. Koordinace, účinnost a cíl pohybu jsou psychickým napětím ovlivněny. Stres přispívá ke svalové nerovnováze která se projevuje v celém rozsahu pohybové soustavy. Tyto problémy v rámci pohybové soustavy mohou znamenat nutnost větší volní aktivity, tedy větší psychickou zátěž (Rašev, 1992).

Psychika tedy zvyšuje svalové napětí neboli tonus, rychleji nastupuje únava vzniká neekonomický pohyb a odrazem psychiky může být například vadné držení těla, bolesti pohybového aparátu a následně opět větší psychická zátěž (Bartko, 1981).

Léčit stavy tyto musíme komplexně, nicméně psychika zde hraje důležitou roli. Stoj za únavy psychické či fyzické je charakterizován zvýšeným napětím šíjových svalů, které mohou při déle trvajících stresech být až zkráceny a hlava je v záklonu. A by se tento záklon vyrovnal, mají tyto osoby předsunuté držení hlavy, zvětšenou hrudní kyfosu neboli kulatá záda a předsunuté břicho na vyvážení celého stoje v gravitačním poli země. Napětí šíjového svalstva odráží napětí psychické a tato skutečnost je využívána např. v detektoru lži. Šíjové svalstvo není jen důležité pro hybnost, ale hlavně pro udržení rovnováhy a svalové souhry, stejně jako ploska nohy a oblast křížokyčelního skloubení. V těchto oblastech se nachází receptory signalizující k mozku nejvýhodnější postavení pro správné a efektivní pohybové stereotypy. Jejich porucha souvisí s přetěžováním některých svalových skupin a následně zvýšenou psychickou tensí (Obrda, Karpíšek, 1971).

8. ASPEKT PEDAGOGICKÝ

Přínos LPPJ – působení terapie na klienta z pohledu pedagoga

Indikace pro zařazení klienta do terapie pomocí koně je vždy výsledkem spoluprací několika subjektů. Školy – tedy pedagoga, rodiny a pedagogicko – psychologické poradny, (psychologa, psychiatra, příp. dětského či rehabilitačního lékaře). Při smysluplné terapii dochází k dialogu všech – rodičů, kteří sami „cítí," co je třeba u dítěte „vylepšit," (jinými slovy – vnímají jeho potřeby nejintenzivněji), odborného lékaře, jenž dokáže problém odborně pojmenovat a navrhnout řešení, a to ve spolupráci s pedagogem, který se klientem setkává každodenně ve školním prostředí.

Ideálním stavem je, když má subjekt (občanské sdružení, v.o.s. atp.) dostatečné finanční krytí i terapeutické zázemí pro terapie s různými diagnosami klientů. Finanční nároky jsou dány počtem koní, jejich potřebami na ustájení, kovářskou a veterinární péčí. Potřeby terapeutické znamenají zajištění dostatečného a hlavně kvalifikovaného počtu osob v podobě vodičů koní, a terapeutů. Pro klienty s různými diagnosami jsou potřební různí „koňští terapeuti." Pro klienty hyperaktivní, s ADHD, s nutností zrcadlit své chování, jsou ideálně využíváni koně s temperamentem – tedy spíše A 1/1, A ½, arabští koně (stejně tak pro klienty s poruchou hybnosti). Pro autistické klienty je nutné využívat koně, kteří se „neptají, proč,?" tedy spíš koně flegmatické, klidné (huculský kůň, norik).

V praxi se nejčastěji setkáváme s diagnosami ADHD, různými stupni DMO, poruchami plynulosti řeči, dále poruchami chování, neurosami, psychosami, návyky a závislostmi, psychopatií, mentální anorexií, disharmonickým vývojem klienta, autismem, aj.

Ideálním stavem při pedagogicko psychologické terapii je konkrétní pojmenování výchozího stavu klienta. Následuje – (ve spolupráci s výše uvedenými subjekty) návrh terapie, její délky (tj.počtu terapeutických

jednotek) a očekávaného přínosu terapie (např. zlepšení prostorové orientace, PLO, akceptace cizího prostředí, zklidnění a pohybového zpřesnění klienta, koordinace pohybů, plynulosti řeči a mnoha dalších). Na konci této terapie by vždy mělo být srovnání počáteční a konečné úrovně klienta – tedy zcela přesné pojmenování toho, čeho se podařilo v terapii dosáhnout, ale i toho, co se nedařilo a navrhnutí dalších postupů. Jak jsem zmínila, vše by mělo jít opět ve spolupráci všech výše uvedených subjektů.

9. NEJČASTĚJŠÍ DIAGNÓZY

9.1. Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy (F40 – F49)

Novodobá klasifikace MKN-10 téměř neužívá pojem neuróza a psychóza, „larvovaná deprese“, neurasthenie“.atd. Neurotické poruchy jsou funkčními multifaktoriálními poruchami adaptace. Pro vznik je důležitý genetický základ osobnosti, temperamentové charakteristiky, charakterové vlastnosti a opakované stresy (Rahn, Mahnkopf, 2000).

Jedná se o jednu z nejčastějších poruch. Je to dlouhodobé porušení funkce vyšší nervové činnosti psychogenního původu, které je však léčitelné. (Hrazdira, 1980).

Při léčbě je nejdůležitější psychoterapie, neobejdeme se však bez farmakoterapie, úpravy životosprávy a rehabilitace. Rehabilitační léčba pomůže k úpravě stereotypu a spojujeme jí s působením na druhou signální soustavu (Bartko, 1981).

Přístup **behaviorálně kognitivní** považuje neadaptivní chování za nevhodně naučený způsob zvládání stresu. Vychází z toho, že lidské myšlení mění emoce, a tím i chování.

Pacienti vyhledávali zdravotnickou pomoc pozdě a v malém procentu. U somatických poruch trpí velké procento pacientů neurotickými poruchami. Výše uvedené postupy byly vyvinuty později a jsou velmi účinné. Zlepšení farmakologické léčby je významné (Rahn, Mahnkopf, 2000).

Při sumarizaci faktorů vedoucích k úzkosti mluvíme o genetice, psychologických momentech, zátěžových faktorech atd.. Jde vždy o multifaktoriální etiologii.

Podle mezinárodní klasifikace jsou **neurotické poruchy** rozděleny z hlediska převažujících klinických projevů:

Fobické úzkostné poruchy (F40) – v popředí jsou různé formy strachu, např. strach z ostrých předmětů, z vody, z létání, z uzavřených prostorů atd., z hmyzu, z hadů, z nemoci, z krve, atd. Jedná se o ***specifické fobie***. Strach z otevřených prostranství - ale i velkých uzavřených prostorů, jako jsou letadlo, metro, obchodní domy, atd. – strach z opuštění domova, z cestování – ***agorafobie.*** Je to 2x častěji u žen, tak jako specifické fobie, generalizovaná úzkostná porucha a panická porucha. Pouze u sociální fobie je výskyt u mužů a žen stejný. Agorafobie bývá spojena s panickou poruchou, se sekundárními depresivními stavy a četnými somatickými stesky. Speciálně je vydělována ***sociální fobie*** – přehnaný strach ze ztrapnění se v kontaktech s lidmi a ve společenských situacích (dotyčný zčervená, potí se, má stažené hrdlo, třes rukou, chvění hlasu a různé vegetativní symptomy) atd.. Strach stát ve frontě, pronášet projev, jakékoli vystupování na veřejnosti atd. (Malá, Pavlovský, 2010).

Jiné úzkostné poruchy (F41) – typická je ***panická porucha*** – periodicky se opakující masivní úzkost. Pokud se úzkost stane nekontrolovatelnou, psychické a tělesné projevy vyústí v panický stav, vznikající náhle, bez objektivního nebezpečí. Panika má náhlý začátek s několikaminutovým trváním. Stav je provázen nesnesitelným strachem, že člověk ztratí nad sebou kontrolu, že zešílí, že zemře. Prožitá ataka vede k určité fixaci a opakování. Jinou diagnostickou jednotkou je ***generalizovaná úzkostná porucha***, zahrnující trvalé, nadměrné obavy, úzkosti a zlé předtuchy obecného charakteru z každodenních životních událostí. Pacienti žijí v neustálém úzkostném napětí a očekávání (Malá, Pavlovský, 2010).

Obsedantně kompulsivní porucha (F42) se vyznačuje neodbytnými opaujícími se vtírajícími myšlenkami, představami (obsesemi) nebo akty (kompulzemi). Obsese zahrnují strachy ze špíny, nákazy, z poškození, ze ztráty, z toho, že nebylo něco uděláno, nebo že to nebylo uděláno žádaným způsobem, strachem z toho že jedinec něco udělá atd.

Časté jsou celé kompulzivní rituály (např. 3x přešlápnout, 10x vyfouknout špatnou myšlenku, několikrát si umýt ruce atd.), které dle víry pacienta mají zabránit budoucí „katastrofě“, nebo nebezpečí, které hrozí jemu, jeho blízkým nebo zabraňující zlu,které on by mohl způsobit. Jde o chronické onemocnění, postihující jak osobní, tak profesionální život pacienta. Zdržuje ho ve denní činnosti i když si si uvědomuje nesmyslnost svého nutkavého chování a myšlení, snaží se mu odporovat. (Rahn, Mahnkopf, 2000).

Terapie: U všech těchto poruch je nejvhodnější ***psychoterapie,*** která - dle tíže různých symptomů a přidružených poruch – je doplněna farmakoterapií. Analytická a dynamicky orientovaná psychoterapie, nyní kognitivně behaviorální terapie (KBT). Mimo KBT je v mnohých případech přínosná hypnóza. Nácvik sociálních dovedností a medikamentosně antidepresiva typu SSRI (Raboch, Zvolský, 2001).

Dissociativní (konverzní) poruchy (F44) - Do této skupiny patří všechny dříve zvané *hysterické poruchy*. Pojem hysterie obdržel negativní nádech a proto výše uvedené názvy nyní. Hysterie má velmi různorodou formu projevu, jsou zde příznaky z řady oborů – interní , neurologické atd. Ovlivňuje vnímání, chování a projevy mají často nádech falešnosti.

Konverze je převedení intrapsychického konfliktu do chování, do různých somatických příznaků (např. ochrnutí, necitlivost určitých úseků kůže, poruchy vidění atd.) a jde vlastně o obranné reakce v situacích, které jedinec není schopen zvládnout (Péča, Probstová, 2009).

Dle mezinárodní klasifikace nemocí je sem řazena **dissociativní amnézie** (náhlá ztráta paměti na minuty až měsíce), **dissociativní fuga** (náhlé útěky s přijetím nové identity). Fuga je často reakcí na nepřiměřený psychosociální stres. Dissociace znamená odštěpení určitých etáží prožitku z vědomí. Při tranzu se vyskytuje kvalitativní porucha vědomí s celkovou vzrušeností. Začátek a ukončení bývá náhlé (Rahn, Mahnkopf, 2000).

Terapie: formy psychoterapie a hypnóza. Psychofarmaka podáváme krátkodobě dle symptomatiky.

Somatoformní poruchy (F45) - vnímání tělesných pochodů ovlivňuje psychické rozpoložení a naopak. Významné spojení mezi tělem a sociálními faktory je zřejmé u somatoformních poruch. Jde o duševní poruchy, kde tělesné symptomy připomínají somatické onemocnění, které je pro pacienta i okolí přijatelnější, než (dle nich) stigmatizující psychiatrická porucha. Je zde negativní nález laboratorní, rtg, a další. Patří sem řada poruch :hypochondrická porucha, somatizační porucha a různé somatoformní vegetativní dysfunkce. U *hypochondrické poruchy* je pacient zaměřen na domnělé, vážné somatické onemocnění a stále vyžaduje četná vyšetření k potvrzení diagnosy. Bojí se o své zdraví nepřiměřeně. Dominuje výrazně odmítavé chování. Pacient trpící *somatizační poruchou* vyžaduje léčbu, která by odstranila obtíže, užívá nadměrné množství léků na velké množství proměnlivých tělesných symptomů. Léčba je obtížná. U *somatoformní vegetativní dysfunkce* dochází k vegetativní aktivaci. Subjektivní příznaky se vztahují k určitému systému (kardiovaskulární, urogenitální atd.) a tím určují, o jaký typ poruchy jde. Pacienta nelze uklidnit (Malá, Pavlovský, 2010).

Jiné neurotické poruchy (F48)

Neurastenie – jsou charakterizovány pocitem únavy, podrážděnosti, poruchami paměti, přecitlivělostí, vegetativními poruchami, pocením poruchami spánku. Jsou-li v popředí poruchy funkce některého orgánu mluvíme o tzv. *orgánové neurose* – srdce, žaludku. Časté jsou bolesti hlavy, zaujatost hlavy (Malá, 2002).

Depersonalizační a derealizační syndrom – jde o zvláštní změnu ve vnímání a prožívání sebe samého, vlastních prožitků i vlastního těla (depersonalizace - odosobnění)–nemá vlastní myšlenky, jeho pohyby jako by nebyly jeho, tělo je jako vzdálené, tělo je jako bez života, atd.), nebo okolí (derealizace – prostředí je umělé, nereálné, bezbarvé, neskutečné, jako za sklem, atp.). Přes to je u

pacienta zachován náhled protože ví že jde o subjektivní prožívání (Raboch, Zvolský, 2001).

9.2. Psychosomatické poruchy (Somatoformní poruchy) (F 45)

Epidemiologie

Psychosomatické poruchy tvoří 8 až 10% z vyšetření ambulantního pediatra. Při akutních výjezdech dětské lékařské pohotovosti dosahují až 40 % a poměr chlapců k dívkám je přibližně 1:1.

Psychosomatické poruchy

Nejčastější jsou stížnosti na bolesti hlavy u dívek, u chlapců na bolesti břicha. Abdominální bolesti mohou být jak prodromálním symptomem jakéhokoliv somatického onemocnění (angina, virové infekce, atd.), tak reakcí na stres, depresivním a úzkostným symptomem, kde psychologické příčiny jsou dosti zřejmé. Malé dítě ”mluví více tělem” a jsou dle Kannera ”orgánem rodinné psychopatologie” (Malá, 2002).

U dětí a adolescentů se často vyskytují tyto psychosomatické obtíže: kolapsové stavy, psychogenní kašel, subfebrilní až febrilní stavy, psychogenní zvracení, bolesti břicha, bolesti hlavy a migrény (Malá, Foltýnová, Stará, 1977).

Bolesti břicha a zažívací potíže

Bolesti břicha mohou vznikat náhle spíše u menších dětí než adolescentů.

Psychogenní zvracení je nejčastější u dětí mladšího školního věku. U velké většiny z nich se projeví již v mateřské školce. Děti jsou zvýšeně fixované na matku, reakce na separaci odpovídá mladšímu dítěti. Psychogenní zvracení se vzácněji projeví u adolescentů, většinou u těch, kde je tendence k dissociativním reakcím (Malá, Foltýnová, Stará, 1977).

Recidivující bolesti břicha (RAP – reccurrent abdominal pain) postihují asi 10–15 % školáků. Děti zameškají minimálně 3-4 dny v měsíci pro záchvat

bolestí, které se musí vyskytnout alespoň 3 x během 3 měsíců. Základní diagnózou často bývají smíšené úzkostně depresivní poruchy.

Symptomy: bolesti břicha, nauzea, zvracení, nechutenství, únava, anxieta, depresivní ladění, sociální dysfunkce, zvýšená pasivita v nových situacích. Adolescenti s RAP mají výrazně vyšší výskyt *psychiatrické hereditární zátěže*. Jsou častěji depresivní mají rizikové chování s afektivní symptomatikou – v dospělosti somatoformní poruchy. (Malá, Foltýnová, Stará, 1977).

Bolesti hlavy

S bolestí hlavy se setkáváme již u nejmenších dětí, ale nejčastěji ve školním věku. Rodinná predispozice se odhalí zvláště tam, kde bolesti mají migrenózní charakter. Vyskytují se u 2-5% dětí. Frustrační tolerance bývá nízká. Až v 80% je zjišťována vegetativní labilita, úzkostnost a napětí.

Klasifikace bolestí

Čisté psychogenní bolesti hlavy nebývají u dětí tak časté, jako u dospělých. Bolest má charakter "svírající obruče". Trvá hodiny, různě kolísá, včetně pocitů úzkosti a závratí.

Vazomotorické bolesti jsou charakterizovány bolestivými pocity v oblasti spánků, temene a čela. Večer bývá jejich intenzita největší (Baštecký, Šavlík, Šimek, 1993).

Migréna - u prosté migrény je popisována až 60% *hereditární zátěž.* Děti si stěžují na difuzní bolesti hlavy tepavého charakteru. Četnost kolísá od několika záchvatů do týdne, až po několik do roka. Trvání bolesti je většinou omezeno na hodiny. U více než 50% dětí je bolest spojena s nauzeou a zvracením, u 30% s fotofobií. Před záchvatem jsou přítomny až v 60% poruchy vidění.

Prognóza onemocněné je dobrá, až v 80% je v dospělosti jedinec bez příznaků (Baštecký, Šavlík, Šimek, 1993).

Stanovení diagnózy

V ideálním případě *lékař první linie*, který bere anamnézu, se zaměří také na psychosociální faktory a vysvětlí rodičům jak tělesné, tak psychologické symptomy. Tento komplexní přístup je nutný pro správný diagnostický proces. Jsou-li stresory (jako školní problémy, partnerský konflikt mezi rodiči, narození sourozence, atd., pojmenovány a dány do jasné souvislosti se symptomy a je-li možné provést jednoduché změny prostředí, nabízí se pacientovi možnost aktivní účasti na jeho úzdravě. Stačí-li to, pak se jednalo o psychosomatickou reakci na zátěž. Pacienti jsou posíláni k mnohým specialistům, ke škodě klienta, neboť zbytečně dochází k fixaci a posilování symptomů (Malá, Foltýnová, Stará, 1977).

Terapie

Tak, jak je etiologie multifaktoriální, tak i terapie musí být multidimenzionální, eklektická a týmová. V psychoterapii se využívá hlavně relaxační techniky hypnóza a KBT. Zpočátku je vhodná farmakologická intervence rostlinnými sedativy, antistresovými prvky (Mg, Zn) a “vegetativními harmonizéry” (nizoučkými dávkami neuroleptik a antidepresiv). Anxiolytika a hypnotika jsou podávána vyjimečně, u dětí a adolescentů je nutné vytváření jištění podpůrné “sociální sítě” a úkolem socioterapie je nalezení východisek ze spletité frustrující situace (Williams, 1985).

9.3. Posttraumatická stresová porucha (PTSP) (F 43)

Definice: PTSP se rozvíjí po emočně těžké, stresující události, která přesahuje obvyklou lidskou zkušenost a bývá traumatická pro většinu lidí.

Trauma nebo stresová událost je kauzálním faktorem. Je to jedna z mála psychiatrických poruch, kde je známa etiologie. Speciální symptomy vytvářejí maladaptivní reakce, které vedou ke zhoršenému „sociálnímu fungování". Mimo tyto charakteristiky jsou často přítomny poruchy vegetativní, emoční, poruchy nálady a chování, které však pro stanovení diagnózy nejsou primární (Rutter).

Trauma (z řečtiny) znamená **ránu** nebo **porážku,** ale také **metamorfózu - přeměnu.** Možnost nového zpracování zraňující situace za terapeutické asistence dává právě tato proměna.

Přesahuje-li trauma schopnost jedince vyrovnat se a zpracovat mimořádnou životni zkušenost, vytváří se posttraumatická stresová porucha, čili po velkém stresu či traumatické události se u **některých** lidí objeví abnormální psychické reakce, které odpovídají PTSP.. Latence rozvoje příznaků od stresující události může trvat týdny, měsíce, vzácně půl roku a více (Rahn, Mahnkopf, 2000).

Výzkum PTSP **dle spouštěčů** se dá rozdělit do několika tematických okruhů. Jde o problematiku multidisciplinární, která přesahuje rámec medicíny a zdravotnictví v nejširším slova smyslu.

- traumata teroristických a válečných akcí, oběti dlouhodobá internace a mučení

- traumata přírodních katastrof

- traumata nehod a neštěstí (silniční nehody, železniční a letecká neštěstí)

- traumata spojená se stalkingem, u dětí se šikanou, s přepadením, zrovna tak jako přítomnost při vraždě, suicidiu, nebo zabití (Malá, Raboch, Sovák, 1995).

Šikana je specielní forma agrese a výrazně negativní společenský fenomen. Je to deformace mezilidských vztahů s dlouhodobými následky a s možným přesmykem – šikanovaný se časem stává šikanující (hlavně v internátě a na vojně). Existuje status oběti a statut agresora. Pro status agresora je většinou typické ,že jde o adolescenta který je: tělesně zdatný, s otevřeně kladným vztahem k projevům agrese otevřené násilí s dominancí mu pomáhá uspokojovat touhu po moci (Malá, 2002).

V poslední době stoupá jak výskyt šikany (zvláště v nižších věkových skupinách), tak agresivita šikany nebo ublížení na zdraví. Ačkoliv je odsuzována jako nemorální, více než 3/4 svědků šikany se chová pasivně.

Rodiče agresorů často – přes upozornění školy – proti dětem nezasahují, naopak vyhrožují škole, učitelům i rodičům obětí. Tak místo agresora opouští třídu oběť. Policie tvrdí, že je – vzhledem k věku agresora – bezmocná (Malá, Pavlovský, 2010) .

Šikana dětí je úkol pro dospělé, jde o porušení práv dítěte, které musí řešit dospělí. Retrospektivní studie dokazují, že až 80% šikanujících agresorů ve školním věku se v dospělosti stávají pachateli násilných trestných činů nebo jiných delinkventních aktivit. Znovu je zde validní koncept kontinuity dissociálního chování (Rahn, Mahnkopf, 2000).

U dětí jsou časté **dva typy** zraňujících událostí**: náhlý,** nepředvídatelný traumatický zážitek nebo **predikovatelné, opakované, očekávané trauma.** Tento typ traumatu je častý v rodině nebo tam, kde se vyvinul specifický vztah k agresorovi (Malá, 2002).

Charakteristiky PTSP u dětí a adolescentů:

-Změněná **afektivita -** afektivní labilita, patická afektivní dráždivost , trvalé poruchy nálady se sebevražednými tendencemi a sebezraňujícím chováním.

- Alterace **vědomí -** opakované znovu vybavování traumatických vtíravých představ, myšlenek nebo prožitků.

- Změněná **sebepercepce -** pocity a myšlenky o vlastní stigmatizaci (zahanbení, vině, sy „ zkaženého ovoce “

- Alterace ve **vnímání pachatele nebo neštěstí –** odplata, pomsta nebo naopak identifikace s agresorem, myšlenky o speciálním nadpřirozeném vztahu k pachateli

- **Traumatické vyhýbání** stažení a vyhýbání se vede k poruše komunikace, děti nechtějí mluvit o tom, jak se cítí, spíše se objevují psychosomatické symptomy a regresivní chování (např. cucání palce, enuréza, atd.).

- **Změna vztahu k druhým** - izolace a odtažení se od druhých..Výrazné snížení zájmů, ztráta koníčků, u dětí je typická nechuť ke hrám a sportovním aktivitám.

- **Transformace celého systému fungování** - typické zejména pro adolescenty. Ztráta pozitivních emocí, citová vyhaslost, bezperspektivnost, ztráta naděje, není schopen vést normální život (Malá, Pavlovský, 2010) .

Další nespecifické symptomy

Vegetativní příznaky např. tachykardie, pocení, třes, pocit dechové nedostatečnosti, brnění končetin, závratě, bolesti hlavy, bolesti břicha, pocity na zvracení. Poruchy spánku, **děsivé sny** a opakované probouzení se během noci. Často vznikají jednoduché **fobie** strach ze tmy, samoty, z ticha. Typické je výrazné zhoršení **paměti,** potíže s **koncentrací pozornosti** a s učením.

Souhrnně lze říci, že děti a adolescenti trpí širokou paletou příznaků depresivních, anxiózních, disociativních i agresivních , které všechny vedou k vyhýbavému chování (Malá, Foltýnová, Stará, 1977).

Cílem psychoterapie PTSP v dětství a adolescenci je pomoc dítěti, aby bylo schopno pomoci si samo. Je-li použita „léčba koněm" se kůň stává prvním, kdo se „ hrůzné tajemství " dozví. Často jde o utajované sexuální zneužívání (Malá, Raboch, Sovák, 1995).

9.4. Specifické poruchy osobnosti (psychopatie) (F60)

MKN-10 rozeznává 6 druhů poruch osobnosti, dříve zvaných psychopatií (termín je pozvolna z odborného jazyka vytěsňován, i když je v běžné řeči používán, stejně tak jako psychopatický, psychopatizující, atd.). Jde o poruchy, které jsou relativně stálé, těžko ovlivnitelné jak farmakoterapií, tak psychoterapií. Objeví-li se již v dětském věku s velkou pravděpodobností bude jedinec trpět poruchou celý život.

Anankastická porucha osobnosti - je charakterizovaná pocity nadměrných pochyb a opatrnosti, nadměrným zabýváním se detaily, pravidly, pořádkem (perfekcionismus, puntíčkářství). Objevují se vtíravé a nevítané myšlenky (Bouček, a kol., 2003).

Anxiózní (vyhýbavá) porucha osobnosti – s trvalými pocity napětí a obav, nejistoty a méněcennosti, s přesvědčením o vlastní nešikovnosti, nedostatečnosti, s obavami, že bude kritizován nebo odmítnut svým okolím (Rahn, Mahnkopf, 2000).

Dissociální porucha osobnosti – charakterizuje ji nezodpovědnost, bezohlednost, vymizení soucitu a altruismu. Chování těchto osob je v zásadním rozporu s převládajícími společenskými normami.Často se stávají pachateli násilných a jiných trestných činů (Malá, 2005).

Emočně nestabilní porucha osobnosti, typ impulzivní - nedostatečná kontrola impulsů se projevuje nezdrženlivostí, jednáním dle okamžitého nápadu, okamžitým uspokojováním svých potřeb. Na kritiku, kterou nesnáší, reaguje prudkými afekty vzteku, zlosti, někdy až explozivním, násilným chováním. Tento typ osobnosti se často vyskytuje u dissociálních pachatelů a drogově závislých jedinců (Bouček, a kol., 2003).

Histriónská porucha osobnosti (dříve zvaná hysterická psychopatie) je charakterizovaná zvýšenou avšak povrchní emotivitou, teatrálností, egocentrickým zaměřením se snahou obrátit na sebe pozornost za jakoukoliv cenu. Histriónské osoby jsou zaměřeny na fyzickou atraktivitu, koketérii, jsou neuspokojitelné, stále hledají nová vzrušení, zkouší nové vztahy. Provokují, rozvracejí manželství (svoje i druhých osob), rozvracejí kolektiv svou „hysterickou upřímností“ (Rahn, Mahnkopf, 2000).

Paranoidní porucha osobnosti - charakteristická je nedůvěřivost, podezíravost, vztahovačnost. Tyto osoby mají sklon k podezřívavosti, nedůvěře k neznámému, za vším tuší nebezpečí, nepřátelství, nevěru, křivdu a urážky.

Jsou zvýšeně citliví své osobě přikládají velký význam, v běžných událostech cítí spiknutí a projevy nepřátelství (Rahn, Mahnkopf, 2000).

Schizoidní porucha osobnosti – projevuje se omezenou schopností vyjadřovat city, uzavíráním se do svého vnitřního prožívání, fantazií a nedostatkem důvěrných vztahů a s chyběním touhy po jejich vytváření (Malá, 2005).

9.5. Mentální retardace (duševní opoždění) (F70 – F79)

Mentální retardace je poškození intelektových funkcí s narušeným vývojem celé osobnosti. Jde o neschopnost dosáhnout odpovídajícího stupně vývoje vzhledem k věku s vytvořením sociální závislosti. Včasná diagnostika zajišťuje včasnou rehabilitaci. Podle závažnosti mentální retardace rozlišujeme lehkou, středně těžkou, těžkou a hlubokou poruchu (Malá, Pavlovský, 2010).

Lehká mentální retardace je v pásmu IQ 50 až 69. Jde o postižení intelektu, kde jedinci jsou vzdělavatelní převážně jen ve zvláštních školách (záleží na stupni postižení), ale mohou se uplatnit i v některých jednoduchých zaměstnáních. Dosahují úrovně asi 12 letého dítěte. Tuto skupinu tvoří přibližně 70% všech mentálně retardovaných (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá, 2000).

Středně těžká mentální retardace - IQ je v pásmu u 35 až 49. Většinou je třeba vzdělávání ve specielních ústavech. Kontakt s okolím je malý, výrazně je opožděna motorika, ale hlavně řeč. Mentálně retardovaní se mohou naučit napsat a přečíst několik slov a počítat pomocí prstů. Samostatné práce nejsou schopni. Trpělivým opakováním je lze naučit základním hygienickým a sociálním dovednostem. Touto poruchou trpí 15-20% retardovaných (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá, 2000).

Těžká mentální retardace - IQ je v rozmezí 20- 34. Jedinci mají určitou snahu po komunikaci, avšak s chudostí emočního a sociálního uvědomění. Neschopnost sociálního zapojení vede k nutnosti trvalé péče (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá, 2000).

Hluboká mentální retardace - postižení neudržují čistotu, nepohybují se sami, nejsou schopni žádných úkonů, vydávají neartikulované zvuky. Nutnost trvalé ústavní péče je nezbytná.

Mentální retardace můžeme také rozdělit podle příčiny. Uplatňují se faktory ***genetické:*** (např. Downova choroba), ***metabolické*** (např. fenylketonurie), ***prenatální a perinatální*** poškození (např. fetální alkoholový syndrom) nebo některá degenerativní onemocnění (např. Oppenheimova nemoc), kde stav se vyvíjí až po narození, vlastně jde o demence (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá, 2000).

Diagnóza je stanovena určením hloubky intelektového postižení a stanovením adaptačních možností a schopností jedince.

Léčení: Léčení mentální retardace není možné, jedná se o trvalý defekt. Je však nutné léčit druhotné projevy, jako neklid, agresivitu, sebezraňování či jiné psychické reakce. Ošetřování závisí na stupni psychického postižení. Nezbytná je spolupráce s neurology, genetiky, psychology, defektology a pedagogy (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá, 2000).

Socioterapie a rehabilitace

Socioterapií rozumíme léčebné postupy vedoucí ke zmírnění vlivu nepříznivých společenských faktorů na chorobné duševní příznaky; cílem **rehabilitace** je vrátit pacientovi jeho dřívější pracovní a společenskou výkonnost, případně zabránit, aby k jejímu narušení vůbec došlo.

Některé duševní choroby s nepříznivým vývojem (schizofrenie, schizoafektivní poruchy, těžké fobické neurózy a j.) vyřazují nemocného z běžného života; vedou ke ztrátě pracovního zařazení, k invalidizaci, k narušení dosavadních mezilidských kontaktů, mnohdy se rozpadá i rodinné zázemí. Rehabilitace proto začíná již v průběhu psychiatrické hospitalisace a je zaměřena na uchování kvality života nemocného v rozsahu, jaký dovolí duševní onemocnění. Jakmile dojde alespoň k částečnému jeho zklidnění, zapojujeme

pacienta do pracovního, kulturního a tělovýchovného programu. I režim s maximální volností, tzv. **systém otevřených dveří** však musí mít svůj řád, jehož respektování vyžadujeme na bazi dobrovolné kázně (Malá, Pavlovský, 2002).

Cenná je účast v **terapeutické komunitě**, při níž si pacienti mezi sebou i s ošetřujícím personálem vyměňují názory na problémy, které je do komunity přivedly, včetně kritických připomínek k vzájemným nedostatkům ve vystupování, v práci nebo v programu oddělení. Jde o interpersonální interakce, které podporují sociální učení a zvyšují komunikační dovednosti (Malá, Pavlovský, 2002).

V případě dlouhodobých nebo trvalých hospitalizací v psychiatrických léčebnách je význam pracovního zapojení ještě daleko prospěšnější. Cenné se stávají různé sportovní podniky a soutěže, divadelní představení, taneční večírky nebo organizované výlety.

Velkou pomoc představuje **chráněné bydlení**, kde se propuštění pacienti pod již jen nenápadným dohledem znovu učí samostatnému způsobu života. **Léčebně výrobní dílny** zaměstnávají jedince (mnohdy v invalidním důchodu), kteří by se jinak ocitli v naprosté společenské izolaci. Socioterapeutickou a rehabilitační pomoc poskytují různá specializovaná pracoviště, např. Denní sanatorium FOKUS nebo ESET, lze sem zařadit i centra zaměřená na prevenci a léčbu drogových závislostí (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá, 2000).

9.6. Specifické poruchy školních dovedností (F81)

Specifické poruchy školních dovedností (nazývané také poruchami učení) představují vývojové obtíže, které se projevují u dětí zejména v oblasti vzdělávacího procesu. Vyžadují spolupráci s odborníky v oblasti psychologie a pedagogiky a hledání multimodálních terapeutických intervencí (Šturma, 1997).

Definice

Jde o specifické poruchy, u nichž je postiženo normální osvojování školních dovedností v oblasti čtení, psaní a počítání. Výkon dítěte v těchto dovednostech je podstatně nižší, než odpovídá věku, inteligenci a vzdělávacím možnostem dítěte. Podmínkou diagnózy specifické poruchy školních dovedností je splnění následujících požadavků (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá, 2000):

– stupeň poškození specifické školní dovednosti musí být klinicky signifikantní,

– postižení musí být specifické v tom smyslu, že jej nelze přičíst mentální retardaci ani nižší

celkové inteligenci,

– porucha musí být vývojová, tj. přítomná od počátku vzdělávání,

– nesmí být přítomny vnější faktory, které by mohly být dostatečným důvodem pro školní potíže (např. nedostatečné vyučování),

– porucha nesmí být přímo způsobena nekorigovanou zrakovou nebo sluchovou poruchou.

Řada autorů připomíná, že diagnóza této poruchy je neostrá a představuje spíše termín z oblasti vzdělávání než z oblasti medicíny. Její dopad na duševní zdraví dítěte však představuje neopominutelnou okolnost, pro kterou musí vzbuzuje zájem dětských psychiatrů (Malá, 2002).

Epidemiologie

Výskyt specifických poruch učení lze obtížně specifikovat zejména pro nepřesnost diagnostických znaků a odlišnosti v definici poruchy. Přesto lze říci, že výskyt této poruchy je relativně vysoký. Smith (1994) uvádí, že můžeme najít poruchu učení u školních dětí v rozsahu 2–20 procent. V našich podmínkách zmiňuje Šturma (1997), že v našich školách trpí 3 procenta dětí specifickými poruchami učení. Studie opakovaně upozorňují na vzrůstající prevalenci poruchy u chlapců, s výskytem výrazně vyšším oproti dívkám (3: 1

až 5: 1). Ve kognitivních charakteristikách nebyly mezi chlapci a dívkami pozorovány signifikantní rozdíly (Malá, 2002).

Klinický obraz jednotlivých specifických poruch učení

Specifická porucha čtení (F81.0)

Porucha běžně označovaná jako **dyslexie**. Hlavním rysem je specifické a výrazné narušení vývoje dovednosti ve čtení, které nelze přičítat mentálnímu věku, problémům zrakové ostrosti nebo neadekvátnímu způsobu vyučování.

Klinicky jde o poruchu, která se nejčastěji projeví v důsledku požadavků školního vyučování. V raných stadiích učení mohou být problémy s abecedou, používáním správných označení písmen, s analyzováním nebo kategorizováním zvuků. Později se vyskytují chyby při hlasitém čtení, jako je vynechávání, nahrazování, překrucování nebo přidávání slov nebo jejich částí, pomalé čtení, chybné začátky, dlouhé pomlky, ztracení se v textu, nepřesné slovní obraty, převracení slov ve větách nebo písmen ve slovech.

Může se také vyskytnout deficit v chápání čteného textu. Časem se porucha lepší, ať s léčbou či bez ní. I při optimálních intervencích je zlepšování pomalé a reziduální potíže mohou přetrvávat do dospělosti.

Specifická porucha psaní (F81.1)

Běžně označovaná jako **dysgrafie**. Hlavním rysem je specifické a výrazné narušení vývoje psaní (bez anamnézy specifické poruchy čtení). Porucha není způsobena nízkým mentálním věkem, problémy zrakové ostrosti ani nevhodným způsobem vyučování. Je narušena schopnost ústního vyjadřování i správného psaní slov. Potíže mohou zahrnovat gramatiku, interpunkci, rozlišování velkých a malých písmen, větnou skladbu (Malá, 2002) .

Specifická porucha počítání (F81.2)

Běžně se užívá názvu **dyskalkulie**. Hlavním rysem je specifické postižení dovednosti počítat, které nelze vysvětlit mentální retardací ani nevhodným způsobem vyučování. Oproti dětem s poruchami čtení bývají sluchově percepční a verbální dovednosti v normě (Malá, 2002).

Etiologie

V hledání etiologie specifických poruch učení se objevují nejčastěji faktory biologické povahy. Neurologické abnormality představují kontinuum dysfunkcí, v nichž hrají úlohu například kognitivní, lingvistické nebo motorické aspekty. Vysoká komorbidita se vyskytuje mezi specifickými poruchami učení a poruchou aktivity a pozornosti (20–25 procent dětí se specifickými poruchami učení trpí poruchou aktivity a pozornosti). Poruchy ve zpracování informací se objevují na úrovni percepce, integrativních funkcí, paměti a komunikace (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá, 2000).

Terapie

Terapeutický přístup je multimodální a počítá s tím, že dítě se specifickými poruchami učení trpí většinou dalšími psychickými obtížemi (např. poruchami emocí a chování), proto terapie vyžaduje spolupráci učitelů, odborníků a rodičů, zároveň s reedukací, psychoterapií a rehabilitací. Velká část odborné intervence musí být zaměřena na výukové obtíže a jejich řešení na rovině individuální (specifický nácvik, podpůrná psychoterapie, správné školní zařazení) a musí být zajištěna spolupráce rodiny (instruování rodičů, podpůrná psychoterapie) (Šturma 1997).

9.7. AUTISMUS (F 84)

Diagnostická kritéria MKN - 10 pro Dětský autismus

Abnormální nebo narušený vývoj je patrný před věkem tří let, a to nejméně v jedné z následujících oblastí:

- receptivní nebo expresivní řeč užívaná v sociální komunikaci,
- vývoj selektivních sociálních vazeb nebo reciproční sociální interakce,
- funkční nebo symbolická hra.

1. Kvalitativní abnormality v sociální oblasti se musí projevit nejméně ve dvou ze čtyř následujících bodů:

- neschopnost přiměřeně užívat pohledu z očí do očí, výrazu tváře, postoje těla a gest k sociální interakci,

- neschopnost rozvíjet (způsobem přiměřeným mentálnímu věku a navzdory hojným příležitostem) vztahy s vrstevníky, které se týkají vzájemného sdílení zájmů, aktivit a emocí,

- nedostatek sociálně emoční reciprocity, což se projevuje narušenou nebo deviantní reakcí na emoce jiných lidí, nedostatečné přizpůsobování chování sociálnímu kontextu

- chybí spontánní snaha o zábavu, zájmy nebo aktivity s jinými lidmi (např. ukazovat, přinášet předměty zájmu jiným lidem nebo na ně upozorňovat) (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá, 2000).

2. Kvalitativní abnormality v komunikaci musí být zřejmé alespoň v jedné z následujících oblastí:

- rozvoj mluvené řeči je opožděn nebo úplně chybí a není snaha tento nedostatek kompenzovat používáním gest nebo výrazem tváře jako alternativního způsobu komunikace (často chybí předcházející komunikativní žvatlání),

- relativní neschopnost začít nebo udržet konverzaci (ať už je schopnost řeči na jakékoli úrovni), kde je třeba recipročně reagovat na komunikaci jiné osoby,

- stereotypní a opakující se používání jazyka nebo idiosyntaktické užívání slov nebo frází,

- nedostatek různých spontánních her "jakoby" nebo (v mládí) společenských her (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá, 2000).

3. Omezené, opakující se a stereotypní vzorce chování, zájmů a aktivit se projevují alespoň v jedné z následujících oblastí:

- stálé zabývání se jedním nebo více stereotypními a omezenými zájmy, které jsou abnormální co do obsahu nebo zaměření, nebo jedním nebo více zájmy, které jsou abnormální ve své intenzitě a přesně vymezeném druhu, i když ne v obsahu a zaměření,

- zdánlivě kompulzivní lpění na specifických, nefunkčních rutinách nebo rituálech,

- stereotypní a opakující se motorické manýry, které zahrnují buď poklepávání, nebo kroucení rukama nebo prsty, anebo komplexní pohyby celého těla,

- zájem o části předmětů nebo nefunkční prvky hraček (jako je např. vůně,omak, hluk nebo vibrace, které vytvářejí) (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá, 2000).

Přibližně dvě třetiny autistů zůstanou i v dospělém věku závažně handicapováni a zůstanou trvale závislé na péči rodiny nebo institucí. Pouze 5 – 20% jedinců, které označujeme jako vysoce funkční autisty (t.j. nejlehčí postižení bez přítomnosti mentální retardace), je schopno alespoň částečné samostatnosti (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá, 2000).

Atypický autismus

Tuto diagnózu použijeme, jestliže porucha nesplňuje kritéria běžná pro typický autismus (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá, 2000).

9.8. Poruchy chování

Poruchy chování dle staré terminologie jsou řazeny k poruchám adaptace, disharmonickému vývoji a psychopatiím.

Epidemiologie 5–20% dětí školního věku má určité poruchy chování. Poměr chlapců k dívkám je udáván široce 4–12 : 1.

Etiologie je multifaktoriální - zahrnuje faktory genetické, konstituční, temperamentové a organické.

Diagnostická kriteria poruch chování :

opakující se stabilní vzorce chování, ve kterých jsou porušovány sociální normy, pravidla a práva druhých, často šikanuje,vyhrožuje nebo zastrašuje druhé, začíná pranice, bitky, projevuje fyzickou agresi a hrubost k lidem, krade atd.

Destrukce majetku a vlastnictví:

zakládá ohně se záměrem vážného poškození, ničí majetek druhých

Nepoctivost nebo krádeže

vloupává se do domú, budov a aut, často lže, aby získal prospěch nebo výhody nebo aby se vyhnul povinnostem, závazkům, kráde

Vážné násilné porušování pravidel

opakovaně zůstává celé noci venku, přes zákazy rodičů, utíká z domova ,ačkoliv bydlí v domě rodičů /nejméně 2x / nebo se nevací domů, časté záškoláctví před 13. rokem

Poruchy chování významně zhoršují školní a pracovní fungování (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá, 2000).

Poruchy se špatnou prognózou

a) Dezinhibovaná příchylnost v dětství

Porucha vznikající během prvních pěti let života. Všechny poruchy chování v tomto věku jsou definovány tolerancí rodiny nebo společenstvím, k jeho projevům (Baker, 2007).

U dezinhibované příchylnosti nacházíme *abnormní sociální zapojování*, které má úzkou vazbu ke specifickým rodičovským vztahům. Objevuje se přítulnost bez milovaného objektu, bez výběru zaměřené náklonnosti. Dítě se nenaučí navázat jeden stabilní, bezpečný vztah, což se později projeví neschopností navázat vztah k vrstevníkům (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá, 2000).

b) Nesocializovaná porucha chování

Zahrnuje poruchu chování samotářského agresivního typu a nesocializovanou agresivní poruchu. Je přítomna agresivita k druhým, rvačky, vydírání, násilnosti. Neposlušnost, hrubost, krutost nejen k lidem, ale také ke zvířatům. Opouštění domova v noci, útěky z domova, záškoláctví, zakládání ohně, vandalismus. Časté je vykrádání aut, bytů, chat, obchodů až loupežná přepadení, kde agresor používá všechny druhy násilí. Typická je kumulace všech druhů antisociálního chování (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá, 2000).

Pro **diferenciální diagnostiku** jsou důležité trvale narušené vztahy k vrstevníkům, izolace, neoblíbenost, nedostatek přátel, jedinec je bez jakékoliv empatie k jiným dětem, souvěkovcům, lidem a ke všemu živému. Tato porucha obvykle krystalizuje (Malá, Pavlovský, 2010).

c) Porucha opozičního vzdoru

Tato porucha je vlastně určitým vývojovým předchůdcem nesocializované poruchy chování.

Je to diagnostická kategorie, která se má užít u poruch chování mladších školáků, ve věku do 10 let.

Diagnostická kriteria

A. Vzorce negativistického, hostilního a opozičního chování

1. ztráta kontroly, nezdrženlivost, neovladatelnost

2. časté hádky s dospělými

3. aktivně odmítá ,vzdoruje vyhovět pravidlům, přáním dospělých

4. často schválně obtěžuje lidi

5. často obviňuje druhé za své chyby nebo špatné chování

6. často je rozmrzelý, nedůtklivý, druzí jej obtěžují, otravují

7. často je zlostný rozlobený

8. zlomyslný, nevraživý, mstivý

B. porucha výrazně zhoršuje sociální a školní fungování

Poruchy s lepší prognózou

a) Poruchy chování ve vztahu k rodině

Obecná charakteristika: musí se opakovat stejné vzorce chování, trvale stejný obraz v kontextu interpersonálních vztahů v rodině.

Symptomy: agrese nebo disocialita omezená na domov, krádeže, destrukce cenností nebo všech věcí patřících určité osobě doma, zakládání ohně v bytech, chatách a prostorách, patřících rodině.

Důležitý fakt pro ***diferenciální diagnostiku*** jsou normální sociální vztahy mimo rodinu. Prognóza je docela dobrá (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá, 2000).

b) Socializovaná porucha chování

Základní charakteristika: zapojení do skupiny přibližně stejného věku s určitým přátelstvím, rituály a strukturou organizace. Skupina nemusí vykazovat vysloveně delinkventní aktivitu, i když nejčastěji ano.

Symptomy: zapojení do skupiny, špatné vztahy k autoritám (k některým vybraným dospělým mohou být dobré). Také doma mohou být celkem dobré vztahy, ale vždy je specificky *negativní vztah ke škole*. Krádeže s druhými, přečiny s partou (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá, 2000).

9.9. ADHD syndrom (F 90)

ADHD syndrom (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) je porucha pozornosti provázená hyperaktivitou. Příčina není zcela známa.

Děti s ADHD se proti svému okolí začnou poněkud odlišovat již v předškolním věku. Toto onemocnění postuhuje 3-5% dětí a je 2-3x čstější u chlapců. Markantnější to je například ve školce, kde jsou hůře zvladatelné , zbrklé, často nesoustředěné. Tím se dostávají do konfliktu se svými vrstevníky ale i pedagogickým dozorem. Dítě i rodič jsou rozčileni a toto napětí se přenáší do zbytku dne (Malá, Pavlovský, 2010).

V tomto období by již zkušený pedagog měl rodičům doporučit návštěvu dětského lékaře který by jistě zvážil návštěvu v odborné ambulanci dětského psychologa.

Školní docházka se stane problémem jak pro dítě, tak pro rodiče. Akcentují se všechny negativní vlastnosti jako např. nesoustředěnost, agresivnost, zbrklost, předrážděnost. Pedagog si stěžuje že mu dítě ruší výuku, vyrušuje a jeho chování se negativně promítá v celé třídě. Rodiče jsou zváni do školy kde je jim vytýkána špatné chování dítěte, tudíž špatná výchova. Přitom doma společně úkoly a výuku zvládají dobře. V této době by měl pedagog i rodiče dojít k jednoznačnému závěru že se jedná o psychickou poruchu a vyhledat lékaře. ADHD je asto spojeno s dalšími poruchami učení (dysgrafie porucha psaní, dyslexie čtení a dyskalkulie počítání) (Malá, 2002).

I když by se mohlo zdát, že léčba není nutností, není tomu tak. Když dítě nebude léčeno bude mít problémy se základní školní docházkou, nedosáhne

jistě stupně vzdělání na které má schopnosti a předpoklady (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá, 2000).

Z celospolečenského hlediska je překvapivě důležitá i prevence kriminality. Děti které se neléčí se asi v 25% dostanou na scestí. Oproti tomu děti léčené se s touto problematikou setkají jen o něco více než v 10%. Při počtu takto postižených dětí je to veliký úspěch (Malá, 2005).

Znamená to tedy jednoznačný přínos léčby pokud se začne včas a řádně. Léčba náleží dětskému psychiatru a je vedena farmakologicky ruku v ruce s psychoterapií a režimovými opatřeními. Zde hraje důležitou roli rehabilitace - hlavně hipoterapie.

Nelze pominout ani těsnou spolupráci s odborníky zabývajícími se speciální pedagogikou -logopedy, psychology (náprava poruch psaní, čtení atd.).

V léčbě se rychle rozšířila stimulancia která s dobrými výsledky, nyní jsou však k dispozici i léky bez negativních vlastností stimulancií se stejným efektem (atomoxetin) (Malá, 2002).

Práce s těmito dětmi je velmi náročná. Jako nejdůležitější se jeví čas trpělivost a důslednost. Jedná se o roky práce od adolescentního věku přes dětství do dospělosti. Rodiče a dětský psychiatr koordinují léčbu i s psychology (posílení paměti a pozornosti, zvládání emocí pedagogy, správné vedení ve škole, akcentace dobrých výsledků ke zvednutí sebevědomí dítěte atd.) rehabilitačními pracovníky (hipoterapie) sportovními trenéry (po domluvě s lékařem vhodný druh sportu) (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá, 2000).

Při učení platí zásada, že to co se dítě naučí musí být správné. Pokud si něco zafixuje špatně je obtížné se toho zbavit. Jedná se jak o učení, tak o návyky. Nejlépe dítě vnímá učení dopoledne nebo po obědě (Malá, 2005).

Další ze zásad je při učení zaměstnat co nejvíce smyslů dítěte. Znamená to i spoluúčast smyslů (zrak, sluch atd., pohybové aktivity - cvičení na míči, poskoky do počtu při počítání).

Fyzická námaha v rámci sportovních aktivit je velmi vítána. Pokud se nám podaří tuto aktivitu skloubit s prospěšnou povinností, například s procházkou se psem, je to ideální a dítě si jistě i uvědomí že tím doma pomáhá (Malá, 2005).

9.10. Tikové poruchy (F95)

Tiky jsou náhlé, rychlé, opakující se, bezúčelné pohyby, zvuky, eventuálně gesta nebo projevy. Mohou být motorické, fonační, jednoduché nebo komplexní. Jsou mimovolní, ale na krátkou dobu vůlí potlačitelné. Děti jsou puzeny ”tikat” – provádět tiky. Frekvence tiků kolísá během dne, mění se v různých prostředích a v čase, je závislá na zevním stresu a teplotě okolí. Dělí se na přechodné, chronické a Tourettův syndrom (Castellanos, et al., 1997).

Epidemiologie

Nejčastější výskyt tiků je u dětí mladšího školního věku mezi 7.–11. rokem. Prevalence tiků v této věkové skupině se udává kolem 13 % u chlapců a 11 % u dívek. Tiková porucha se v dětství vyskytuje 5 – 12 x častěji než v dospělosti. U Tourettova syndromu, který je závažnou poruchou s chronickým průběhem, je udávána prevalence 0,1–0,6% u chlapců a 10 x méně u dívek (1 až 6 promile). V 93 % tiková porucha začíná před 11. rokem věku, s maximem výskytu kolem 7. roku (nápadná je koincidence s nástupem do školy a školní zátěží).

Hereditární zátěž je nesporná, u biologických příbuzných jak dětí, tak dospělých, trpících tikovou poruchou se ve 12–14% objevují tiky (Drtílková,1997).

Přesné a podrobné popisy různých tikových projevů jsou od psychiatrů konce 19. století . Genetické studie věnují pozornost chronickým tikům, Tourettovu syndromu a komorbidním poruchám (Leckman, Cohen, 1999).

Druhy tiků

Jednoduché – motorické tiky se vyskytují nejčastěji v oblasti mimického svalstva – grimasování, mrkání, poškubávání obočím, krčení nosu, může jít o mimické fragmenty běžného výrazového chování nebo o potrhávání hlavou, poškubávání krkem, rameny apod.

Vokální neboli **fonační tiky** jsou krátké zvuky jako frkání, chrochtání, poštěkávání, pokašlávání, mručení, vyrážení slabik, hekání, syčení, pohvizdování apod.

Komplexní motorické tiky se projevují opakovaným dotýkáním, předkláněním, poplácáváním, točením se, poskakováním, v extrémních případech až sebezraňováním (jako údery nebo kousání) nebo obscénními pohyby (tzv.kopropraxie).

Komplexní fonační tiky se skládají z celého komplexu zvuků, slov nebo krátkých frází. Opakované vykřikování nebo vyrážení slov buď indiferentních nebo obscénního charakteru (tzv. koprolalie) nebo opakování vlastních (palilalie) nebo slyšených slov (echolalie). Asi 96 % všech tiků je v oblasti hlavy, ramen a horních končetin. Z toho tiky v oblasti mimického svalstva tvoří 7–8 %. Tiky se spánkem zmírňují, ale nemusí úplně vymizet a mohou se objevit ve všech spánkových stadiích (REM i NREM) (Drtílková, 1997).

Klasifikace tikových poruch (F 95)

Přechodná tiková porucha (F 95.0)

Většinou se jedná o jednoduché tiky, vyskytující se kolem 4. a 5. roku věku, trvající méně než 12 měsíců a mající tendenci k remisím, ale i relapsům. Nejčastěji postihují mimické svaly. Po několika týdnech mizí a znovu se objeví ve stejných nebo jiných svalových partiích.Jejich výskyt kolísá v čase a často v návaznosti na sociální kontext situace (např. ve škole jsou hodně potlačeny a doma, v bezpečném prostředí, se objeví s velkou frekvencí). Je zvláštní, že

mizí v zaměřených aktivitách a naopak při relaxaci (např. dívání se na TV) jsou časté. Výrazně se však horší zevním stresem a tepelným stresem, únavou a rozrušením (Malá, 2002).

Chronická motorická nebo vokální tiková porucha (F 95.1)

Je charakterizována motorickými jednoduchými nebo komplexními tiky nebo tiky vokálními. Motorické a vokální tiky nejsou nikdy přítomny v tom samém čase během onemocnění (Malá, 2002) .

Tourettův syndrom - kombinovaná vokální a mnohočetná motorická tiková porucha (F 95.2)

Kombinovaná vokální a mnohočená motorická porucha je dlouhodobá nemoc s undulujícím průběhem od dětství do stáří. Typická jsou období s expresí mnohočetných, opakujících se vokálních tiků – objevuje se pokašlávání, chrochtání, poštěkávání, časté jsou i výkřiky obscenních slov nebo frází (někdy koprolalie i echolalie a kopropraxie). Ataky střídají remise. Vyskytuje 1 případ na 1000 obyvatel. Poměr chlapců k dívkám je až 9 : 1 (Leckman, Cohen, 1999).

Prognóza tiků

50 – 75% vymizí do jednoho roku, 25 – 50% vymizí v adolescenci, 6% zůstává beze změny. 46% se výrazně zlepší (Malá, 2002).

Komorbidita

Nejčastější komorbidní poruchou v dětství spojenou s tiky je porucha **hyperkinetická**. Udává se, že jde o 35 až 67% dětí s tiky. To znamená, že více než polovina dětí s tiky je zároveň hyperaktivní a trpí poruchou pozornosti. Dále je to porucha **obsedantně-kompulzivní** (OCD). Kolem 60% dětí s tiky má určité OCD symptomy. Většinou byly přítomny napřed tiky a pak se objeví symptomy obsedantně kompulzivní. Až ve 20 % je však později diagnostikován Tourettův syndrom (TS) (Riddle, et all., 1988).

Diferenciální diagnóza tiků

Tiky musí být odlišeny od motorických poruch, které se objevují u: neurologických onemocnění, jako jsou různé choreiformní pohyby, (např. u epilepsií), athetoidní pohyby, myoklonie, rozličné spasmy a dystonické syndromy.

Dále od tardivních dyskinés, motorických stereotypií u mentálně retardovaných nebo autistických dětí, kompulzivních aktivit při obsedantně kompulzivní poruše

9.11. Specifické otázky dětské psychiatrie

Týrané, zanedbávané a sexuálně zneužívané dítě

Zanedbávání, zneužívání a týrání dětí je nenáhodným dějem, který je ze společenského hlediska nepřijatelný a jehož řešení je multidisciplinární. Jedná se o složitý sociální fenomén, jehož prevence, zjištění a zmírňování následků vyžaduje úzkou spolupráci mnoha expertů z různých oborů (Dunovský, 1994).

Z psychiatrického a psychologického hlediska lze při primární prevenci vytypovat rizikové osoby a rizikové faktory. Zde narážíme na zákeřnost tohoto fenoménu a to, že jde o problém **transgenerační** – týraní týrají.

Při anketě o používání tělesných trestů 60–70 % rodičů odpovědělo kladně, že je nutné trestat. Z historického hlediska to není neočekávané. Zvláště závažným faktem je, že z trestajících rodičů je až 70–80 % *vysokoškoláků*, lidí vzdělaných, poučených a erudovaných. Usměrnění temperamentových povahových rysů dítěte fyzickým trestáním vede podle jejich názoru k vysoké frustrační toleranci, která dětem pomáhá zvládat nároky života. Opak je pravdou. *Opakované fyzické tresty* (často kruté nebo pro malicherné příčiny) nevedou k pozitivnímu zvyšování frustrační tolerance, ale k odchylnému vývoji osobnosti. Tento *odchylný vývoj struktury osobnosti* se manifestuje oslabením zábran, nedostatečným vývojem vyšších (morálně-etických) altruistických citů. V praxi to znamená nedostatek vůle, impulzivitu, agresivitu,

hedonistické sledování cílů (včetně alkoholu, sexu, drog) bez schopnosti navázat pozitivní mezilidské vztahy, bez projevů soucítění, vzájemnosti a lásky (Malá, 2002) .

Charakteristiky týrajících a týraných

Jací jsou lidé, kteří týrají děti? Pouhé pomyšlení na ublížení dítěti, dokonce jeho týrání nebo zneužívání je pro běžného člověka nepřijatelnou skutečností, které se snaží vyhnout tím, že řekne "kdo to dělá, není normální". Jistě to není norma v doslovném slova smyslu, ale z hlediska trestní odpovědnosti jsou takoví pečovatelé naprosto normální, to znamená bez psychické poruchy čili plně trestně odpovědní. Část z nich jsou infantilní, to jest nezralí, s pocity méněcennosti, izolovaní, neuplatňující se. Další jsou citově chladí, často s dissociálními rysy. Samozřejmě ,že alkohol potencuje delinkventní jednání a že velice často o něm nacházíme údaj při vyšetřování vážných trestných činů (Chiland, Young, 1994).

Nezřídka trestají, týrají a zanedbávají své děti **nezletilí rodiče**, kteří nemají rodinné zázemí a neunesou stresovou situaci. Stresuje je tím, že často pláče a oni o ně neumí adekvátně pečovat.

Charakteristiky **týraných dětí** jsou do jisté míry alespoň trochu srozumitelné. Mezi týrané děti patří ty, které jsou obtížné na péči – nemocné, znetvořené, příliš aktivní nebo příliš pasivní, děti nechtěné, mající rysy nenáviděného partnera, děti jiného pohlaví než bylo přání, děti narozené brzo po předchozím dítěti, děti, které nechce nový partner. Týrané děti mají nejistý, vyhýbavý, rezistentní vztah k matce, vychovateli. Ve fyzickém přibližování je patrna ambivalence, bojí se kontaktu (Chyská, 1981).

Týrané , zneužívané a zanedbávané dítě

Syndrom CAN (Child Abuse and Neglect) znamená týrání, zneužívání a zanedbávání dítěte, znamená úmyslné ubližování nejbližšími pečovateli, hlavně rodiči, znamená závažný dopad na život dítěte, na jeho další vývoj, na jeho

postavení ve společnosti. Znamená kruté zacházení (zlomeniny, různá poranění, nitrolební krvácení, popáleniny, atd.), nedostatek zdravotní péče, výchovy, vzdělání. Aktivní forma – znamená spíše fyzické ubližování, násilí, pasivní forma – je charakterizována nedostatečným uspokojováním životních potřeb. Toto vše je spojeno s citovým týráním a vydíráním (nadávání, výsměch, šikana, izolace, nahánění strachu až panické hrůzy, atd.)(Malá, Raboch, Sovák, 1995).

Zanedbávané dítě je vystaveno pasivní formě citového, psychického a fyzického týrání. Jde o otázky hygieny, výživy, adekvátního kontaktu, porozumění a stimulace. Jde o nedostatečný dohled a vystavování nebezpečným nebo stresovým situacím. Dítě vyroste v dospělého bez empatie, velkorysosti, štědrosti, šlechetnosti, ale hlavně bez lásky (Halfarová, 1994).

Syndrom CAN, je-li nadbytečně a vynuceně vyšetřován, vede k druhotnému poškození dítěte, k tzv. **sekundární viktimizaci**. Viktimizace dítěte je často stejně zraňující jako CAN: svými necitlivými zásahy (např. umístění dítěte v dětském domově), opakovaným vyšetřováním různými experty v rámci trestního řízení atd. Jde o nerespektování základních potřeb dítěte ve specifické traumatické situaci, jde vlastně o selhání dospělých (často odborníků) pod pláštíkem ochrany a práva (Malá, Raboch, Sovák, 1995).

U nás používaný termín “týrané dítě” (ekvivalent anglického child abuse and neglect či německého Kindermisshandlung) dobře vystihuje široký rozsah společensky nepřípustných forem jednání vůči dítěti. V našem pojetí představuje veškeré způsoby týrání dítěte, počínaje bitím a různým fyzickým poškozováním a konče rozličnými způsoby duševního týrání.(Malá, Raboch, Sovák, 1995).

Sexuálně zneužívané dítě

Na konci 20 století se vyděluje jako samostatná jednotka **syndrom sexuálního zneužívání dítěte** (CSA, Child Sexual Abuse syndrom).

“Sexuální zneužití je zavzetí závislého, vývojově nezralého dítěte nebo adolescenta do sexuálních aktivit, které jím nejsou plně pochopeny a přijímány a narušují jeho sociální tabu v rodinných rolích.” (Schechter, Roberge) Lze uvést i Fraserovu *krátkou definici*, která sexuální zneužití dítěte chápe jako: “Zneužití dítěte pro sexuální uspokojení dospělého”. Sexuální aktivita vůči dítěti může být provázena agresivitou, ale může být i bez ní (Malá, 2002)**.**

Sexuální zneužívání je “nálepkou” pokrývající široký rámec od verbálních sexuálních návrhů, komentářů a obscénností, sledování pornofilmů a zneužití dítěte pro dětskou pornografii, přes nekontaktní sexuální chování, k přímému sexuálnímu kontaktu (Finkelhor, 1986).

Aby sexuální chování mohlo být označeno za **zneužití**, mělo by splňovat tři podmínky: 1. aktér je mnohem starší a zralejší, než dítě 2. je v pozici autority nebo v pečovatelském vztahu k dítěti a 3. aktivity vymáhá silou nebo podvodem (Halfarová, 1994).

Další důležité dělení, zvláště s ohledem na řešení traumatu, je na **intrafamiliární** a **extrafamiliární**. Sexuální zneužívání v rodině nebo mimo rodinu. Velkou polemiku na veřejnosti vyvolávají případy sexuálního zneužití osobou, která je společností respektována a je pokládána za důvěryhodnou, např. učitel, trenér, kněz (Malá, Raboch, Sovák, 1995).

Sexuální *zkušenost* v dětství s osobou *nad 18 let* je udávána v literatuře v širokém rozmezí od 6 do 66 %. Většina autorů se však shoduje na 20 % u běžné populace a na 30 % u psychiatrických klientů. Z těch 25 % tvoří pacienti s diagnózou poruchy příjmu potravy. Poměr chlapců k dívkám je 9: 20 (Marten, 1989).

Sexuální zneužívání *v rodině* (vzorek 99 dětí Bentovin); 38 % nevlastní otec, 16 % vlastní otec, 15 % bratr, 10 % ostatní příbuzní (dědeček), 5 % matka. U poloviny - 50% trvalo sexuální zneužívání 3 až 5 let !

Typická situace sexuálního zneužívání v rodině – rodina je dysfunkční, dítě je v sociální izolaci, při zneužívání je pasivní ,bez možnosti bránit se,viníkem je (nejčastěji) nevlastní otec. Socioekonomická situace rodiny je většinou špatná.

Dítě je při zneužívání pasivní, maximálně verbálně odporuje (bojí se zveřejnění, často je zneuživatelem vázáno k mlčenlivosti různými způsoby přes uplácení po vyhrožování). Nemá kamarády nebo o ně začíná přicházet, Rodina je dysfunkční a často tam “běží” alkoholismus (Malá, Raboch, Sovák, 1995).

10. PRAKTICKÁ ČÁST

10.1. Cíle a Úkoly

Cílem teoretické části diplomové práce je vymezení jednotlivých pojmů týkajících se aktivit s využitím koně (AVK), terapie s využitím koně pomocí psychologických prostředků (TVKPP), hipoterapie a sportu handicapovaných.
Dále jsem se v práci zaměřila na všeobecné působení hiporehabilitace na osobnost klienta (po psychické i fyzické stránce) s důrazem na aktivity s využitím koně (AVK) a terapii koněm pomocí psychologických prostředků (TVKPP). Současně se teoretická část věnuje léčebnému využití koní, požadavkům kladeným na koně při hiporehabilitacích i komunikaci mezi člověkem a koněm a jejich vzájemnému soužití.
Popisuji zde rovněž nejčastěji se vyskytující diagnózy u klientů terapií, složení terapeutického týmu, osobnostní předpoklady, znalosti a dovednosti jednotlivých členů týmu, a to takovým způsobem, aby této problematice porozuměli případní zájemci, ale i laická veřejnost.

Cílem praktické části je zjistit, zda mají aktivity s využitím koně (AVK) a terapie s využitím koně pomocí psychologických prostředků (TVKPP) vliv na psychický a fyzický stav klienta a zhodnotit její pedagogické a sociální aspekty.

Úkoly:

I. Nastudování a zpracování dostupné literatury
II. Aktivní účast na přípravě a vedení hiporehabilitačních jednotek
III. Roční pozorování pěti vybraných klientů .
IV. Analýza, porovnání a vyhodnocení dosažených výsledků
V. Vlastní zhodnocení a závěr práce

10.2. Metody výzkumu

Dotazník
Osobní rozhovor
Náhled do lékařské zprávy
Pozorování
Analýza dokumentů a dat

V rámci šetření byla použita kvalitativně-kvantitativní metoda. Pro ověření posunů ve školních dovednostech (pedagogický aspekt), zdravotním, psychickém a sociálním stavu klientů jsem použila osobní rozhovor, po písemném svolení náhled do zdravotní dokumentace, dotazníkovou metodu, pozorování a analýzu dokumentů a dat.

Dotazník byl předložen jak samotným klientům, tak i jejich blízkým. U nesvéprávných jedinců (osoba nemůže sama za sebe rozhodovat, ale má určeného opatrovníka) vyplňovali dotazník přítomní členové rodiny (opatrovníci). Cílem dotazníku bylo zjistit jak byli klienti a jejich blízcí spokojeni s hiporehabilitačními jednotkami a zda tato aktivita nějak ovlivnila jejich život (zdravotní, sociální, psychické hledisko).

U jednotlivých klientů jsou prováděny v průběhu terapií jednoduché (fyzické, psychické) testy, aby se zjistil pozitivní nebo negativní vliv terapií.

10.3. Charakteristika souboru

Praktická část je zaměřena na hiporehabilitační jednotky občanského sdružení Epona se sídlem ve stáji v Hostinicích u Brna. Sdružení získalo statut střediska praktické výuky pro hipoterapii ČHS, což představuje výuku hipoterapie účastníků kurzu hiporehabilitace nebo NCO NZO Brno (bývalí institut dalšího vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví) a pro výuku studentů MU Brno (volitelný předmět hipoterapie). Do výzkumu bylo vybráno pět

klientů s různými diagnózami dětského a adolescentního věku a to tři klienti občanského sdružení Epona a dva klienti zúčastňující se terapií soukromně mimo občanské sdružení.

Tito klienti se pravidelně nejméně jeden rok zúčastňovali hiporehabilitačních jednotek s cílem zlepšit svůj zdravotní stav. Během této doby byly shromažďovány materiály a poznatky týkající se posunů v jejich zdravotním stavu. Po uplynutí jednoho ročního období byly výsledky zpracovány a vyhodnoceny.

10.3.1. Klient A

Chlapec narozen 1996. Nejdříve diagnostikována DMO jako centrálně hypotonický syndrom s mentální retardací a autistickými rysy. Později byla diagnóza upřesněna jako dětský autismus. Chlapec chodí o široké bázi, má horší koordinaci pohybů, v současné době se řeší korekce postavení nohou s ortopedem. Klient je emočně labilní, míval agresivní sklony, zpočátku terapií nebyl schopen kontaktu s koněm (pohlazení), ani s cizími lidmi. Klientovi trvá delší dobu než naváže vztah s terapeutem, než jej začne respektovat a vnímat že tam je. Pobyt v cizím prostředí klient špatně zvládá. Jako většina autistů má stereotypní chování, má rád svůj denní řád.

K chlapci byl vybrán valach českého teplokrevníka Gen, jehož psychické vlastnosti a fyziologické parametry vyhovují nárokům klienta. Gen je obdélníkového rámce, má prostorný chod a drží v těžišti, je vhodný pro klienty s ortopedickými a neurologickými diagnózami.

Klient dochází na terapie jednou týdně po dobu několika let. Terapeutická jednotka trvá přibližně dvacet minut.

Klient ani jeho okolí nemělo žádné předchozí zkušenosti s koněm.

Terapie probíhá v rámci jízdy na koni. Práce s koněm ze země (čištění, vodění koně) nebyla pro klienta dostatečným stimulem. Zpočátku terapií nebyl

klientu příjemný kontakt se srstí koně (koně ani nepohladil). Po nějaké době byl úspěch, že na výzvu dokázal pohladit koně, a že vůbec akceptoval někoho vedle sebe.

V průběhu dospívání se u klienta objevuje agresivita, agresivní chování - až sklon k sebepoškozování. Takovým posledním stimulem a spouštěcím bodem tohoto agresivního chování bylo, když se u klienta v průběhu terapií (v jiném středisku) střídalo mnoho pomocníků. U jedince se začala objevovat emoční labilita, odpor k terapiím, až agresivní výstupy vůči okolí i jeho zdravému bratru. Problém s agresivitou se rodiče snažili řešit všemožnými způsoby i medikamentosní léčbou, ale jedinec byl po nasazení léčby příliš utlumen, proto se tato léčba omezila. Pobyt v nemocnici je pro chlapce velmi stresující, nezvládá jej a v průběhu hospitalizace měl záchvaty vzteku. Rodiče zjistili, že se dá uklidnit metodou takzvaného pevného objetí. Jedinec vyžaduje kolem sebe známé tváře, akceptuje pobyty na známých místech v rodinném kruhu nebo s lidmi které delší dobu zná.

Asi po čtyřech letech terapie zvládl chlapec jednoduché cviky na výzvu, např. upažení rukou (letadlo), házet si míčem s terapeutem. Chlapec se upíná v určitém období vždy na určitou činnost, věc a jinou v tu dobu neakceptuje. Ze začátku terapií byl obrovským stimulem „Bořek Šikula“ (pohádková postavička), poté následovalo období míče a v současné době má ve velké oblibě kočky. Jednotlivá období trvají vždy několik let.

Terapie jsou ježděny po trasách v přírodě, a to z důvodů pobytu na čerstvém vzduchu, mnoha podmětů z okolí a i proměnlivosti terénu, ve kterém má jízda na koni větší vliv na zapojování klientova hlubokého stabilizačního systému.

V posledním roce a půl začal klient lépe akceptovat kontakt s cizími lidmi. Je fixován na matku a terapeutku, kterou zná mnoho let. Pokud jsou u terapie tito lidé, je otevřenější a klidnější a ochoten navázat kontakt i s cizím člověkem. K lidem které zná se hlásí a pamatuje si je i po delší odluce. Posledního půl roku je psychický stav zlepšen. Klient je více komunikativní, méně agresivní. Klient je nyní schopen pronést pár slov, ale jen jako reakci na

podněty z okolí, které si sám vybere. Terapeut se snaží udržet co nejdéle jeho pozornost u podmětu, který si klient sám vybere. Terapie se projevila v kladném slova smyslu i na stabilitě jedince v prostoru, koordinaci a posílení svalového korsetu.

V současné době je největším motivačním činitelem kočka. Nemá rád psí štěkot (děsí jej a zacpává si uši) i když psa známých snese, chodí s ním na procházky a rád jej vodí na vodítku. Po ukončení terapie jde vždy do stáje hledat a hladit kočky. Na terapii si někdy vozí plyšovou kočku, kterou mívá i při jízdě na koni.

Za hlavní přínos terapií u tohoto klienta považuji: přijetí terapií klientem (jedna z mála forem terapií, kterou akceptuje), navázání spolupráce klienta s terapeutem a okolím, zlepšení psychické stránky klienta, zklidnění, celkový rozvoj komunikačních dovedností a zlepšení komunikaci klienta s okolím, pobyt na čerstvém vzduchu, oslovení a aktivace celého svalového systému.

10.3.2. Klient B

Sourozenci vzdálení od sebe rok. Chlapec narozen 1992 a děvče narozeno 1993. Diagnostikovaná těžká mentální retardace, DMO a CDG syndrom. CDG syndrom je multysystémové metabolické onemocnění na genetickém podkladě. Diagnostikované pomocí genetických testů. V klinickém obrazu je tento syndrom vyjádřen: těžkou mentální retardací, neurologickými poruchami, poruchou mozečkových funkcí (rovnováha). Vždy se u klientů s tímto syndromem vyskytuje mentální retardace a do jisté míry porucha pohybu (koordinace v prostoru, odhadnutí vzdálenosti, rovnováha). Častá je hluchota, může se vyskytnout epilepsie. Obě děti mají těžkou mentální retardaci s horší koordinací pohybů, ale chůzi zvládají. Možná i vzhledem ke ztížené pohyblivosti se sourozenci neradi zapojují do některých činností, radši pozorují z povzdálí. Mají rádi dění kolem sebe. Na významné stimuly sami reagují zvukem, ale radši poslouchají a pozorují.

Děvče je oproti svému bratrovi více otevřené, komunikativnější a pohyblivější.

Chlapec trpí těžkou hluchotou a vyskytly se u něj i epileptické záchvaty. S přibývajícím věkem a narůstající váhou začíná mít problémy s kyčlemi. To rodiče řešili s ortopedy. Moc podmětů v jeho okolí ho nezaujme, komunikuje jen když chce. V pohybu preferuje klient pravou ruku. V soukromí dokáže být klient i hodně vzteklý a agresivní.

K **dívce** byl vybrán na terapii valach Gen. Gen je český teplokrevník obdélníkového rámce, drží v těžišti. Má výbornou mechaniku pohybu, prostorný chod. Pohyb jeho hřbetu je příjemný, nikterak náročný. Je vhodný pro neurologické diagnosy a mentální retardace. K **chlapci** byla na terapie vybrána klisna Bublina. Bublina je slezský norik. Je to kůň lehčího chladnokrevného typu, s výbornou mechanikou pohybu a pevným hřbetem. Klisna je velmi ochotná a pracovitá, od klienta vyžaduje klid a jistotu. Jejím zaměřením jsou neurologické vady, těžký mentální a fyzický handicap, kombinované vady, retardace.

Sourozenci se terapií zúčastňují pravidelně od 17. září 2010, jezdí jednou za čtrnáct dní, a to především kvůli velké vzdálenosti pro dojíždění. Terapeutická jednotka trvá přibližně dvacet minut.

Terapie se provozuje ve volné přírodě na vyznačených trasách. Klienti se dostanou na čerstvý vzduch, do přírody, kde je mnoho podmětů z okolí, které na jedince působí. Též z důvodu proměnlivosti terénu, ve kterém má jízda na koni větší vliv na zapojování klientova hlubokého stabilizačního systému. Terapie probíhá jízdou na koni, aktivací smyslového a pohybového ústrojí, s požadavky na jednoduché úkoly.

Před započetím terapie žádný jiný kontakt s koněm u klientů neproběhl.

Chlapce není moc komunikativní, velké množství podmětů ho v jeho okolí nezaujme. Nenechá se strhnout nějakým příkladem, ale kontakt navázat dokáže. Částečně to souvisí i s jeho hluchotou. Když ho ale přece jen něco zaujme, tak na to sám upozorní. Na co ale skoro vždy reaguje, je vlak. Je to jeho největší motivační stimul. Na vyzvání k činnosti většinou nereaguje (buď neslyší, nebo nechce slyšet). Po mnoha terapiích se docílilo toho, že chlapec pohladí na výzvu terapeuta koně (ne vždy se to podaří). Chlapec má rád mávání - rád mává okolí (lidem které potká). Ideální je potkat při terapii dalšího koně s jezdcem. Také z důvodů horší koordinace klienta byl klient dříve při terapiích jištěn z jedné strany terapeutem a z druhé pomocníkem. V současnosti se klient cítí jistější, proto není nutné jištění pomocníkem, ale pouze terapeutem z jedné strany. Dalším posunem jsou reakce klienta na podměty z okolí, aktivace jeho smyslového systému a rozvoj komunikace a vzájemné inter akce. Z terapie má nyní chlapec radost a těžší se na ni. V rámci terapie byla zkoušena i práce ze země (čištění, hlazení koně), ale klienta nezaujala. Raději pozoruje dění.

Děvče je oproti bratrovi komunikativnější, ukazuje obrázky a ráda reaguje na nové lidi - přiběhne k nim, obejme je a ukáže jim obrázek, knížku, která je momentálně středem jejího zájmu. Dívka má trochu sklony k hypochondrii. Ráda upozorňuje na to, co jí bolí nebo se jí stalo, např. odřeninu na ruce musí mít pečlivě zavázanu a ukazuje ji svému okolí. Také se dokáže pořádně rozčilovat když nejdou věci podle jejího plánu. Terapie je prováděna na koni ,který je veden vodičem. Během terapií se pozornost soustředí jak na psychickou, tak fyzickou stránku klientky. Komunikací s terapeutem o s okolním prostředím se rozvíjí psychologická stránka klientky, soustředění a vzájemná interakce s okolím. Zkoušela se i práce s koněm ze země jako čištění, vodění koně. Dívka (s asistentem) dokáže koně vyčistit. Na koni jezdí dívka ráda samostatně bez držení pomocníkem. V současné době je to vzhledem k jejímu zdravotnímu stavu a získaným zkušenostem možné. Pomocník pouze dohlíží. Sama drží v těžišti. Po upozornění nebo někdy i sama si již dokáže zkorigovat sed. Na výzvu, musí ale sama chtít, pohladí koně, provede

jednoduchý cvik - např. letadlo (upažit) neudělá, ale reaguje na okolní podněty a chce o nich komunikovat. Komunikaci musí ale vést a rozvíjet terapeut.
Terapie současně působí na svalový tonus klientky, posiluje svaly, zlepšuje stereotyp chůze.

Terapie jízdou na koni a komunikací s ním je pro sourozence jedna z mála pohybových aktivit, kterou akceptují a těší se na ni. Je velmi těžké je namotivovat k pohybu.

Oba sourozenci se pravidelně zúčastňují terapií, hiporehabilitačních táborů a akcí pořádaných sdružením. Terapie slouží jako sociální prostředek pro celou rodinu (terapie celé rodiny). Rodiče si rádi popovídají s ostatními rodiči, podělí se o své zkušenosti, zážitky, postěžují si. Terapie berou jako výlet pro celou rodinu a aktivitu, na kterou se děti těší.

Cíl terapie vidím u těchto klientů v: udržování stávajícího zdravotního stavu klienta, aktivaci klienta, motivaci, vnímání podmětů z okolí, vytržení ze stereotypu, navázání nových kontaktů, udržení koordinovaného pohybu v rámci chůze, posturálního systému - aby se nezhoršoval, např. postižení kyčlí.

10.3.3. Klient C

Chlapec narozen roku 1992. Diagnostikována středně těžká mentální retardace. Porucha koordinace, pohybu, z počátku terapií strach z prostoru na koni (v klidu i za jízdy).

Pro terapie byla ke klientovi vybrána klisna Bublina. Bublina je slezský norik. Je to kůň lehčího chladnokrevného typu s výbornou mechanikou pohybu, pevným hřbetem, velmi ochotná a pracovitá. Od klienta vyžaduje klid a jistotu. Jejím zaměřením jsou neurologické vady, těžký mentální a fyzický handicap, kombinované vady. Snese tvrdší ruku jezdce.

Na terapie se začal klient dostavovat od roku 2005. Terapeutická jednotka probíhá jednou týdně po dobu přibližně dvaceti minut.

Zpočátku spolupráce se klient zúčastňoval běžných hipoterapií za účelem aktivace pohybového aparátu, podpoření správného stereotypu při bipedální lokomoci, zapojení hlubokých svalů zádových a v rámci podpory tělesného vývoje jedince. Nesmí se opomenout navykání na kontakt s koněm a odstraňování klientova strachu a nejistoty z jízdy na něm a pohybu v jeho blízkosti (stáj, jízdárna). S postupem terapií začíná klient reagovat na výzvy a je schopen provést jednoduché cviky na koordinaci (upažit, kruhy, sáhnout si pravou rukou na levou nohu...).

Po několika letech terapií, kdy byla u klienta odstraněna hrůza a strach z jízdy na koni a nejistota pobytu v blízkosti koně (velký respekt ke koni přesto zůstává), se stala součástí terapií práce klienta s koněm ze země. Práce klienta ze země spadá pod takzvané aktivity s využitím koně (AVK) a terapie s využitím koně pomocí psychologických prostředků (TVKPP). Klient se učil čistit koně, vodit ho na procházky do přírody s jištěním druhým vodítkem od pomocníka. Po nějakém čase vodí koně bez jištění, jen s doprovodem.
Během procházek se prováděly různé cviky jako slalom mezi stromy, překonávání překážek (potok, most, kavaleta), projití vyznačené trasy, podpora potlačení negativní reakce na psí štěkot, hluk, pohyb motorových vozidel.

Po absolvování práce s koněm ze země se tyto úkoly snažil zvládnout klient ze sedla. Nejdříve byl kůň při práci s klientem veden pomocníkem, později řídil klient koně sám, bez jakéhokoli jištění. Terapeutická jednotka vypadala tak, že klient jel samostatně na koni a prováděl s ním dle terapeutových instrukcí stanovené úkoly. Tento trénink sloužil současně pro uvědomění si prostoru a orientace v něm. Jedním z těžších úkolů, které se naučil klient zvládat, je rozejití koně rychlejším tempem a pomalejším tempem, zastavit koně.

Vzhledem ke klientově šikovnosti se s ním terapeuti rozhodli od loňského roku začít trénink na soutěžní „paradisciplínu“, trail. Tato disciplína klientovi vyhovuje vzhledem ke svému přesnému a jasnému stanovení úkolů a pokynům jak překonat překážku. Při tréninku této disciplíny bylo pro klienta náročné naučit se překonat na koni překážky (slalom, přenesení předmětu z jednoho barelu na druhý, otočení v kruh, přejití mostku, projití brankou…). Nejdříve překážkovou dráhu prošel klient po jednotlivých překážkách sám s terapeutickým doprovodem a s pokyny jak zdolat překážky, poté s koněm na vodítku a až naposledy se snažil překážky překonat na koni. Úkoly jsou během tréninků všemožně obměňovány. Klient musí překonat překážky nejdříve jednotlivě, poté v určité posloupnosti za sebou. Ta se ovšem dle cvičitelových pokynů mění. Tyto úkoly jsou velmi náročné na zapamatování, orientaci v prostoru, důslednost, soustředění a trpělivost klienta.
Díky těmto cvičením se chlapec učí následnosti věcí, zodpovědnosti, orientaci v prostoru, přesné reakci na pokyny. Práce s koněm ho naplňuje. Má ji velmi rád, je to pro něj motivace, forma trávení volného času. Rád se dívá na jezdecké závody a aktivity spojené s koňmi. V rámci terapií byla zkoušena i jiná soutěžní disciplína, a to paradrezůra. Paradrezůra byla pro klienta shledána jako nevhodná vzhledem ke své náročnosti na pochopení při plnění úkolů, např. kruh (klient má problém si úkol v prostoru představit). Proto je pro chlapce vhodnější (jasnější a jednodušší) disciplína trail.

Trail lze označit jako westernový parkur. Disciplínu tvoří šest překážek, které musí jezdec s koněm překonat. Z překážek jsou tři povinné (průchod brankou, překonávání řady kavalet, couvání) a tři volitelné (např. přenášení předmětu, vodní příkop, chůze přes houpačku). Dráhu a způsob překonání překážek určuje rozhodčí.

V průběhu puberty se klient „hledal“ a našel způsob jak trávit volný čas a jak se zapojit do aktivit a být užitečný právě v práci s koňmi. Na hiporehabilitačních táborech odchodil celé hiporehabilitační jednotky s terapeuty, díval se, zajímal se, snažil se pomoci, být užitečný. Začalo se mu

poté říkat asistent. Práce s koněm je pro něj obrovská motivace a i určitý způsob osamostatnění. Na tábory jezdí sám, matku odmítá. Velmi ho těší, když vidí zájem o svou osobnost. Když mu někdo něco pochválí.

Za velký úspěch je považováno, že si chlapec při poslední terapii sám vyžádal jízdu v klusu, i když má z rychlejšího pohybu na koni velký strach. Za další úspěch lze považovat, že je možné klienta k výkonu vyburcovat. Pokud úkol splní, má velký pocit sebeuspokojení.
V současné době je plán začít se s klientem věnovat disciplíně paravoltiž.

Paravoltiž je disciplínou parajezdectví vycházející z AVK a TVKPP. Jedinec se zdravotním znevýhodněním (paravoltižér) vykonává pod odborným vedením na nesedlaném koni gymnastické cviky, a to buď samostatně, nebo ve dvojici. Kůň je veden lonžérem na lonži ve voltižním kruhu.

Za cíl terapií u tohoto klienta považuji: zlepšení orientace v prostoru, větší spolupráce s okolím, s terapeutem, zlepšení komunikace, trpělivost a preciznost klienta při plnění zadaných úkolů, identifikace sebe sama, zvýšení sebedůvěry, osamostatnění, zlepšení koordinace klienta, aktivace svalového systému, posílení, z počátku terapií podpora při rozvoji pohybového aparátu jedince.

10.3.4. Klient D

Dívka narozena 1991, na žádost rodičů byla jmenovaná roku 2004 komplexně vyšetřena pro začínající selhávání ve škole. Vyšetření ukázalo, že jde o mírnou kognitivní poruchu, která se projevuje hlavně poruchou soustředivosti a pozornosti, sníženou výdrží koncentrace pozornosti, zvýšenou unavitelností a neurotickou inhibicí. Určité specifické příznaky svědčí pro mozkovou dysfunkci, která tvoří biologický podklad obtíží. Obtíže jsou sumovány osobnostními rysy perfekcionismu, kde je obtížné rozhodování, strach z chyb a špatné kvality výkonu s pocitem, že práce není optimálně

provedena. Klientka má dobré intelektové schopnosti, díky kterým zvládá sociální úkoly kladené běžným životem a částečně zvládá i edukativní úkoly a zátěž školy, avšak za cenu daleko většího vypětí, než je tomu u souvěkovců. Inhibice je vyjádřena i v sociální oblasti a projevuje se plachostí se ztíženou komunikací se souvěkovci.

Pro terapie byla pro klientku vybrána klisna českého teplokrevníka Karin. Klisna je čtvercového rámce, drobnější, s arabskými rysy, výborného temperamentu a povahových vlastností. Má ráda práci s dětmi, ráda se nechá čistit a opečovávat. S klientem je po delší spolupráci schopná navázat velmi úzký vztah. Na to co se ji nelíbí dokáže upozornit a zkorigovat klienta.

Na terapie se klientka dostavuje od roku 2005. Terapie probíhají individuálně jednou týdně přibližně jednu hodinu.

Klientka ani její okolí nemělo žádné předchozí zkušenosti s koněm. Proto je třeba postupovat pomalu. Nejdříve bylo třeba, aby se klientka s koněm seznámila a navázali mezi sebou kontakt. Poté následovalo seznámení s bezpečností práce vykonávané s koněm nebo v jeho blízkosti. Klientka se učila o koně starat. Metody správného čištění, uzdění, sedlání, ale i jak mu vyčistit box a správně nastlat nebo co mu dát k jídlu a co ne.

Následovala práce s koněm ze země. Klientka chodila za doprovodu terapeuta s koněm na procházky, učila se s ním překonávat různé překážky jako potok, spadlý strom, složitý terén. Po naučení se ovládat koně ze země se mohlo přistoupit k jízdě na koni. Před samotnou jízdou si musela klientka vše potřebné obstarat sama. Terapeut jen pozoroval, upozornil na případné nedostatky, ale do činnosti se jinak nezapojoval.

Terapie (jízda) na koni probíhala formou procházek do přírody. Klientka se učila koni porozumět, vycítit jeho pocity a reakce. V případě reakce ze strany koně se musela klientka naučit okamžité odpovědi, vyhodnotit co nejlépe

situaci a okamžitě reagovat (na perfekcionismus není čas). To znamená, že musí být nepřetržitě ve střehu (udržet co nejdéle pozornost). Při práci s koněm je také důležitá interakce s ostatními lidmi ve stáji. To vede k potlačení nesmělosti a k navazování kontaktů. Klient má možnost zařazení se do kolektivu lidí se stejným zájmem.

Klienta byla z počátku terapií tišší, nesmělá, nedůvěřivá. Trvalo delší dobu než navázala kontakt s terapeutem. Po několika letech co terapeuta zná a ví, že mu může důvěřovat, se chová úplně jinak. Mnohem lépe komunikuje, je otevřenější, odvážnější v jednání. Navazování kontaktů s cizími lidmi je pro klientku v současnosti mnohem snazší. Dívka v blízkosti koně přestala jednat stereotypně a upjatě (to v kontaktu s koněm nelze). Nelpí na perfektním výsledku i když sklony k perfekcionalismu stále přetrvávají. Klientka našla aktivitu ve které může vynikat a kterou jen tak někdo nedělá. Tím se zvýšilo i její sebevědomí a zlepšil se tak i kontakt s vrstevníky. Práce ve škole se také zlepšila. Klientka dokáže mnohem déle udržet pozornost a nevyčerpává jí to tolik jako dříve. Toto plus se projevilo i na studijních výsledcích.

Postupem času se u dívky vytvořil ke koním velmi velký cit. Terapie přestaly být terapiemi, ale staly se aktivitou a způsobem jak tráví klientka svůj volný čas. Aktivitou, která ji naplňuje, uklidňuje, získá při ní kondici, posílí svalový korzet, seznámí se s novými lidmi. Má kamaráda bez předsudků, který ji bere takovou jaká je, nezlobí se na ni jakou dostala známku ve škole, jak se zachovala k sourozenci, neupozorňuje na to, že přibrala nebo nemá umyté vlasy. Prostě ji bere takovou jaká doopravdy je, a to je pro dívku velmi důležité.

Hlavní přínos terapií u této klientky vidím: ve zlepšení celkového psychického stavu, lepší komunikaci s okolím, v uvolnění klientky, snížení stereotypního a ulpívavého chování a touze po dokonalost, v sebepoznání a nalezení aktivity, která klientku baví, zvýšení sebedůvěry, ve zlepšení soustředění, menší

unavitelnosti, i v lepších studijních výkonech. Dále ve zvýšení fyzické kondice a posílení pohybového aparátu.

10.3.5. Klient E

Chlapec narozen roku 2006. RT. Praematuritas (33. týden), neonatální bakteriální sepse – respirační selhání, metabolická acidosa. Hyperbilirubinemie – fototerapie. Sledován v poradně pro rizikové novorozence. Od kojeneckého věku známky zvýšené neurovegetativní dráždivosti, lekavý, problémy se zažíváním. Na žádost rodičů byl chlapec v roce 2008 vyšetřen za účelem posouzení vývoje. Z vyšetření vyplívá lehký vývojový deficit, zřejmě na bázi difuzního lehkého postižení CNS (rizikové faktory v prenatálním a raně postnatálním období). Lehké vývojové problémy se projevují především v oblasti expresivní řeči - obsahové složky a artikulace, ale i v jemné vizuomotorické souhře a koordinaci jemných pohybů ruky a celkové motorické neobratnosti. Lehce dysfunkční je vývoj pozornosti.

Dne 16. 9. 2009 proběhlo kontrolní šetření, ze kterého vyplývají tyto závěry: Sociální nároky a situace zvládá chlapec dobře, není úzkostný ani nadměrně spontánní. Pokročil ve schopnosti akceptovat řízenou činnost. Pozornost je ale krátkodobá, lépe ji zaměří a udrží při práci s názorným materiálem. K verbálním pokynům a dotazům ji orientuje obtížněji. Vyhovuje mu pestrá nabídka střídajících se aktivit, u jednotvárnějších jeho pozornost rychle opadá. V řeči nemá zábrany. Zřetelně pokročil ve schopnosti slovního dorozumění. Formuluje jednoduchá slovní spojení adekvátním užitím předložky. Slovní zásoba se rozrůstá o nové slovní druhy (slovesa, přídavná jména, předložky). Popis komplexnějšího dějového obrázku ještě samostatně nezvládá, odpoví ale na dotazy. Artikulace zůstává přibližná, obtížně srozumitelná. Pokud mu naslouchávající nerozumí, špatně to prožívá, reaguje afektem zloby. Sám řeči rozumí dobře - porozumění odpovídá věku (ukáže předměty a obrázky nejen podle názvu, ale i podle popisu použití nebo vlastnosti, chápe souvislosti na úrovni jednoduchých protikladných analogií –

správně doplní). Vizuální vnímání pokročilo k identifikaci totožných konkrétních obrázků a jednoduché konkrétní syntéze. Má problém s představivostí - nenapodobí jednoduchou prostorovou konstrukci z kostek, nezvládá kreslené zobrazení (zatím ani první jednoduchá schémata). Obtížně interpretuje linii i nápodobou. Potřebuje orientační body, jejich spojení čárou zvládne. Při manipulaci střídá ruce, dominance není jasná. V jemné motorice je zřejmě lehká neobratnost, nepřesnosti v cílení pohybu, v jemné vizuomotorické souhře. S tužkou zachází přiměřeně účelu, úchop je ale málo přizpůsobený (drží tužku v natažených prstech). Má potíže s umístěním víčka na krabičku, se šroubováním uzávěru. Prstový úchop na úrovni pinzetového funguje.

K chlapci byla na terapie vybrána klisna ponyho Baruška. Baruška je velmi klidná a trpělivá, má ráda práci s dětmi. Nevadí jí velké skupiny klientů, které ji čistí a pečují o ni. Vzhledem ke své výšce a snadné ovladatelnosti se využívá zejména k práci s dětmi.

Klient dochází na terapie od začátku roku 2010 dvakrát týdně. Terapie trvá individuální formou přibližně dvacet minut.

Chlapec se do kontaktu s koňmi dostává od narození. Rodina vlastní dva koně. Raný pohybový vývoj chlapce byl stimulován rehabilitačními metodami s využití hipoterapie. V současné době je chlapec zařazen do jiného odvětví hiporehabilitace, a to do terapie s využitím koní pomocí psychologických prostředů (TVKPP) a aktivit s využitím koní (AVK).

V terapeutických jednotkách je kladen důraz na komunikaci mezi chlapcem a terapeutem. I přes to, že se chlapec dostává do kontaktu s koňmi od narození, chová k nim přirozený respekt hraničící až se známkami strachu. Při terapiích musí být přítomen člen rodiny nebo někdo, koho zná od narození. Sám s terapeutem být nezvládá. V napjatých situacích chlapec reaguje pláčem, křikem a odmítá spolupracovat.

V rámci terapeutických jednotek byla snaha odstranit strach z kontaktu a práce s koněm, což se vcelku podařilo. Klisna Barunka je pro tento úkol

ideální. Klient se jí, vzhledem k její velikosti a klidnému chování, postupem terapií přestal bát. Dokázal ji pohladit, dát jí pamlsek, později i učesat nebo zlehka vyčistit. Během terapie se učil poznávat a pojmenovávat předměty (např. čištění z obrázků). Byla rozvíjena vzájemná komunikace mezi terapeutem a klientem a vztah klienta k terapeutovi. Chlapci trvalo delší období než terapeutovi začal věřit. Dále se během terapií rozvíjela chlapcova paměť a představivost - cílenými otázkami, úkoly a vyprávěním. Chlapec se měl například zamyslet, jestli zná nějakou pohádku, kde se objevuje kůň, a říct jak ten kůň vypadal, co dělal, komu patřil...

Nyní je chlapec schopný vodit koně (poníka) za sebou a překonat s ním lehké překážky (např. projít kolem maminky, pak prokličkovat mezi kužely, projít brankou, kde si utrhne odměnu, a zpátky k terapeutovi). Po zdárném dokončení úkolu se na tváři chlapce většinou objeví úsměv.

Za velký úspěch, který byl docílený terapiemi, považuji : odstranění strachu z koně a komunikace s ním, schopnost pracovat s koněm, zlepšení soustředění, rozvoj celkové chlapcovy komunikace a jeho vyjadřovacích schopností, lepší porozumění s vrstevníky.

10.4. Rozhovor

Rozhovor s lékařkou rehabilitační a fyzikální medicíny třebíčské nemocnice **MUDr. Martinou Jansovou**. MUDr Jansová je členkou pracovního týmu České hiporehabilitační společnosti, držitelka jezdecké licence a od roku 2010 je též držitelkou certifikátu specialisty pro hiporehabilitaci. Působí jako členka výboru občanského sdružení Epona, zaměřujícího se na hiporehabilitace.

1. Lze říci, že při hiporehabilitaci všeobecně nebo v rámci jejích jednotlivých odvětví převládá u klientely některá věková skupina?

Záleží na tom, na co je dané sdružení zaměřené. Například sdružení Svítání v Jablonci nad Nisou se věnuje neurorehabilitaci, proto má mnoho klientů z řad

dětí. Složení klientely hodně závisí na tom, s jakými institucemi sdružení spolupracuje. Například sdružení Epona spolupracuje především s rannou péčí, jiná sdružení spolupracují s denními stacionáři, s domovy důchodců, jsou při psychiatrických léčebnách. Podle toho je dáno věkové rozmezí klientů. Nelze opomenout spádovosti klientely.

2. Je možné určit u jakých diagnóz vzniká největší vazba klienta na koně?

Nedá se říci, že člověk s určitou diagnózou inklinuje spíše ke koním než člověk s jinou diagnózou. Záleží na psychice a osobnosti jedince. Jsou klienti kteří koně vyloženě milují a kůň je pro ně obrovským motivačním činitelem. Čím větší a hlubší emoce u klienta probíhají, tím lepší a hlubší paměťové stopy se v mozku tvoří.

Pokud se klient na terapii těší, o to více se při nich snaží a je u něho docíleno mnohem lepších výsledků, například při fixaci pohybového stereotypu.

3. Cíl rehabilitace u klienta určuje kdo a na jakém podkladě?

Cíl rehabilitace se určuje na podkladě lékařské zprávy, doporučení pedagogicko-psychologické poradny, speciálního pedagoga nebo na podkladě psychologické zprávy.

Cíle existují individuální. To znamená k čemu chci dospět jednotlivou terapeutickou jednotkou a potom je také cíl celkové terapie klienta.

Co půl roku se cíle přehodnotí a stanoví se, vzhledem k aktuálnímu stavu a nové lékařské zprávě klienta, cíle nové. Cíle se stanovují po rozhovoru a domluvě s rodiči. Rodiče mohou určit na co chtějí aby se terapie zaměřila. Dá se tedy říci, že se cíle odvíjejí i od potřeb rodiny.

4. Jaké jsou většinou první reakce klientů na koně a prostředí okolo něho?

První reakce klientů na koně bývají: strach (zvláště u malých dětí), zvědavost, respekt, ale i radost. Že by se klient při prvním kontaktu s koněm na něj hned vrhl se běžně nestává.

5. Přibližně po jak dlouhé době jsou u klientů vidět první pozitivní výsledky terapií?

Je to velmi individuální. U malých dětí, do tří, čtyř let mohou být vidět skoky z terapie na terapii. Ale není to pravidlem. Je to velmi individuální. U jiných klientů přicházejí úspěchy velmi opatrně a pomalu.

6. Zůstává po skončení terapií mezi klienty a sdružením kontakt?

Když u nás klient ukončí terapii, tak to bývá většinou z vážného důvodu, jako je třeba stěhování. Většinou klienti v terapiích, pokud to zdravotní stav dovolí, pokračují dlouhodobě. Ale řekla bych, že určitě nadpoloviční většina klientů, co už se na terapie nedostavuje, zůstává se sdružením v kontaktu. Část z nich se přijde podívat na akce pořádané sdružením, jede s námi na tábor, jiní zavolají a přijedou jen pozdravit, někdo pošle dopis.

7. Pořádá vaše sdružení mimo terapie i jiné aktivity pro klienty a jejich rodiny nebo veřejnost?

Každoročně se pořádají tábory a na jaře akce pro klienty a veřejnost. Akce má vždy nějaké téma. Letošní akce se ponese v duchu rytířů. Většinou je personálem a dobrovolníky sdružení nacvičeno nějaké vystoupení (pohádka). Pro děti jsou připravená stanoviště s různými úkoly. Za zdárné vykonání úkolu dostanou vždy malou odměnu. Dále se mohou účastníci svézt na koni. V zimně se pořádá mikulášská besídka. Proběhla spoluúčast na JOJO poháru (závody pro děti a handicapované). Tu bychom chtěli dále rozvíjet.

8. Existuje aktivita (terapie), která má pozitivní vliv na dosažení co nejlepších výsledků při hiporehabilitacích?

Hiporehabilitace slouží jako doplňková a podpůrná metoda léčby probíhající u klienta. Klienti v rámci léčby svého handicapu navštěvují individuálně rehabilitace, pedagogicko-psychologické poradny, psychiatra, jezdí také do lázní nebo se zúčastňují různých kurzů a sezení.

Výhodou hiporehabilitace je, že se provádí v přírodě, v průběhu terapeutické jednotky proběhne kontakt klienta se zvířetem, což při běžných terapiích

možné není. Takže slouží pro klienta jako takové zpestření a klient ji nepovažuje za léčbu.

Děkuji za rozhovor.

10.5. Zhodnocení výsledků terapeutických jednotek

Po proběhnutí ročního terapeutického období jsem požádala klienty i jejich blízké o vyplnění jednoduchého uzavřeného dotazníku, díky kterému se dozvím jejich názor na terapeutické jednotky, jejich přínos, zápor i případné požadavky kladené na terapie. V průběhu terapií se to klienti obvykle bojí říct, hlavně z důvodu, aby nenarušovali nebo neznepříjemňovali terapeutickou jednotku.

Vybrala jsem metodu dotazníku uzavřeného typu, a to hlavně proto, že je nejméně obtížná na vyplnění a aby zvládli dotazník vyplnit i samotní klienti.

Dotazník viz příloha 1.

10.5.1 Tabulka s výsledky dotazníku klientů (A, B, C, D,E)

otázka	Klient A	Klient B	Klient C	Klient D	Klient E
1 otázka	Možná ano	Možná ano	Ano, zcela jistě	Možná ano	Ano, zcela jistě
2 otázka	Možná ano	Ano, zcela jistě	Ano, zcela jistě	Možná ano	Ano, zcela jistě
3 otázka	Ano, zcela jistě	Ano, zcela jistě	Ano, zcela jistě	Ano, zcela jistě	Ano, zcela jistě
4 otázka	Jak kdy	Ano, zcela jistě	Ano, zcela jistě	Jak kdy	Ano, zcela jistě
5 otázka	Ano, zcela jistě	Ano, zcela jistě	Ano, zcela jistě	Ano, zcela jistě	Jak kdy

10.5.2. Zhodnocení dotazníkových výsledků

Velmi mě potěšilo, že všichni klienti odpověděli v dotazníku kladně na otázku, zda se na terapeutické jednotky těší. Z toho usuzuji, že se jim prostředí a atmosféra v průběhu terapií líbí a působí na ně příjemně.

Jako další úspěch terapií považuji, že si nadpoloviční většina klientů sama na sobě všimla posunu ve zdravotním stavu k lepšímu, a že všichni klienti tento úspěch přisuzují hiporehabilitacím.

Poněkud mě překvapila nerozhodná odpověď rodičů klienta B na otázku, zda se změnil zdravotní stav u chlapce k lepšímu. Chlapec udělal během terapií velký pokrok. Maminka však tuto nerozhodnou odpověď vzápětí odůvodnila tak, že nevěděla o jak velký časový úsek se jedná. Vzhledem k horšímu psychickému stavu klienta v období dospívání.

Velmi dobrý dojem na mě udělal rozhovor s klientkou E. Klientka v práci s koněm a jízdou na něm našla doslova svého „koníčka“. Podělila se se mnou o své současné zkušenosti a zážitky získané při práci s koňmi.

S maminkou a klientem C probíhá v posledních letech velmi úzká spolupráce. Kliente si terapie velmi chválí a stejně jako klientka E našel v aktivitách s koňmi zalíbení a způsob jak se prosadit. Proto v současné době trénuje na soutěžní disciplínu trail a chystá se zkusit paravoltiž. Matka v rámci chlapcova rozvoje a terapie hledá neustále nové techniky a způsoby jak chlapce stimulovat. Dá se říci, že má v oboru již mnoho zkušeností, ale jak ona sama říká, chlapec je nejspokojenější, když může být v blízkosti koní.

10.6. Závěry šetření

Šetření probíhalo po dobu jednoho roku v o.s. Epona a v rámci soukromých terapií. Jako asistent při terapiích jsem měla možnost sledovat chování a vývoj

jedince v jednotlivých terapeutických jednotkách, jeho úspěchy i neúspěchy během nich a porovnávat klientovy reakce a posuny v terapii v průběhu jednoho roku. Získané informace jsem porovnávala s dostupnými lékařskými zprávami, případně doporučením z pedagogicko-psychologické poradny, psychiatra. Během působení ve sdružení jsem klienty nejen pozorovala, ale snažila se s nimi a jejich rodiči i komunikovat. K ověření svých dojmů jsem použila uzavřenou dotazníkovou metodu.

Důležitým faktem vyplívajícím ze šetření je, že všech pět klientů si myslí, že hiporehabilitace (PPJ) má vliv na kladný vývoj jejich zdravotního stavu (psychického i fyzického).
Tyto pocity vyjádřili v našich osobních rozhovorech a následně zcela jasně a stručně také v dotazníku, který jsem jim předložila za účelem objektivnějšího a upřímnějšího vyjádření svých názorů. Tímto se potvrzuje vliv hiporehabilitace, pedagogicko-psychologického ježdění, nejen ve zdravotní dokumentaci, ale hlavně v subjektivních pocitech klientů nebo jejich blízkých. Posuny jsou tedy viditelné a znatelné i pro samotné klienty.

O tom, že jsou klienti se spoluprací se sdružením spokojeni, hovoří také fakt, že se nadále dostavují na terapeutické jednotky.
A za největší plus u klientů vidím působení hiporehabilitace na psychickou a fyzickou stránku a fakt, že si této změny k lepšímu všimli samotní klienti.

Jako další poznatek, který jsem při vypracování diplomové práce zjistila, je, že na dané téma je velmi málo literatury. Většina odborné literatury co k tomuto tématu existuje je v německém a nebo anglické jazyce. Z českých zdrojů je nejvíce k nalezení na internetu, a to hlavně na stránkách různých hiporehabilitačních sdružení, bohužel však bývají tyto údaje často nepřesné, nebo zkreslené.

11. ZÁVĚR

Diplomová práce se zaměřuje na méně známé odvětví hiporehabilitace, které se využívá k rehabilitování psychologických a psychiatrických diagnóz. Pomocí koně lze tyto handicapy utlumit nebo zcela odstranit. Cílem práce bylo seznámit širší veřejnost a případné zájemce s tímto odvětvím hiporehabilitace.

Aby zájemce problematiku pochopil, je třeba obeznámit ho s vlivem koně na člověka, na jeho osobnost, na jeho fyzický a psychický stav, na sociální začlenění a vlastní identifikaci jedince. S tímto poznáním souvisí historické hledisko soužití člověka a koně, přiblížení obsahu samotné hiporehabilitace, složení týmu, organizace jednotlivých terapií a v neposlední řadě seznámení s nejčastějšími diagnózami, které se vyskytují u klientů.

Cílem praktické části práce bylo dokázat vliv hiporehabilitace na psychiku klienta, rozvoj jeho komunikačních dovedností, kognitivních funkcí, interakce s okolím, zlepšení motoriky a posílení svalového korzetu.

Po ukončení ročního šetření byl vyhodnocen závěr, že hiporehabilitace nemá pouze vliv na fyzickou stránku jedince, jak si většina veřejnosti myslí, ale že se velké posuny k lepšímu objevují i na psychice klienta, na jeho socializaci, komunikaci, rozvoji osobnosti a na mnoha dalších. U všech pěti pozorovaných klientů byl tento závěr potvrzen různou mírou zlepšení v jejich zdravotním stavu.

Z toho tedy soudím, že výcvikový plán byl sestaven vhodně, na míru jednotlivým klientům.

Díky diplomové práci jsem prohloubila své znalosti týkající se problematiky léčebně- pedagogického ježdění. V rámci nového členění tedy aktivit s využitím koní (AVK) a terapie s využitím koní pomocí psychologických prostředků (TVKPP). Získala jsem nové vědomosti o komunikaci člověka s koněm a seznámila se s novými metodami a způsoby léčby u klientů s psychologickými a psychiatrickými poruchami.

Práce nejen informuje o jednotlivých odvětvích hiporehabilitace, ale obsahuje též objektivní a subjektivní výsledky šetření pěti klientů terapií.

12. SEZNAM LITERATURY

BAKER, P., *Základy dětské psychiatrie*. Praha: Triton, 2007. ISBN 8072549553.

BARTKO, D. *Neurologie*. 1.vyd. Praha: Avicenum/Zdravotnické nakladatelství, 1981.

BARTOŠOVÁ, J. *Domestikace koní. Od kdy žijeme spolu* [online]*?* Čs. rozhlas, Planetárium č. 40/2011 [cit. 7. října 2011]. Dostupné z WWW:

<http://www.rozhlas.cz/planetarium/priroda/_zprava/957347>.

BAŠTECKÝ, J., ŠAVLÍK, J., ŠIMEK, J. *Psychosomatická medicína.* 1. vyd., Praha: Grada, 1993, s. 27-70.

BOUČEK, J. a kol. *Obecná psychiatrie.* Dotisk 1. Olomouc: Universita Palackého, 2003. ISBN 80-224-0240-8.

CASTELLANOS, E.,X., et all. *Controlled Stimulant Treatment of ADHD and Comorbid Tourette´s Syndrome: Effects of Stimulant and Dose.* J. Am. Acad. Child Adolesc.Psychiat., 36, 1997, č. 5, s. 589–596.

DRTÍLKOVÁ, I. *Tikové poruchy z hlediska biologické psychiatrie.* Č.S. Psychiat., 93, 1997, Suppl.3, s. 4-28.

DUNOVSKÝ, J., *4. Evropská konference o prevenci zneužívání, zanedbávání dítěte*. Čes.-slov. Pediat., 49, 1994, č.1, s. 49–52.

DUŠEK, J. a kol. *Chov koní.* Praha: Brázda s.r.o., 2011. ISBN 978-80-209-0388-4.

DUŠEK, J. *Kůň ve službách člověka-středověk*. Praha: APROS, 1995. ISBN 80-901100-6-1.

EIS, E., KŘIVÁNEK, F. *Ortopedie, traumatologie a ortopedická protetika*. Učenice pro zdravotnické školy. 2. vyd. Praha: Avicenum/Zdravotnické nakladatelství, 1972.

FINKELHOR, D. *Sourcebook on Child Sexual Abuse.* 1. vyd., London: Sage Publications, Inc. 1986.

FLETCHER, Ch. *Hiporehabilitační metody Charlese Fletchera – manuál pro instruktory*. Kopie 12.10.2008. Překlad: Fejglová, K. 2009.

HALFAROVÁ, H. *Diagnostika a terapie sexuálně zneužitých dětí.* Čes.-slov. Pediat., 49, 1994, Suppl. č.2.

HERMANOVÁ, H. *Kůň ve službách lidského zdraví* [online]. Equichannel.cz. Jezdectví. 1/99. 17. 1. 1999 [cit. 4. března 2011]. Dostupné z WWW:

<http://www.equichannel.cz/kun-ve-sluzbach-lidskeho-zdravi>.

HOLLÝ, K., HORNÁČEK, K. *Hipoterapie-léčba pomocí koně.* 2005. ISBN 80-7225-190-2.

HORT, V., HRDLIČKA, M., KOCOURKOVÁ, J., MALÁ, E., a kol., *Dětská a adolescentní psychiatrie.* 2. vyd., Praha: Portál, 2000.

HUBLOVÁ, P. *Aktivity s využitím koní* [online]. Metodický portál, Pedagogický lexikon. 20. 10. 2011 [cit. 1. března 2012]. Dostupné z WWW:

<http://wiki.rvp.cz/Knihovna/1.Pedagogick%c3%bd_lexikon/A/Aktivity_s_vyu%c5%beit%c3%adm_kon%c3%ad_(AVK>.

HRAZDIRA, L. Speciální neurologie. 1.vyd. Praha: Avicenum (Zdravotnické nakladatelství), 1980.

CHILAND, C., YOUNG, G. *Children and Violence.* 1.vyd., New Jersey: Jason Aronson Inc. 1994.

CHYSKÁ, A. *Zkušenosti se syndromem týraného dítěte.* Čs. Pediat., 36, 1981, č. 10, s. 596-598.

JEŽKOVÁ. A., *Parajezdectví* [online]. Česká hiporehabilitační společnost. Praha, 2009 [cit. 1. ledna 1012]. Dostupné z WWW: <http://hiporehabilitace-cr.cz/index.php/sekce/parajezdectvi>.

JIRSÍKOVÁ, I., CASKOVÁ, V., DVOŘÁKOVÁ, T. *Hiporehabilitace*. Brno: Mendlova univerzita, 2010, s. 118. ISBN 9780-80-7375-390-0.

KOLEKTIV AUTORŮ. *Léčebně pedagogicko-psychologické ježdění. Praktický průvodce hiporehabilitací II.* [CD-ROM]. Jablonec nad Nisou: Občanské sdružení Svítání, 2007.

KOLEKTIV AUTORŮ, *Zooterapie ve světě objektivních poznatků*. 1. vyd. České Budějovice: Dona s.r.o., 2007. ISBN 978-80-7322-109-6.

LANTELME, V., SMÍŠKOVÁ. Š. *Rozdělení hiporehabilitace* [online]. Equichannel.cz. 11. 03. 2009, aktualizováno 11.06.2009 [cit. 4. března 2012]. Dostupné z WWW:< http://www.equichannel.cz/lecba-konmi-4-rozdeleni-hiporehabilitace>.

LANTELME, V. *Hipoterapie* [online]. Jablonec nad Nisou: Občanské sdružení Svítání [cit. 20. prosince 2011]. Dostupné z WWW: <http://www.os-svitani.cz/Hipoterapie.php>.

LANTELME, V. *Hipoterapie* [online]. Jablonec nad Nisou: Občanské sdružení Svítání, 2010 [cit. 26.11.2009]. Dostupné z WWW: <http://www.os-svitani.cz/Hipoterapie.php>.

LANTELME, V. *Oficiální slovník ČHS* [online]. Česká hiporehabilitační společnost. 19. 1. 2010 [cit. 5. března 2012]. Dostupné z WWW: <http://hiporehabilitace-cr.cz/index.php/remosítory?func=fileinfo&id=132>.

LECKMAN, J.,F., COHEN, D., J. *Tourette´s Syndrome-Tiks, Obsession, Compulsions.* 1. vyd., N.Y., Wiley and Sons, 1999. s 584.

MAHLER, Z. *Pocta koním*. Praha: Jan Krigl, 2009. ISBN 978-80-904372-0-3.

MALÁ, E., FOLTÝNOVÁ, M., STARÁ, I. *Recidivující bolesti břicha v dětství a adolescenci*. Č.S. Psychiat., 93, 1977, č.4, s. 218-225.

MALÁ, E. *Dětská a dorostová psychiatrie.* In *Psychiatrie.* HOSCHL, C., LIBIGER, J., ŠVESTKA, J. ed., Praha: Tigis, 2002, s. 801 – 822. ISBN 80-900-130-1-5.

MALÁ, E. *Schizofrenie v dětství a adolescenci*. 1. vyd., Praha, Grada: 2005. ISBN 80-247-0737-3.

MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie – učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. Praha: Portál, 2010. SBN 978-80-7367-723-7.

MALÁ, E., RABOCH, J., SOVÁK, Z. *Sexuálně zneužívané děti*. 1. vyd. Praha, Psych.centrum 1995. s. 128

MARTEN, J. *Syndrom týraného dítěte jako diagnóza*. Čs. Pediat., 44, 1989, č. 5, s. 279–282.

MAŠKOVÁ, A. *Psychoterapie pomocí koní* [online]. Česká hiporehabilitační společnost [cit. 6. března 2012]. Dostupné z WWW: <http://hiporehabilitace-cr.cz/index.php/sekce/1/71-terapie-s-vyuitim-koni-pomoci-psychologickych-prostedk>.

OBRDA, K., KARPÍŠEK, J. *Rehabilitace nervově nemocných.* Praha: Avicenum, 1971.

Slovník názvů v hipoterapii [online]. Jablonec nad Nisou: Občanské sdružení Svítání, 2002-2010 [cit. 7.10.2009]. Dostupné z WWW: http://www.os-svitani.cz/72.php)>.

PÉČA, O., PROBSTOVÁ, V. *Psychózy - psychoterapie, rehabilitace a komnitní péče.* Praha: Triton, 2009. ISBN 978 - 80 - 7387 - 253 – 3.

PFEIFFER, J. *Facilitační metod v léčebné rehabilitaci.* Praha: Avicenum, 1976.

RABOCH, J., ZVOLSKÝ, P., et. all. *Psychiatrie.* 1. vyd., Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0390-X.

RAHN, E., MAHNKOPF A. *Psychiatrie. Učebnice pro studium i praxi.* Praha: Grada Publisching, 2000. ISBN 80-7169-964-0.

RAŠEV, E. *Škola zad.* Praha: Direkta, 1992. ISBN 900272-6-1.

RIDDLE, M., A., et all.: *Tourette´s Syndrome: Clinical and Neurochemical Correlates.* J.Am. Acad.Child Adolesc.Psychiat., 27, 1988, č. 4, s. 409– 412.

SMÍŠKOVÁ, Š. *Léčba koňmi: 18. Výběr koně pro hiporehabilitaci* [online]. Equichannel.cz. 28. 9. 2009 [cit. 18. ledna 2012]. Dostupné z WWW: <http://www.equichannel.cz/lecba-konmi-18-vyber-kone-pro-hiporehabilitaci>.

ŠTURMA, J. *Specifické poruchy učení a chování.* In: ŘÍČAN, P., KREJĆÍŘOVÁ, D. (Eds.): *Dětská klinická psychologie.* Praha, Grada, 3. vyd., 1997, str.127–149.

WILLIAMS, D.,T. *Somatoform disorders.* In: Shaffer, D. Et all: The klinical Guide to Child Psychiatry. N.Y. Free Press, 1985.

13. SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Dotazník……..….. I

Příloha B - Fotografie……II

PŘÍLOHY

Příloha A

DOTAZNÍK

Dobrý den, chtěla bych Vás poprosit o vyplnění jednoduchého dotazníku týkajícího se hiporehabilitačních jednotek. Tyto dotazníky budou sloužit pro výzkumný účel mé diplomové práce na téma Pedagogicko – psychologické ježdění. Dotazníky jsou anonymní, proto se nemusíte bát vyjádřit nespokojenost a vlastní názory k dané problematice.

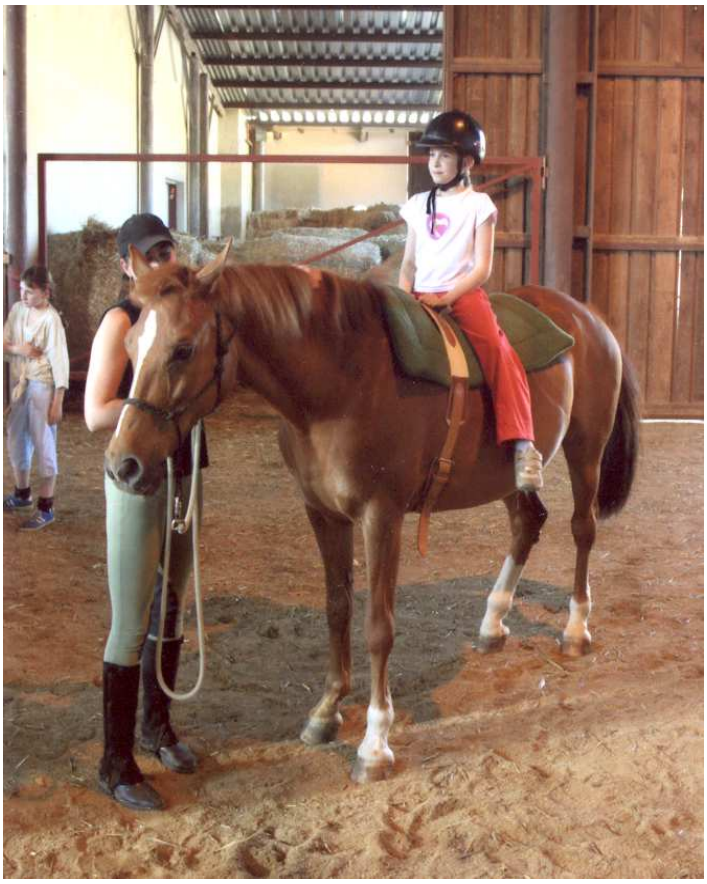
Děkuji Klára Veselá

Zakroužkujte prosím odpověď která vám vyhovuje.

	OTÁZKY	ODPOVĚDI			
1.	Máte pocit, že se Váš zdravotní stav po absolvování terapií změnil?	Ano, zcela určitě	Možná ano	Ne	Jak kdy
2.	Změnil se Váš zdravotní stav k lepšímu?	Ano, zcela určitě	Možná ano	Ne	Jak kdy
3.	Myslíte si, že ke změně Vašeho zdravotního stavu přispěla hiporehabilitace?	Ano, zcela určitě	Možná ano	Ne	Jak kdy
4.	Těšíte se na terapeutické jednotky?	Ano, zcela určitě	Možná ano	Ne	Jak kdy
5.	Vyhovuje Vám organizace terapií?	Ano, zcela určitě	Možná ano	Ne	Jak kdy

I.

Příloha B



Fotografie jdou ze soukromého zdroje a fondu o.s. Epona.

II.

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Klára Veselá

Obor: Speciální pedagogika

Forma studia: prezenční

Název práce: Léčebné pedagogicko – psychologické ježdění

Rok: 2012

Počet stran bez příloh: 127

Celkový počet stran příloh: 4

Počet titulů české literatury a pramenů: 31

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 6

Počet internetových zdrojů: 11

Vedoucí práce: doc. MUDr. E. Malá, CSc.