

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

FAKULTA PEDAGOGICKÁ

KATEDRA PSYCHOLOGIE

NEUROTICKÉ PROJEVY U LIDÍ S MENTÁLNÍM

POSTIŽENÍM

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Vendula Peštová

Učitelství pro 1. stupeň ZŠ

Vedoucí práce: Mgr. Vladimíra Lovasová, Ph.D.

Plzeň, 2016

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a zdrojů informací.

V Plzni, 21.03.2016

.....
vlastnoruční podpis

Poděkování

Mé poděkování patří vedoucí diplomové práce Mgr. Vladimíře Lovasové, Ph.D. a všem, kteří mi při tvorbě této práce pomáhali, poskytovali cenné profesionální připomínky a rady a podporovali mě. Zároveň s láskou v srdci děkuji všem uživatelům našeho denního stacionáře, bez kterých by výzkum nevznikl.

V Plzni 21.03.2016

Vendula Peštová

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
Fakulta pedagogická
Akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE
(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Vendula PEŠTOVÁ**
Osobní číslo: **P12M0214K**
Studijní program: **M7503 Učitelství pro základní školy**
Studijní obor: **Učitelství pro 1. stupeň základní školy**
Název tématu: **Neurotické projevy u lidí s mentálním postižením**
Zadávající katedra: **Katedra psychologie**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Charakteristika mentálního postižení, neuroticismu, neurotických projevů
2. Stanovení desingu výzkumu, příprava zjišťovacích metod a volba vzorku respondentů
3. Realizace výzkumného šetření
4. Vyhodnocení a odborná polemika

Rozsah grafických prací:

Rozsah kvalifikační práce: **60**

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná**

Seznam odborné literatury:

1. ČERNÁ, Marie. Kapitoly z psychopedie. Praha: Karolinum, 1995. ISBN 80-706-6899-7.
2. VÁGNEROVÁ, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4.
3. VÁGNEROVÁ, Marie, Zuzana HADJ-MOUSSOVÁ a Stanislav ŠTECH. Psychologie handicapu. Praha: Karolinum, 2000. ISBN 80-718-4929-4.
4. Říčan, Pavel. Psychologie osobnosti. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1174-4.

Vedoucí diplomové práce: **Mgr. Vladimíra Lovasová, Ph.D.**
Katedra psychologie

Datum zadání diplomové práce: **24. října 2014**

Termín odevzdání diplomové práce: **15. dubna 2016**


Doc. PaedDr. Jana Coufalová, CSc.
děkanka




Doc. PhDr. Jana Mířhová, CSc.
vedoucí katedry

V Plzni dne 11. listopadu 2014

OBSAH

SEZNAM ZKRATEK	3
ÚVOD.....	4
1 NEUROTICKÉ PORUCHY	6
1.1 KLASIFIKACE NEUROTICKÝCH PORUCH	7
1.1.1 Úzkostné poruchy	10
1.1.2 Somatoformní poruchy	11
1.1.3 Disociativní poruchy.....	12
1.1.4 Poruchy přizpůsobení	13
1.2 ETIOLOGIE NEUROTICKÝCH PORUCH	14
1.2.1 Etiologie úzkostných poruch	15
1.2.2 Etiologie Somatoformních poruch.....	18
1.2.3 Etiologie Disociativních poruch	20
1.2.4 Etiologie Poruch přizpůsobení.....	21
1.3 NEUROTICKÉ PORUCHY U LIDÍ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	22
2 NEUROTISCISMUS.....	25
2.1 VYMEZENÍ POJMU TEMPERAMENT	25
2.1.1 Typologie temperamentu.....	26
2.2 CHARAKTERISTIKA NEUROTICISMU	30
3 MENTÁLNÍ RETARDACE.....	32
3.1 VYMEZENÍ MENTÁLNÍ RETARDACE	32
3.1.1 Limitační - medicínský model.....	33
3.1.2 Model ústavní sociální péče	34
3.1.3 Popisný model	34
3.1.4 Ekologický model.....	35
3.2 DIAGNOSTIKA MENTÁLNÍ RETARDACE	36
3.3 KLASIFIKACE MENTÁLNÍ RETARDACE.....	38
3.3.1 Kvantitativní hodnocení	38
3.3.2 Kvalitativní hodnocení	42
3.4 VÝSKYT A PŘÍČINY VZNIKU MENTÁLNÍ RETARDACE	43
3.5 MOŽNOSTI PREVENCE VZNIKU MENTÁLNÍ RETARDACE.....	44
3.6 SPECIFIKA OSOBNOSTI LIDÍ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	45
3.7 ZÁKLADNÍ POTŘEBY LIDÍ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	46
3.7.1 Problémové chování jako následek neuspokojení potřeb.....	48
3.7.2 Duševní poruchy jako následek neuspokojení potřeb	49
3.8 ČINITELÉ OVLIVŇUJÍCÍ ROZVOJ ČLOVĚKA S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	49
3.9 SPECIFICKÉ PŘÍSTUPY K LIDEM S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	51
4 VÝZKUMNÝ PROBLÉM.....	53
4.1 VÝZKUMNÝ CÍL	53
4.2 METODY SBĚRU A PRÁCE S DATY.....	53
4.2.1 Pozorování	53
4.2.2 Studium dokumentů.....	54
4.3 CHARAKTERISTIKA PRŮZKUMNÉHO SOUBORU	55
4.3.1 Popis výběrového vzorku	55
4.3.2 Kazuistické studie.....	58
4.4 VÝSLEDKY PRŮZKUMU.....	83

4.5 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ PRŮZKUMU.....	99
ZÁVĚR	103
RESUMÉ	105
RESUME	105
SEZNAM LITERATURY	106
SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ A PŘÍLOH	108
SEZNAM OBRÁZKŮ:	108
SEZNAM TABULEK:.....	108
SEZNAM GRAFŮ:.....	108
SEZNAM PŘÍLOH:	109

SEZNAM ZKRATEK

AAMR – Americká asociace pro mentální retardaci (American Association on Mental Retardation)

ACTH – hormon předního laloku (hypofýzy), který řídí činnost kůry nadledvin

ANS – autonomní nervový systém; část nervového systému zodpovědná za řízení „útrobních“ tělesných funkcí, které nejsou ovlivňovány vůlí

CNS – centrální nervový systém; ústřední nervová soustava tvořená mozkem a míchou; nejvyšší koordinační a integrační centrum nervové soustavy

DDRS – dětský denní rehabilitační stacionář

DS – denní stacionář

DSM IV, V - diagnostický a statický manuál duševních poruch

EEG – elektroencefalograf, který snímá a vyhodnocuje signály na povrchu lebky

GABA – zkratka pro kyselinu gama – aminomáselnou, látka s tlumivým účinkem v nervové soustavě

IQ – inteligenční kvocient

MKN – mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů

MR – mentální retardace

MÚSS – Městský ústav sociálních služeb

PET – pozitronová emisní tomografie

RTG – rentgen, klasická a nejstarší zobrazovací metoda (tzv. rentgenové snímky) využívající rentgenové paprsky

UNESCO – Organizace OSN pro výchovu, vědu a kulturu (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization)

VNS – vegetativní nervový systém; soustava útrobního nervstva řídící vegetativní funkce; skládá se z nervů sympatických a parasympatických, které mají většinou opačné účinky a navzájem se vyvažují

ZŠ – základní škola

ÚVOD

„ Člověk s postižením má stejné potřeby jako zdravý člověk. První z nich je být uznán a milován takový, jaký je.“

sestra Michele Pascale Duriezová

V souvislosti s rozkvětem integračních a inkluzivních směrů se mění úloha i místo lidí s mentálním postižením. Novodobá moderní společnost dává těmto lidem, možnost větší samostatnosti, více prostoru při rozhodování o vlastním životě, možnost samostatného bydlení a příležitost nalézt své uplatnění na trhu práce. Mají větší možnosti pro seberealizaci a celkový osobnostní rozvoj. Odborná literatura se zaměřuje na otázky týkající se převážně dětí a mládeže s mentálním postižením a adaptace rodiny na problematiku související s handicapem, nikoliv na oblast dospívajících a dospělých osob takto znevýhodněných. Vzhledem k nevyváženosti v poznacích zaměřených na tuto problematiku, existuje určitá potřeba orientovat se na období dospělosti osob s mentálním postižením, snažit se více porozumět jejich dospívání a změn s ním souvisejících, identifikovat problémy a s nimi často spojené i neurotické projevy v kontextu sociálních služeb, které usilují o integraci.

Mým zaměstnáním a životním posláním je práce s lidmi se zdravotním postižením. Abych mohla těmto lidem poskytnout péči na nejvyšší možné úrovni a dokonale porozumět jejich individuálním potřebám, cítím potřebu neustálého sebevzdělávání v oblasti dané problematiky. Působím v denním stacionáři, jehož cílovou skupinu tvoří děti, mládež a dospělé osoby s mentálním postižením ve věku od 7 let do 64 let. Naším posláním je poskytování sociálních služeb zdravotně postiženým uživatelům s ohledem na jejich individuální potřeby a osobní cíle. Empatickým přístupem a vhodnou motivací podporujeme tyto lidi v samostatnosti, rozvíjíme verbální i nonverbální komunikaci, čímž pomáháme při překonávání případných společenských bariér. Vhodnými aktivizačními činnostmi vyplňujeme uživatelům volný čas, napomáháme jim k zajištění plnohodnotného života srovnatelného s životem vrstevníků a k následnému začlenění do společnosti.

Plně si uvědomuji, že emoční prožívání, psychika i reakce těchto lidí na určité podněty jsou v závislosti na stupni jejich postižení odlišné. Projevují se zvýšenou dráždivostí, mrzutějšími náladami až afektivními reakcemi. Jsem zastáncem názoru,

že postižení by nikdy nemělo vést k vyloučení či izolaci člověka ať ve smyslu fyzickém či sociálním a už vůbec by se nemělo stát hodnotícím kritériem jeho lidskosti.

Cílem diplomové práce je studium a sběr poznatků v oblasti prožívání, emocí, somatických příznaků, verbálních projevů, sociálního chování a jednání u dospělých osob s mentálním postižením k dalšímu možnému využití v praxi.

Diplomová práce je rozdělena na dvě části. Teoretická část se zaměřuje na vymezení a objasnění základních pojmů souvisejících s cílem diplomové práce, jejich charakteristiku, klasifikaci, etiologii a projevy u neurotických poruch, neuroticismu a mentální retardace. Praktická část je zaměřena na zmapování neurotických projevů u skupiny lidí s diagnostikovaným mentálním postižením, zjišťování jednotlivých neurotických projevů a jejich frekvence v závislosti na zjevných spouštěčích, pohlaví, věku a stupni postižení na základě studia anamnestických dat a dlouhodobého pozorování.

1 NEUROTICKÉ PORUCHY

Neurotické poruchy jsou funkčními poruchami CNS, které se projevují sníženou adaptační schopností člověka nejen vůči prostředí, ale i vůči sobě samému a patří mezi nejrozšířenější poruchy duševního zdraví. Nepřizpůsobení se novým životním podmínkám souvisí s výskytem opakujících se stresových situací. V průběhu jejich překonávání se může vyskytnout konflikt, který navozuje úzkost. Vývoj neurotických poruch je ovlivněn kromě opakujících se stresorů také temperamentem, charakterem a genetickým základem člověka.

Dříve byly neurotické poruchy zahrnovány pod termín „neurózy“, „depresivní neurózy“ nebo „neurastenie“.

Jedna z dřívějších definic je od Vondráčka, který popisuje neurotickou poruchu, dříve neurózu jako: *„Neuróza je funkční, reverzibilní¹ porucha vyšší nervové činnosti, která se projevuje poruchou adaptace na vnější prostředí a má řadu příznaků duševních a tělesných“* (Vondráček 1965, s. 145).

Kratochvíl definuje neurózu jako poruchu, při které člověk trpí tělesnými nebo duševními problémy aniž by byl na základě lékařského vyšetření zjištěn organický podklad. Jde o poruchu, při které si lidé své potíže zcela uvědomují, neztrácí soudnost a neprojevují se pro okolí nesrozumitelným chováním (Kratochvíl 2000, s. 11).

Velice často se u neurotických poruch objevují poruchy autonomního nervového systému (ANS). Téměř všechny neurotické poruchy jsou doprovázeny vegetativními příznaky, které mají spojitost s dýcháním, trávením, pocením, kardiovaskulárním aparátem a urogenitálním systémem. Neurotické poruchy Komenda a Zapletal rozlišovali podle převládajících symptomů na hypochondrické, depresivní a neurastenické. Na základě atropinového² testu bylo zjištěno, že základní „ladění tonu“ ANS je u neurotických poruch daleko nižší, než u zdravé populace (Komenda, Zapletal 1961 in Irmiš 2007, s. 79).

¹ reverzibilní - vratný, chorobné změny mohou být dočasné a při správné léčbě i ustoupit (Vokurka, Hugo 2004, s. 387)

² atropin - alkaloid z rulíku zlomocného, blokuje parasymptický nervový systém (Vokurka, Hugo 2004, s. 37)

Při hodnocení reaktivit³ ANS byla zjištěna právě u neurotických jedinců vyšší relativní reaktivita sympatiku⁴ (Irmíš 2007, s. 80).

Rahn a Mahnkopf se zmiňují o tom, že u mnoha těchto poruch, na základě zkušeností se zvláštní účinností farmakologické terapie, není důvod je redukovat na neurotický mechanismus. Nová klasifikace neurotických poruch, ve které se již nevyskytuje pojem depresivní neurózy, vzniká především z důvodu nedostačující zastaralé systematizace. Tito autoři ve své publikaci rozdělují úzkostné poruchy na panické poruchy, generalizované úzkostné poruchy a stresové a somatoformní poruchy (Rahn, Mahnkopf 2000, s. 357).

Hort, Hrdlička, Kocourková a kol., uvádějí, že neurotické poruchy jsou klasifikovány podle dominantních symptomů, mezi které patří například úzkost, strach, deprese, fobie, kompulze, obsese (Hort, Hrdlička, Kocourková 2004, s. 245).

1.1 KLASIFIKACE NEUROTICKÝCH PORUCH

V roce 2013 vyšel v platnost nový, diagnostický a statistický manuál Americké psychiatrické společnosti DSM V. Jedná se o klasifikační systém, který dosáhl mezinárodní významnosti a to především díky své komplexnosti a kvalitě. Jeho součástí je základní přehled vymezení duševních poruch a souvisejících nemocí a problémů doplněný převodníky na MKN.

Rozdělení neurotických poruch dle nové klasifikace DSM V:

1) Úzkostné poruchy:

- Separační úzkostná porucha,
- selektivní mutismus,
- specifická fobie,
- sociální úzkostná porucha,
- panická porucha,
- agorafobie,
- generalizovaná úzkostná porucha,

³ reaktivita - schopnost odpovědi na určitý podnět (Vokurka, Hugo 2004, s. 379)

⁴ sympatikus - součást autonomního nervového systému, jeho výrazná aktivace je součástí poplachové reakce (Vokurka, Hugo 2004, s. 428)

- úzkostná porucha způsobená jiným somatickým onemocněním,
- jiná specifikovaná úzkostná porucha,
- nespecifikovaná úzkostná porucha.

2) Obsedantně-kompulzivní a související poruchy:

- Obsedantně-kompulzivní porucha,
- dysmorfofobie,
- shromažďovací porucha,
- trichotilománie (porucha vytrhávání vlasů),
- ekoriace (porucha narušování kůže),
- obsedantně-kompulzivní a související poruchy způsobené jiným somatickým onemocněním,
- jiné specifikované obsedantně-kompulzivní a související poruchy,
- nespecifikované obsedantně-kompulzivní a související poruchy.

3) Traumatické poruchy a poruchy spojené se stresem:

- Reaktivní porucha příchyllosti,
- desinhibovaná porucha příchyllosti,
- posttraumatická stresová porucha,
- akutní stresová porucha,
- poruchypřizpůsobení,
- s depresivní náladou,
- s úzkostí,
- se smíšenou úzkostí a depresivní náladou,
- s poruchou chování,
- se smíšenou poruchou emocí a chování,
- nespecifikovaná.

4) Disociativní poruchy:

- Disociativní porucha identity,
- disociativní amnézie,
- s disociativní fugou,
- depersonalizační / derealizační porucha,

- jiné specifikované disociativní poruchy,
- nspecifikované disociativní poruchy.

5) Poruchy se somatickými příznaky a související poruchy:

- Porucha se somatickými příznaky,
- porucha se strachem z onemocnění,
- konverzní porucha,
- psychické faktory ovlivňující jiná somatická onemocnění,
- předstíraná (faktitivní) porucha,
- jiná specifikovaná porucha se somatickými příznaky a související poruchy,
- nspecifikovaná porucha se somatickými příznaky a související poruchy.
(Raboch, Hrdlička, Mohr a kol. 2015, s. 20 – 23).

V diplomové práci je použita klasifikace neurotických poruch dle DSM IV, uvedená v odborné publikaci Smolíka. DSM IV člení neurotické poruchy do čtyř oblastí: úzkostné poruchy, somatoformní poruchy, disociační poruchy a poruchy přizpůsobení. Podobné členění má i MKN-10.

1) Úzkostné poruchy:

- Panická porucha bez agorafobie,
- panická porucha s agorafobií,
- agorafobie bez panické poruchy v anamnéze,
- specifická fobie,
- sociální fobie,
- obsedantně-kompulsivní porucha,
- posttraumatická stresová porucha,
- akutní stresová porucha,
- generalizovaná úzkostná porucha,
- úzkostné poruchy způsobené somatickým onemocněním,
- úzkostné poruchy způsobené substancemi,
- úzkostné poruchy NS.

2) Somatoformní poruchy:

- Somatizační porucha,

- nediferencovaná somatoformní porucha,
- konverzní porucha,
- bolestivá porucha,
- hypochondriáza,
- tělesná dismorfická porucha,
- somatoformní porucha NS.

3) Disociativní poruchy:

- Disociační amnézie,
- disociační fuga,
- disociační porucha identity,
- depersonalizační porucha,
- disociační porucha NS.

4) Poruchy přizpůsobení (Smolík 1996, s. 249).

1.1.1 ÚZKOSTNÉ PORUCHY

Úzkostné poruchy definují Höschl, Libiger a Švestka jako různorodé kombinace duševních a somatických úzkostných projevů, které nevznikají na základě reálného nebezpečí. Objevují se buď jako trvalý stav nebo v záchvatech. Úzkost popisují jako pocit, že se něco nepříjemného přihodí, ale člověk neví co (Höschl, Libiger, Švestka 2002, s. 482).

Rahn a Mahnkopf popisují úzkostné poruchy jako skupinu poruch, ve které se jednotlivé poruchy navzájem prolínají a vzájemně na sebe navazují. Panické stavy jsou často spojeny s agorafobií, nebo přecházejí v průběhu do generalizované úzkostné poruchy (Rahn, Mahnkopf 2000, s. 360).

Cohen považuje úzkost za běžný jev nejen u lidí, ale i u dalších druhů živočichů. Myslí se tímto způsobem dovídá o existenci nějakého problému. Ve chvíli, kdy úzkost funguje v našem organismu nevhodně, začíná se hovořit o nemoci. Za abnormální se považuje tehdy, kdy brání člověku v jeho každodenních činnostech (Cohen 2001, s. 181).

Podle Smolíka je úzkost nepříjemný emoční stav, který často doprovázejí vegetativní symptomy⁵. Jeho příčinu nelze přesněji definovat. Strach je fyziologická emoční reakce na hrozící rozpoznatelné reálné nebezpečí a trvá pouze po dobu tohoto nebezpečí. Jelikož jsou úzkost a strach doprovázeny stejnými pocity a příznaky, lidé je často zaměňují (Smolík 1996, s. 250).

Úzkost a strach popisuje kolektiv autorů Říčan a Krejčířová jako normální vývojovou skutečnost, která za běžných okolností upozorňuje na hrozící nebezpečí. Stejně jako Smolík spatřují rozdíl mezi úzkostí a strachem. Podle těchto autorů nemá úzkost na rozdíl od strachu konkrétní obsah. Patologickou se úzkost stává v případě, kdy je přetrvávající, nadměrná a negativně ovlivňuje běžné fungování člověka (Říčan, Krejčířová a kol. 1997, s. 167).

1.1.2 SOMATOFORNÍ PORUCHY

Definice somatoformní poruchy: *„Porucha vjemů, funkcí a chování, která není způsobena somatickými poruchami a není zprostředkována vegetativním nervovým systémem. Je omezena na určité systémy nebo části těla a časově navazuje na stresové události nebo problémy. Hlavním rysem jsou opakované stížnosti na somatické příznaky⁶ spolu s neustálými požadavky na lékařská vyšetření, navzdory opakovaným negativním nálezům a ujištění lékařů, že příznaky nemají somatický podklad“* (Smolík 1996, s. 293).

Rahn a Mahnkopf spatřují souvislost mezi afektivním a tělesným prožíváním, což znamená, že tělesné prožívání ovlivňuje naši psychiku a naopak naše psychika má vliv na tělesnou stránku. Proto lidé se somatoformní poruchou nejprve vyhledávají pomoc u somatických lékařů (Rahn, Mahnkopf 2000, s. 372).

Stejně na problematiku této poruchy nahlíží Hort, Hrdlička, Kocourková a kol., kteří za společný a základní znak považují neustálou potřebu vyhledávat lékařskou odbornou pomoc pro přetrvávající tělesné potíže, které nejsou podloženy pozitivním nálezem (Hort, Hrdlička, Kocourková a kol. 2008, s. 242).

⁵ vegetativní symptomy - příznaky vycházející z vegetativních funkcí (funkce organismu probíhající mimovolně); provázejí některé duševní stavy nebo jiná onemocnění (Vokurka, Hugo 2004, s. 469)

⁶ somatické příznaky - tělesné příznaky (Vokurka, Hugo 2004, s. 409)

Tělesné příznaky u somatoformní poruchy a obavy s nimi spojené, jsou pro člověka natolik nepříjemné, že mohou vyvolat až stres a tím narušují i jeho schopnost zvládat pracovní a osobní role (Seifertová, Praško, Höschl 2004, s. 272).

1.1.3 DISOCIATIVNÍ PORUCHY

„Disociace znamená odštěpení určitých částí prožitku z vědomí“ (Rahn, Mahnkopf 2000, s. 381).

Herman, Hovorka, Praško a kol., definují disociativní poruchu jako stav, kdy: *„Základním předpokladem pro zařazení do této skupiny poruch je maladaptivní⁷ nevědomé využívání hypotetických obranných psychických mechanismů disociace⁸ a konverze⁹ pacientem s následnou tvorbou psychických a/nebo tělesných příznaků“* (Herman, Hovorka, Praško a kol. 2008, s. 277 - 278).

Základním symptomem disociativní poruchy je hysterie¹⁰, kterou si člověk s tímto onemocněním vytváří sám, aby upozornil na svůj duševní stav. Hysterie se projevuje různými formami, které se mohou dotýkat vnímání, interakčního¹¹ chování a tělesného pohybu (Rahn, Mahnkopf 2000, s. 381).

„Společným rysem disociativních poruch je částečná nebo úplná ztráta normální integrace¹² mezi vzpomínkami na minulost, vědomím identity, aktuálně přítomnými pocity a kontrolou pohybů těla“ (Seifertová, Praško, Höschl 2004, s. 294).

Dle Horta, Hrdličky, Kocourkové a kol., se jedná o takzvané „rozštěpení“ psychiky. V některých případech mohou být tyto poruchy provázené organickým onemocněním. Symptomy navazují na stresující okolnosti a to v různém časovém rozpětí. U někoho to může být bezprostředně po dané události u někoho po hodině i několika dnech (Hort, Hrdlička, Kocourková a kol. 2008, s. 235).

⁷ maladaptace - špatné přizpůsobení (Linhart 2002, s. 235)

⁸ disociace - oddělení, rozpojení, rozložení (Vokurka, Hugo 2004, s. 86)

⁹ konverze - přeměna duševního stavu či konfliktu do příznaků tělesných bez skutečného postižení daného orgánu (Vokurka, Hugo 2004, s. 239)

¹⁰ hysterie - psychický stav, pro který je charakteristický výrazná a nestabilní emotivita (Vokurka, Hugo 2004, s. 182)

¹¹ interakční - vzájemně aktivně působící (vědomě i nevědomě, zaměřeně i nezaměřeně), komunikativní, vzájemně se dorozumívající (verbálně i neverbálně), ovlivňující (Linhart 2002, s. 179)

¹² integrace - sjednocení, spojení ve vyšší celek (Linhart 2002, s. 171)

Obrannými mechanismy disociace traumat z dětství, které vedou k řešení závažných životních situací, jsou disociace a konverze. Disociaci popisují i Grambal, Grambalová, Pastucha a kol., takto: „*Disociace je obranný psychický mechanismus, který jedinec používá nevědomě, v situacích, kdy není schopen se vyrovnat s psychickým traumatem, které proto odštěpí – disociuje od vědomých vzpomínek*“ (Grambal, Grambalová, Pastucha a kol. 2010, s. 100).

Konverze je mechanismus, při kterém se přeměňují nesnesitelné psychické zátěže na somatické příznaky (Grambal, Grambalová, Pastucha a kol. 2010, s. 100).

1.1.4 PORUCHY PŘIZPŮBENÍ

Hort, Hrdlička, Kocourková a kol., ve své publikaci popisují poruchu přizpůsobení jako poruchu, která úzce souvisí se stresujícími životními událostmi. Projevuje se tísní, poruchou emocí a chování. U dětí se navíc mohou objevovat regresivní¹³ projevy (Hort, Hrdlička, Kocourková a kol. 2004, s. 247).

Podobným způsobem vnímají poruchu přizpůsobení i Rahn a Manhkopf, kteří uvádějí, že samotné psychické reakce na traumatizující události nejsou poruchou, ale jsou nutnými procesy pro zpracování těchto skutečností. Pokud tato reakce chybí, hrozí riziko vzniku psychické poruchy. Poruchou se stávají až ve chvíli, kdy překročí určitou hranici a člověku samotnému ani jeho blízkým se nedaří trauma překonat vlastními silami. Významným faktorem je také vliv traumatické události v určitém vývojovém období. Jiným způsobem se vyrovnává se smrtí rodičů dítě a jinak dospělý (Rahn, Manhkopf 2000, s. 385).

Dle DSM IV se příznaky poruchy přizpůsobení obvykle objevují do tří měsíců od působení stresoru a potíže jsou podobné jeho povaze. Dochází k významnému oslabení sociálních významů a schopnosti pracovat. Mezinárodní klasifikace nemocí definuje poruchu přizpůsobení jako: „*Stavy subjektivních obtíží¹⁴ a poruch emotivity, které jsou obvykle na překážku společenskému styku a výkonu. Vyvíjejí se v období adaptace na významnou životní změnu nebo na stresovou životní událost.*“ Často se tyto poruchy překrývají s jinými poruchami a tím dochází k jejich zhoršené diagnostice (Kosová 2007, 262-263).

¹³ regresivní - ustupující, směřující k zániku (Linhart 2002, s. 318)

¹⁴ subjektivní obtíže - jsou vnímány pacientem, který si na ně stěžuje lékaři, aniž je vždy možné je objektivně prokázat (Vokurka, Hugo 2004, s. 423)

1.2 ETIOLOGIE NEUROTICKÝCH PORUCH

Tak jako u většiny duševních poruch, ani u poruch neurotických nejsou přesně známé příčiny jejich vzniku. Jsou podmíněny mnoha vzájemně působícími faktory, které ovlivňují závažnost projevů, reakce na léčbu i délku trvání problémů (Vágnerová 2008, s. 402).

Etiologii¹⁵ mnoha neurotických poruch popisuje Kohoutek často jako vliv nevhodné rodinné výchovy, zejména v nejranějším období života člověka. Předcházet neurotickým poruchám znamená předcházet konfliktům v rodině, ve škole i na pracovištích a usilovat o zajištění adekvátních učebních, studijních, pracovních a životních aspirací a perspektiv, bez nepřiměřených pocitů nejistoty a obav, bez náhlých změn životní situace (Kohoutek 2007, s. 174).

Globální oslabení organismu, jak uvádí Kratochvíl, vytváří příhodný terén pro vznik neurotických poruch. Neurotické poruchy pramení ze závažných vnitřních nebo vnějších konfliktů. Tyto konflikty mohou být silné, mnohdy dlouhodobé často související s vývojem, postoji nebo osobností člověka. Autor spatřuje rozdíl mezi neurotickými reakcemi, které jsou většinou následkem vnějších vlivů a neurotickým vývojem, který dosahuje hluboko do minulosti a souvisí s osobností (Kratochvíl 2000, s. 11).

Mezi činitele, kteří předurčují člověka k neurotické poruše, Matoušek řadí jak vrozené faktory (například přecitlivělost a psychickou tenzi nervové soustavy), vývojové etapy (zejména zhoršenou adaptaci v období negativismu a v pubertě), infekční choroby, které oslabují nervovou soustavu, špatné hygienické návyky (například nedostatek spánku, přetěžování), tak i nesprávnou výchovu (Matoušek 1986 in Miňhová, Novotná 2000, s. 72).

Dalším z mnoha názorů na etiologii neurotických poruch je názor Wenera, jenž spatřuje souvislost mezi vnitřními a vnějšími podmínkami, které na sebe vzájemně působí. Mezi vnitřní podmínky patří pocit pozitivní nebo negativní odlišnosti, pocit nejistoty, míra vnímavosti a specifické vlastnosti utvářející osobnost. Vnější podmínky jsou rozděleny na požadavky na výkon dítěte, rozmazlování a nadměrná hojnost v dětském věku, nedostatečně stanovené hranice pro dítě a emocionální obklopení dítěte (Werner 1973 in Miňhová, Novotná 2000, s. 73).

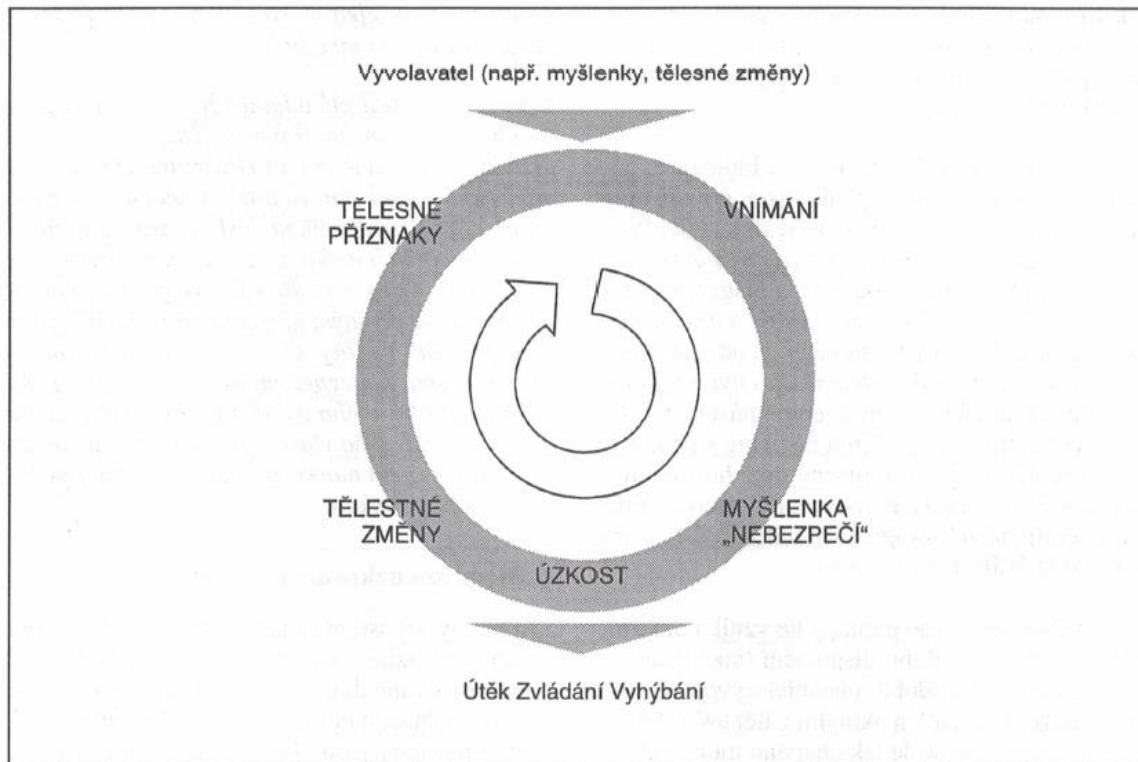
¹⁵ etiologie - příčina nemoci, věda zabývající se příčinami nemocí (Vokurka, Hugo 2004, s. 115)

Většina autorů se přiklání k tomu, že na vzniku neurotických poruch se podílejí jak endogenní faktory, tak i faktory exogenní. Tyto biologické a psychosociální vlivy nestojí proti sobě, ale vzájemně se ovlivňují.

1.2.1 ETIOLOGIE ÚZKOSTNÝCH PORUCH

Dle Vágnerové se na vzniku úzkostných poruch podílí jakékoliv vlivy, které jedince zatěžují. Tyto vlivy vždy působí ve vzájemné interakci s biologickými faktory. Lidé trpící úzkostnou poruchou nemají více zatěžujících životních zkušeností, ale tyto zkušenosti vnímají z jiného pohledu. Za významný etiologický faktor autorka považuje negativní zkušenosti z dětství, které navozují pocity ohrožení (např. odmítání, týrání). Do určité míry lze úzkostné reakce ovlivnit učením (Vágnerová 2008, s. 403).

„Úzkostné nemoci jsou jedním z ústředních témat psychoanalytického učení o neurózách. Motorem úzkostně neurotického vývoje je podle tohoto pojetí nevědomý konflikt mezi přáním na jedné straně a pocitem viny a ohrožení na straně druhé. Z tohoto hlediska osciluje¹⁶ postižený sem a tam mezi přiblížením a vyhýbáním se“ (Rahn, Mahnkopf 2000, s. 359).



Obrázek 1: Úzkostný kruh (Margraf, Schneider 1990 in Rahn, Mahnkopf 2000, s. 359)

¹⁶ oscilace - kmitání, kolísání (Linhart 2002, s. 275)

1.2.1.1 BIOLOGICKÉ FAKTORY

Do této oblasti vlivů řadí Vágnerová genetické¹⁷ vlivy, změny funkcí mozku a poruchy regulace různých neurotransmiterových¹⁸ systémů (Vágnerová 2008, s. 402).

Genetické vlivy u úzkostných poruch popisuje autorka jako vrozenou dispozici neúměrně reagovat úzkostnými projevy na běžné situace. Pravděpodobně se jedná o polygenní¹⁹ typ dědičnosti, kdy dochází k nahromadění většího množství genů (Vágnerová 2008, s. 402).

Na rozvoji úzkostných poruch, jak poukazuje přehledový článek Hosáka, Šilhána a Hosákové, se podílí nejméně genetických vlivů ze všech oblastí duševních poruch – pouze 20 až 40%. Po rozsáhlých výzkumech, které byly v minulosti provedeny, nebyl ani u jedné z úzkostných poruch prokazatelně zjištěn pozitivní vliv některého ze zkoumaných genů. Obecné problémy výzkumu dědičnosti úzkostných poruch vysvětlují: „*Naše neurobiologické znalosti o úzkostných poruchách jsou malé, nenabízejí tedy dostatečně příslušné kandidátní geny k výzkumu*“ (Hosák, Šilhán, Hosáková 2013, s. 7 - 8).

Kromě této problematiky ztěžuje nábor stejnorodých souhrnů i komorbidita²⁰ úzkostných poruch s jinými psychickými poruchami. I přesto by odhalení jednotlivých genů podílejících se na vzniku úzkostných poruch napomohlo k pochopení patofyziologie a rozvoji příhodnější léčby (Hosák, Šilhán, Hosáková 2013, s. 8).

Změny mozkových funkcí, mohou být důsledkem odchylek genetických informací. Mohou se zjistit různými vyšetřeními např. PET (pozitronovou emisní tomografií) nebo magnetickou rezonancí. Jedná se o odchylky v oblasti orbitofrontálního kortexu²¹, mozkového kmene či limbického systému, narušení koordinace mozkových drah, které spojují talamus, bazální ganglia a prefrontální kortex. Úzkostné poruchy jsou projevem porušené schopnosti potlačit nepatřičné činnosti a tendence (Vágnerová 2008, s. 402).

¹⁷ gen - gen - základní jednotka dědičné informace tvořená úsekem DNA a uložená na chromozómu (Vokurka, Hugo 2004, s. 140)

¹⁸ neurotransmiter - chemická látka uvolňovaná z nervového zakončení na synapsi; slouží k přenosu impulsu přes synaptickou šterbinu a umožňuje tak další šíření podráždění (Vokurka, Hugo 2004, s. 306)

¹⁹ polygenní dědičnost - způsob dědičnosti znaku, který není podmíněn jediným genem, ale několika geny, z nichž má každý jen částečný účinek na vyjádření daného znaku (Vokurka, Hugo 2004, s. 353)

²⁰ komorbidita - současný výskyt více nemocí (Vokurka, Hugo 2004, s. 234)

²¹ kortex - kůra určitého orgánu – mozku (Vokurka, Hugo 2004, s. 240)

Seifertová, Praško a Höschl spatřují příčinu úzkostných poruch v řadě biologických abnormalit:

- Reakce růstového hormonu po léčbě clonidinem,
- chybějící potlačení kortisolu po léčbě dexamethasonem,
- zvýšená hladina kortisonu²²,
- porucha řízení serotoninergní neurotransmise (Seifertová, Praško, Höschl 2014, s. 220).

Ve své publikaci Vágnerová popisuje: „Úzkost je spojena s poruchou regulace různých neurotransmiterových systémů, respektive jejich interakce. Z tohoto hlediska má určitý význam noradrenergní, serotoninergní a GABAergní²³ systém. Odchytky neurotransmiterové aktivity úzkostných pacientů byly prokázány např. v oblasti mozkového kmene a ve středním mozku“ (Vágnerová 2008, s. 402).

Autoři Praško, Vyskočilová a Prašková vysvětlují etiologii úzkosti na základě změn CNS. Uvádějí, že kromě vědomé nervové aktivity působí i nervová činnost automatická, řízená vegetativním nervovým systémem. Tento systém automaticky ovlivňuje tělesné změny v těle (např. akci srdeční, krevní tlak, zažívání, dýchání apod.). Jeho součástí jsou dvě složky sympatikus a parasympatikus²⁴, které u mnoha tělesných systémů opačně účinkují a vzájemně se ovlivňují. Při úzkosti dochází k rychlé aktivaci sympatika. Zrychluje se srdeční činnost, dýchání, pocení, napětí ve svalech. Sympatický nervový systém tímto připravuje člověka na útěk nebo na boj (Praško, Vyskočilová, Prašková 2008, s. 27-28).

1.2.1.2 PSYCHOSOCIÁLNÍ FAKTORY

Velký vliv na vzniku úzkostných poruch podle Horta, Hrdličky, Kocourkové a kol., má také těsná vazba na jednoho z rodičů (Hort, Hrdlička, Kocourková a kol. 2008, s. 217 – 219).

²² kortison - steroidní hormon kůry nadledvin, patří ke glukokortikoidům (Vokurka, Hugo 2004, s. 241)

²³ GABAergní - týkající se synapsí, respektive nervů, u nichž je neurotransmiterem GABA (Vokurka, Hugo 2004, s. 137)

²⁴ parasympatikus - součást autonomního nervového systému sloužícího k řízení útro, cév a některých dalších orgánů (Vokurka, Hugo 2004, s. 333)

K této teorii se přiklání i Rahn a Mahnkopf, kteří hovoří o tzv. oidipovské fázi, která je většinou podporována právě ze strany rodičů (Rahn, Mahnkopf 2000, s. 359).

„Predispozice k poruše bývá spojována s psychastenickými²⁵ rysy, ale i s pohotovostí k depresivní reaktivitě. Osobnostní struktura může být jedním z faktorů, díky kterému se za určitých okolností prosadí tento typ psychopatologie“ (Říčan, Krejčířová a kol. 1997, s. 174).

1.2.2 ETIOLOGIE SOMATOFORNÍCH PORUCH

Otázkou etiopatogeneze²⁶ somatoforních poruch se zabývá mnoho autorů. Za zmínku stojí například jména Seifertová, Praško a Höschl, kteří přisuzují vznik této poruchy jak faktorům psychosociálním, tak i biologickým. Značnou roli podle nich hrají i hereditární²⁷ vlivy (Seifertová, Praško, Höschl 2014, s. 275).

Rahn a Mahnkopf řadí k predisponujícím²⁸ činitelům somatoforních poruch zatěžující životní situace, které souvisejí s negativním afektivním prožíváním. Tyto poruchy postihují především jedince, kteří velmi výrazně vnímají somatické symptomy. U mnoha lidí může docházet k odvedení psychického napětí do tělesné oblasti. Vznik a vývoj somatoforní poruchy přisuzují Rahn, Mahnkopf až podněcujícímu chování zdravotnického nebo pomáhajícího personálu. Jedná se o tzv. iatrogenní²⁹ faktor (Rahn, Mahnkopf 2000, s. 376).

S předešlým názorem se shoduje i tvrzení Vágnerové: *„Somatoforní potíže vznikají jako somatická reakce na psychickou zátěž. Jsou vyvolány vnějšími vlivy, ale způsob jejich zpracování závisí na osobnosti postiženého jedince“* (Vágnerová 2008, s. 455).

1.2.2.1 BIOLOGICKÉ FAKTORY

Vágnerová si všímá problematiky predispozice k somatoforním poruchám z hlediska genetiky. Tato porucha se vyskytuje až u 10 – 20% matek či sester žen s tímto

²⁵ psychastenie - takto označován typ osobnosti typický neurotickými rysy (Vokurka, Hugo 2004, s. 370)

²⁶ etiopatogeneze - popis vzniku nemoci zahrnující jak její příčinu, tak další procesy, které její vznik a rozvoj provázejí (Vokurka, Hugo 2004, s. 115)

²⁷ hereditární - dědičný (Vokurka, Hugo 2004, s. 162)

²⁸ predispozice - skutečnost nebo stav usnadňující vznik určité poruchy (Vokurka, Hugo 2004, s. 359)

²⁹ iatrogenní - způsobený lékařem v negativním smyslu (Vokurka, Hugo 2004, s. 193)

onemocněním. Musí se však brát v úvahu spojitost mezi genetickými a psychosociálními jevy. Tyto ženy nemají pouze společné dědičné předpoklady, ale také to, že žijí ve společném rodinném prostředí. Častěji postihuje lidi s typickými osobnostními rysy. Jedná se o osoby se sníženým prahem bolesti, nadměrně rozvinutým vnímáním vlastního těla a tělesných vjemů a mnohdy i sníženou odolností k zátěži (Vágnerová 2008, s. 455).

Stejný názor na etiologii somatoformních poruch mají i Höschl, Libiger a Švestka, kteří poukazují na souvislost mezi hereditárními vlivy a environmentálními faktory. Jako další z příčin uvádějí neuropsychologické defekty³⁰, které způsobují poruchu pozornosti a kognitivních³¹ procesů. *„Z biologických faktorů hrají zřejmě důležitou roli neurotransmitery serotonin³², noradrenalin³³ a endorfiny³⁴. Serotonin a noradrenalin jsou pravděpodobně hlavními neurotransmitery sestupných inhibičních³⁵ drah pro vnímání bolesti a také endorfiny se podílejí na modulaci bolesti v CNS“* (Höschl, Libiger, Švestka 2002, s. 521).

1.2.2.2 PSYCHOSOCIÁLNÍ FAKTORY

Somatické příznaky vysvětluje Vágnerová jako obrannou reakci na skutečnost, ve které se dotyčný cítí bezmocně a není ji schopen řešit jiným, vhodnějším způsobem. Další možnou alternativu pro vysvětlení etiologie somatoformních poruch Vágnerová uvádí přenos agrese a hněvu určené jinému objektu na vlastní tělo. Může se jednat také o tzv. nápodobu neboli identifikaci. To bývá zpravidla v rodinách, kde touto poruchou trpí i starší členové rodiny, od kterých si podobné způsoby reagování ostatní osvojují (Vágnerová 2008, s. 456).

³⁰ defekt - nedostatek, ztráta, chybění, porucha (Linhart 2002, s. 76)

³¹ kognitivní - poznávací, týkající se myšlení a vnímání (Linhart 2002, s. 196)

³² serotonin - biologicky aktivní látka vznikající z aminokyseliny; má význam též jako neurotransmitter v mozku (Vokurka, Hugo 2004, s. 400)

³³ noradrenalin - látka přenášející vzruch v mozku a v sympatickém nervovém systému (Vokurka, Hugo 2004, s. 5)

³⁴ endorfiny - skupina látek vznikajících v mozku, které tlumí bolest a působí pozitivně na náladu (Vokurka, Hugo 2004, s. 106)

³⁵ inhibice - potlačení, útlum, zabránění; činnosti parasympatického nervového systému atropinem (Linhart 2002, s. 169)

1.2.3 ETIOLOGIE DISOCIATIVNÍCH PORUCH

Herman, Hovorka, Praško a kol., vysvětlují širokou oblast příznaků disociativních (konverzních) poruch na základě doposud neurčených psychologických a neurobiologických vlivů (Herman, Hovorka, Praško a kol. 2008, s. 277).

1.2.3.1 BIOLOGICKÉ FAKTORY

Hort, Hrdlička, Kocourková a kol., se přiklání k tvrzení, že u disociativních poruch nebyla doposud potvrzena genetická predispozice (Hort, Hrdlička, Kocourková a kol. 2008, s. 237).

Toto tvrzení vyvrací Vágnerová: „*Dispozice k tomuto způsobu reagování je dána geneticky*“ (Vágnerová 2008, s. 446).

1.2.3.2 PSYCHOSOCIÁLNÍ FAKTORY

Za nejzávažnější faktor, který ovlivňuje vznik těchto poruch, považuje Hort, Hrdlička, Kocourková a kol., faktor psychosociální. Výraznou roli hrají u těchto poruch především rodinné vlivy. Často dochází k napodobování chorobných projevů rodinných příslušníků. Analýzou³⁶ rodinných vlivů byly zjištěny dva vzorce v patologii rodiny. Jde především o úzkostlivý, nemocí subjektivní postoj a chaotická schopnost reakce, která popírá dynamická stanoviska (Hort, Hrdlička, Kocourková a kol. 2008, s. 237).

Jak popisují autoři Grambal, Grambalová, Pastucha a kol., ve svém přehledovém článku, etiologie disociativních poruch není doposud zcela známá. Nejčastěji se v souvislosti s touto poruchou hovoří o psychogenních příčinách. U většiny pacientů trpící touto poruchou se často v anamnéze nachází významná traumatická událost. Autoři rozdělují příčiny do čtyř oblastí. Jedná se především o vážné traumatické zážitky, akutní nebo situační stres a závažnou emoční újmu (Grambal, Grambalová, Pastucha a kol. 2010, s. 99-100).

Stejně tak i Vágnerová považuje psychosociální faktory za nejvýznamnější pro vznik disociativních poruch. Díky disociačním a konverzním mechanismům je člověk schopen vyrovnat se se závažnými životními situacemi. Často touto poruchou trpí lidé,

³⁶ analýza - rozbor, rozklad (Linhart 2002, s. 31)

kteří byli v dětství týrané nebo zneužívané a tudíž nemohli své problémy řešit akceptovatelnějším způsobem (Vágnerová 2008, s. 447).

Konverzí se hodně intenzivně zabýval S. Freud, který hysterii dával do souvislosti s oidipovským komplexem. Freud spojoval hysterii s defenzívou před sexuálními impulzy. Na vzniku hysterie se podle něj podílel z převážné části nevyřešený konflikt, který je nedílnou součástí konverze (Rahn, Mahnkopf 2000, s. 383).

1.2.4 ETIOLOGIE PORUCH PŘIZPŮSOBENÍ

Z přehledového článku Kosové vyplývá, že důležitou roli v etiologii poruch přizpůsobení hrají především jisté predispozice a tělesná i duševní zranitelnost člověka. Porucha přizpůsobení se rozvíjí na základě vzájemného působení osobní zranitelnosti člověka a stresujícího faktoru a to jak v oblasti pracovní, tak i sociální (Kosová 2007, s. 262).

Tak jako většina autorů i Vágnerová považuje za hlavní příčinu poruchy přizpůsobení vnější vlivy. Jedná se převážně o extrémně nepříjemné zážitky, které člověk neočekává, a tudíž pro ně nemá vytvořeny dostatečné obranné mechanismy. Záleží také na tom, jakým způsobem se s nimi dotyčný dokáže vyrovnat a zpracovat je (Vágnerová 2008, s. 427).

1.2.4.1 BIOLOGICKÉ FAKTORY

Tuto oblast faktorů vysvětluje Vágnerová na základě reakce, u které při závažné stresové situaci dochází ke změně aktivity tzv. hypotalamo-hypofýzo-nadledvinové osy. Zvyšuje se i ACTH sekrece, která sekundárně vymezuje adrenokortikální odezvu. Současně dochází i ke změně činnosti sympaticko-adrenomedulární soustavy. Další částí tohoto procesu je vyměšování vnitřních opioidů. Tím, že vymezují katecholaminovou³⁷ reakci, usměrňují enormní aktivování sympatiku v době stresu. Většina symptomů je spojena s nadměrnou aktivací organismu, při které dochází k nadměrné, vleklé aktivaci paralimbických³⁸ a limbických oblastí. Ke změněné aktivitě dochází i v oblasti

³⁷ katecholaminy - skupina důležitých látek organismu, k nimž patří adrenalin, noradrenalin a dopamin (Vokurka, Hugo 2004, s. 223)

³⁸ para - označuje mimo, vedle, u (Linhart 2002, s. 280)

limbický systém - část mozku, která má vztah k instinktům sloužícím zachování jedince i rodu (Vokurka, Hugo 2004, s. 257)

amygdaly³⁹, hipokampu⁴⁰ a hypotalamu, ve kterých se uchovávají osobní, emoční vzpomínky (Vágnerová 2008, s. 427).

1.2.4.2 PSYCHOSOCIÁLNÍ FAKTORY

Psychosociální činitele ovlivňují odezvu na trauma a metodu jeho zpracování. Mezi psychosociální faktory řadí Vágnerová vlastnosti, zkušenosti a zralost člověka. Ve své publikaci zajímavě popisuje teorii „hardiness“, jako odolnost osobnosti. Vychází z předpokladu, že vůči zátěži jsou odolnější ti lidé mající pozitivní nadhled nad zátěžovou situací. V neposlední řadě riziko, že vznikne tato porucha, závisí i na reakcích okolí (Vágnerová 2008, s. 428).

1.3 NEUROTICKÉ PORUCHY U LIDÍ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Čadilová, Jůn, Thorová a kol., si všímají skutečnosti, že u lidí s mentálním postižením bývají často neurotické poruchy opomíjeny. U těžších forem postižení se složitě diagnostikují. Týká se to především generalizované úzkostné poruchy, panických a fobických poruch, obsedantně-kompulzivní poruchy a poruchy přizpůsobení (Čadilová, Jůn, Thorová a kol. 2007, s. 60 – 61).

Na stejný problém ve své výzkumné studii poukazují i Tulcová a Vančura. I přes to, že lidé s mentálním postižením trpí častěji psychickými poruchami než většinová společnost, není této problematice v odborné literatuře věnováno dostatek pozornosti. Často dochází k záměně symptomů duševních poruch za běžné projevy mentální retardace, nebo k záměně halucinací⁴¹ a bludů⁴² za manipulativní chování (Tulcová, Vančura 2010, s. 13).

Na straně druhé Lečbych uvádí možné hodnocení obtížně zvladatelného chování u těchto lidí jako chování patologické, i když se často jedná pouze o nestandardní projevy nesouhlasu, přání a potřeb (Lečbych 2008, s. 29).

³⁹ amygdala - jedno z mozkových jader funkčně se řadí k limbickému systému; podílí se na citění, náladě, paměti apod. (Vokurka, Hugo 2004, s. 17)

⁴⁰ hipokampus - obloučkový závit ve spodní části mozku, součást limbického systému (Vokurka, Hugo 2004, s. 164)

⁴¹ halucinace - falešný vjem něčeho, co neexistuje; může jít o vjemy zrakové, sluchové, čichové apod. (Vokurka, Hugo 2004, s. 154)

⁴² bludy - porucha myšlení, jejímž základem je chorobný a falešný výchozí předpoklad, o němž je však člověk nezvratně přesvědčen (Vokurka, Hugo 2004, s. 50)

Autoři Reiss a Szysko (1983) poukazují na tzv. diagnostické překrývání, kdy odborníci, pokud se jedná o lidi s mentálním postižením, klasifikují stejné symptomy⁴³ jako méně významné (Reiss, Szysko 1983, s. 396).

Vědecké analýzy ukazují na větší výskyt psychických poruch právě u lidí s mentálním postižením. Na druhou stranu diagnostika psychických poruch u těchto lidí je velice obtížná. Jelikož osoby s mentálním postižením často svou nepohodu vyjadřují neverbálním způsobem, mohou být projevy psychických poruch odlišné. Mnohdy mají sklon k agresivnímu a sebepoškozujícímu chování (Cohen 2002, s. 122).

Na neurotické poruchy u lidí s mentálním postižením se ve svých publikacích zaměřují především Čadilová, Jůn, Thorová a kol., kteří upozorňují na častý výskyt generalizované úzkostné poruchy u těchto osob. Mezi základní symptomy generalizované úzkostné poruchy se řadí napětí, nervozita, úzkostné obavy z toho, že se něco hrozného stane a vegetativní příznaky, jako je třes, bušení srdce, trávicí problémy a potíže s usínáním. Takovýto stav emoční nepohody, tísně, snadno podnítlí vznik až agresivního chování i v situacích, které za jiných podmínek zvládá člověk s mentálním postižením bez problémů (Čadilová, Jůn, Thorová a kol. 2007, s. 60).

Panická porucha je stav, který se projevuje výraznými atakami⁴⁴ úzkosti. Při atace lidé s mentálním postižením často pociťují vzrůstající strach, při kterém se zvyšuje intenzita vegetativních příznaků. Často se proto snaží z této situace uniknout. Problém nastává ve chvíli, kdy by došlo k zabránění úniku z téhle, pro ně nezvládnutelné situace (Čadilová, Jůn, Thorová a kol. 2007, s. 60).

Další z častých neurotických poruch u lidí s mentálním postižením jsou fobické poruchy, které Čadilová, Jůn, Thorová a kol., vysvětlují jako naučené iracionální⁴⁵ strachy z různých objektů a situací (např. ze zvířat, lidí, vody, výšky, uzavřeného prostoru aj.) I v těchto situacích jsou u lidí s mentálním postižením prokázány únikové reakce. Pokud se budeme snažit člověka s postižením nutit ke vstupu do obávané situace, do kontaktu s obávaným objektem, nebo bránit v úniku z nepříjemné situace, můžeme u něj snadno

⁴³ symptom - příznak (Vokurka, Hugo 2004, s. 428)

⁴⁴ ataka - prudký záchvat nemoci (Vokurka, Hugo 2004, s. 36)

⁴⁵ racionalizace - psychologický mechanismus, který si jedinec vysvětluje a zdůvodňuje, iracionální motivace, chování či pocity tak, aby se jevíly jako normální (Linhart 2002, s. 313)

vyvolat aktivní obranné mechanismy útok – útěk (Čadilová, Jůn, Thorová a kol. 2007, s. 60).

Porucha, která je popisována opakovaně se vyskytujícími absurdními a nepřijatelnými obsedantními, myšlenkami, se nazývá obsedantně – kompulzivní porucha. Obsedantní myšlenky jsou myšlenky, které se člověku neustále opakovaně vtírají do mysli. Kompulzivní jednání je jednání, které má podobu stereotypních vtíravých činů a rituálů. U lidí s mentálním postižením se objevují převážně v podobě kompulzivního jednání. Atypickým symptomem této poruchy bývá chování zaměřené proti své osobě, které bývá vyprovokováno bráněním v provádění kompulzivního aktu (Čadilová, Jůn, Thorová a kol. 2007, s. 61).

I poruchy přizpůsobení patří mezi velmi časté poruchy u osob s mentálním postižením. Kromě běžných symptomů se poruchy mohou projevat stavem bezúčelného psychomotorického⁴⁶ podráždění, neklidnou aktivitou, přecházením, ale také nespavostí, nebo agresivním chováním (Čadilová, Jůn, Thorová a kol. 2007, s. 61).

⁴⁶ psychomotorický - týkající se pohybových projevů duševních dějů (Vokurka, Hugo 2004, s. 371)

2 NEUROTICISMUS

Interakce⁴⁷ mezi osobnostmi a neuroticismem je velmi silná a pluralitní⁴⁸. Některé typy osobnosti, jako je melancholik a choleric, mají větší náchylnost k neuroticismu než jiné. Vzájemný vztah mezi vlastnostmi osobnosti a těmito poruchami může být i opačný. Vlastnosti osobnosti mohou neurózy nejen podmiňovat, ale mohou být i jejich projevem (Kratochvíl 2000, s. 18).

Z výše uvedeného vyplývá, že neuroticismus (psychická labilita) úzce souvisí s osobností člověka a s jeho temperamentem.

2.1 VYMEZENÍ POJMU TEMPERAMENT

Člověk má vrozené dispozice projevovat se určitým individuálním způsobem, a to jak v okruhu chování, tak i v okruhu prožívání. Díky tomuto základu osobnosti se rozvíjejí ostatní psychické vlastnosti a funkce (Vágnerová 2007, s. 216).

„Temperament je individuálně charakteristický typ reaktivity a dynamiky⁴⁹ psychiky. Představuje formální základ průběhu duševních dějů i projevů chování“ (Vágnerová 2007, s. 216).

Říčan uvádí: *„Temperament zahrnuje formální vlastnosti, nezávislé na obsahu vědomí a na směru osobních sklonů“* (Říčan 1972 in Vágnerová 2007, s. 216).

Temperament popisuje Balcar jako jistý způsob chování a prožívání člověka, který obsahuje převažující nálady a citové ladění (Balcar 1991 in Irmiš 2007, s. 92).

Vágnerová spatřuje dispozice temperamentu v celkové reaktivitě, ve vegetativních reakcích a emočním prožívání. Celkovou reaktivitu Vágnerová vysvětluje jako dominantní vlastnosti chování, intenzitu⁵⁰, impulzivitu⁵¹ a bezprostřednost reakcí bez ohledu na podněty, kterými byla podnětá a vyrovnanost a stabilitu⁵² chování. U vegetativních

⁴⁷ interakce - vzájemné působení (Linhart 2002, s. 172)

⁴⁸ pluri - předpona označující více, několik (Vokurka, Hugo 2004, s. 349)

⁴⁹ dynamika - pohyb, vývoj či změna jako důsledek vyvolávajících příčin (Linhart 2002, s. 94)

⁵⁰ intenzita - síla (Linhart 2002, s. 172)

⁵¹ impulzivita - sklon jednat náhle (bez rozumové úvahy) ze silného vnitřního (např. emočního či afektivního) popudu, bez adekvátního důvodu, bez jasného cíle a účelu, často neklidně, rozčileně, podrážděně až agresivně (Linhart 2002, s. 165)

⁵² stabilita - stálost, odolnost vůči změnám, pevnost (Linhart 2002, s. 349)

reakcí jde především o jejich vyrovnanost, intenzitu a stabilitu. V oblasti emočního prožívání se autorka zaměřuje především na hloubku a intenzitu emocí, aniž by byl podstatný charakter podnětů, které je způsobily, citové prožitky a jejich stabilitu, dominantní emoční ladění a v neposlední řadě emoční vzrušivost a reaktivitu (Vágnerová 2007, s. 217).

Součástí temperamentu dle Irmiše je oblast aktivity, reaktivity a nálady. Kromě těchto tří oblastí může zahrnovat též adaptační schopnost, styl chování a orientaci k dysfunkčním⁵³ poruchám. I přes to, že je do určité míry přizpůsobitelný, nedá se měnit, jelikož je z větší míry vrozený (Irmiš 2007, s. 92).

Temperament má vliv na fyziologické odezvy organismu a duševní projevy a spojuje oblast tělesnou a psychickou (Vágnerová 2007, s. 217).

2.1.1 TYPOLOGIE TEMPERAMENTU

K antickým vědeckým názorům se většinou navracíme jen z hlediska historie nebo kuriozit. Výjimku tvoří teorie temperamentu od antických lékařů, která se dodnes běžně používá v učebnicích a v laické společnosti. Hippokratovi se připisuje autorství prvotní teorie temperamentu, kterou o dvě století později zastával Galén. Temperament pochází z latinského slova temperare = mísit, směšovat. Osobnost člověka je dána právě poměrem tělesných šťáv, které jsou u každého člověka různě namíchány – žluč, černá žluč, krev a sliz. Podle převahy dané tělesné šťávy se rozlišují čtyři typy osobnosti. Převaha žluče charakterizuje cholera, převaha černé žluče vede k melancholickému temperamentu, převaha krve popisuje sangvinika a převaha slizu flegmatika (Říčan 2010, s. 65).

I. P. Pavlov při definování temperamentu vycházel z hledání fyziologického⁵⁴ korelátu na základě zpracování podmíněných reflexů – vyhasínání, diferenciac⁵⁵ a rychlosti (Irmiš 2007, s. 100).

Typologii temperamentu I. P. Pavlova nazývá Vágnerová jako typologii vyšší nervové činnosti. I. P. Pavlov diferencuje tyto typy na základě zásadních charakteristik

⁵³ dysfunkce - porucha funkce (Vokurka, Hugo 2004, s. 95)

⁵⁴ fyziologický - týkající se fyziologie, popisující stav zdravého organismu a podmínky jeho činnosti (Vokurka, Hugo 2004, s. 136)

⁵⁵ diferenciac - proces vyzrávání, rozlišování, během něhož jednotlivé buňky, tkáně a části organismu získávají specializované vlastnosti a funkce (Vokurka, Hugo 2004, s. 84)

neurofyziologických procesů, útlumu a podráždění. Podle jejich síly, vyrovnanosti a pohybu rozlišuje čtyři typy:

- Typ slabý - melancholik,
- typ pohyblivý, vyrovnaný a silný – sangvinik,
- typ silný, vyrovnaný a nepohyblivý – flegmatik,
- typ silný, nevyrovnaný - choleric (Vágnerová 2007, s. 221).

Další typologií, která stojí za zmínku, je morfologicky založená teorie temperamentu Ernsta Kretschmera. Jeho teorie je založena na vzájemném vztahu mezi temperamentními vlastnostmi, psychickými poruchami a stavbou těla. Ve své studii rozlišuje pyknický, leptosomní a atletický tělesný typ (Kretschmer 1921 in Říčan 2010, s. 67).

Jung ve své typologii využívá svých rozsáhlých znalostí různých teorií temperamentu. Ve své teorii vychází ze základní orientace člověka a to ze skupiny introverze – extraverze a z racionálního (vnímání, myšlení) a iracionálního (cítění, intuice) poznávání (Vágnerová 2007, s. 228).

Eysenck přejímá Jungovu koncepci extroverze – introverze jako základní znak pro rozlišení typů temperamentu, navazuje ale i na fyziologii I. P. Pavlova a Kretschmerovu typologii (Mikšík 2001, s. 42).

Eysenckova teorie dimenze extroverze – introverze je založena na odlišné rychlosti a síle vyvolané inhibice⁵⁶ a aktivace a také na rychlosti jejího odeznívání. K extravertovaným způsobům chování mají sklony především lidé u kterých je tato aktivace vyvolána pomaleji a je oslabená nebo lidé, kteří mají rychlou a silnou inhibici. V případě neurotizace mají tendenci k psychopatickým⁵⁷ a hysterickým formám chování (Irmíš 2007, s. 104).

Podle názoru Eysencka je osobnost člověka složena z hierarchicky uspořádaných předpokladů. Na základě kombinace obou dvou dimenzí rozlišil čtyři typy osobnosti:

- Extraverze a emoční labilita - choleric,
- extraverze a emoční stabilita - sangvinik,

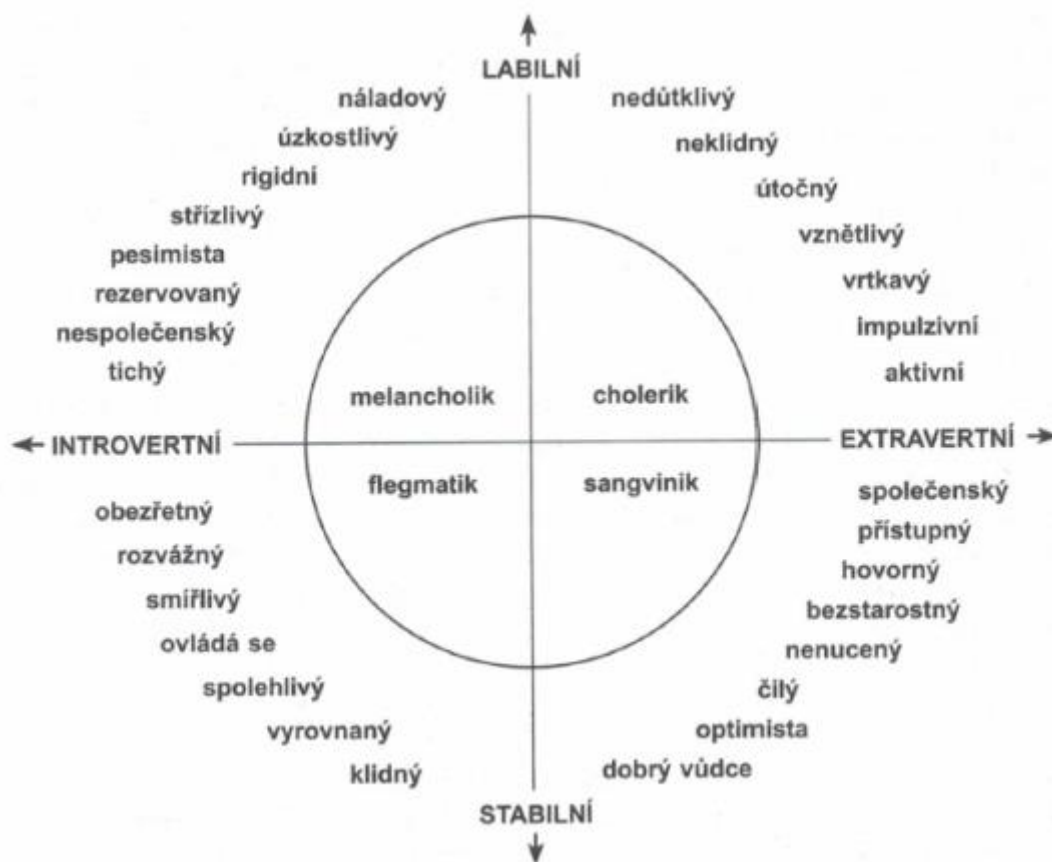
⁵⁶ inhibice - potlačení, útlum, zabránění; činnosti parasympatického nervového systému atropinem (Vokurka, Hugo 2004, s. 202)

⁵⁷ psychopatie - duševní odchylka jako trvalá součást osobnosti (Vokurka, Hugo 2004, s. 371)

- introverze a emoční labilita - melancholik,
- introverze a emoční - flegmatik (Vágnerová 2007, s. 229).

Eysenck dokazuje existenci tří temperamentových vlastností. Jsou to dvoupólově zpracovaný rozsah introvertovanost – extravertovanost, neuroticismus (emocionální stabilita, labilita) a psychoticismus (Mikšík 2001, s. 43).

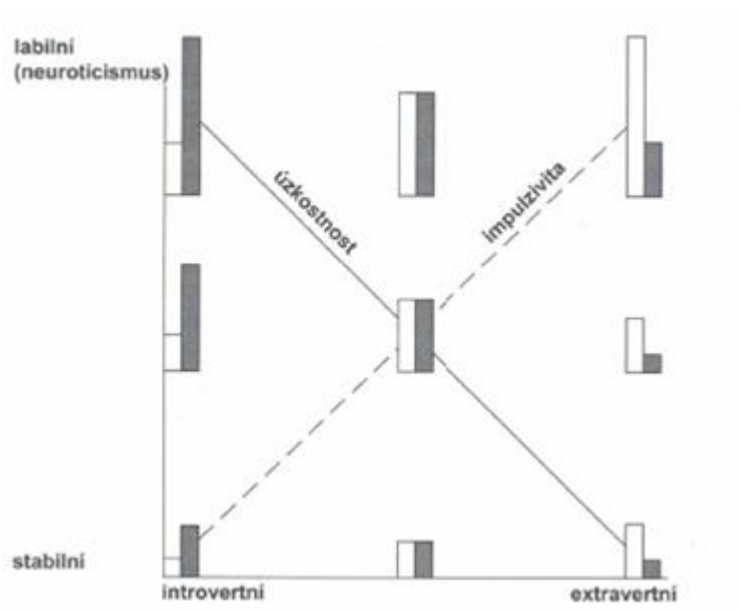
Emoční labilitu – stabilitu je možné chápat ve smyslu převažujícího typu obecné reaktivity, míry osobní vyrovnanosti a úměrnosti vyvolávajícím podnětům. Jedná se o faktor temperamentu (Vágnerová 2007, s. 232).



Obrázek 2: Vztah temperamentových dimenzí extroverze – introverze a labilita – stabilita (neuroticismus) k typům a vlastnostem chování podle Eysencka (Irmíš 2007, s. 106)

V 50. letech 19. století jsou moderní studie temperamentu ovlivněny několika směry. Ať už je to teorie Alexandra Thomase a Stely Chessové vycházející ze způsobu chování nebo ze studie Kagana popisující reakce dětí na neznámé podněty, podle nichž rozlišoval děti neinhibované a inhibované. Psychofyziologie temperamentu vycházející z aktivační hladiny, eventuality adaptace na zátěžové situace, rychlosti tvoření podmíněných reakcí, intenzity prahů na podněty, rychlosti vzruchů a útlumů, spojitosti

s ANS a EEG, neurotransmiterů a rozličných mechanismů v mozku, se začala rozvíjet jen o několik let později. Tento směr, který rozšířil žák Eysencka J. Gray o neurofyziologické koreláty⁵⁸ anxioty⁵⁹ a impulzivitu, vycházel z již zmíněných teorií I. P. Pavlova a Eysencka. Gray založil svou hypotézu na třech systémech emocí. Jedná se o systém behaviorálně aktivační BAS (reakce na podmíněné podněty odměny a netrestání), behaviorálně inhibiční BIS (reakce na podmíněné podněty trestů a neodměňování) a systém, který se využívá při rozhodování mezi útekem a bojem (Irmíš 2007, s. 104).



Obrázek 3: Greyova teorie o vztahu introverze – extroverze a stability – lability k úzkostnosti a impulzivité s citlivostí na odměnu a trest (Irmíš 2007, s. 109)

Vztah mezi neurotičností a extroverzí – introverzí sledoval Irmíš k vegetativní reaktivitě a tonu. Zjistil, že četnější reaktivitu sympatiku a větší „parasympatikotonii“ měli jedinci s vysokou psychickou labilitou (Irmíš 1985 in Irmíš 2007, s. 110).

K podobnému závěru dospěla ve své studii i Slánská a kol., s tím rozdílem, že labilitu měřili pomocí dotazníku Kudličkové (Slánská a kol. 1975, in Irmíš 2007, s. 111).

⁵⁸ korelát - souvztažný pojem (Linhart 2002, s. 197)

⁵⁹ anxieta - úzkost (Vokurka, Hugo 2004, s. 28)

2.2 CHARAKTERISTIKA NEUROTICISMU

Neuroticismus neboli labilitu představuje ve své publikaci Kohoutek jako zvýšenou psychickou tenzi, která úzce souvisí s oblastí citů a ovládá různé tělesné funkce mimo volní kontrolu (Kohoutek 2007, s. 171).

Neuropsychickou neboli emocionální labilitu charakterizuje Paulík jako „*individuální míru prožívání negativních emocí, narušitelnosti vnitřní rovnováhy. Vysoké skóre neuroticismu se pojí z úzkostností, obavami, smutkem*“ (Paulík 1999 in Paulík 2009, s. 50).

Hlavním znakem emoční lability neboli neuroticismu je, jak uvádí Vágnerová ve své publikaci, úzkostnost (Vágnerová 2007, s. 231).

Za hlavní projevy neuroticismu považuje Mikšík špatnou propojenost osobnosti a to především ve smyslu nedostatku sebedůvěry, přecitlivělosti, citové nestálosti, prožívání úzkosti a mimo jiné i psychosomatické potíže (Mikšík 2001, s. 43).

Základ neuroticismu spatřuje Kohoutek ve vysoké reaktivnosti autonomního nervového systému. Při přehnané reakci tohoto autonomního nervového systému se u člověka se značným neuroticismem objeví daleko silnější tělesná a citová reakce při působení téhož podnětu než u člověka vyrovnaného. Autonomní nervový systém nepůsobí jako celek, tudíž může být u každého jedince jiná reakce na stejný podnět. Někdo se rozpláče, někdo rozzlobí nebo poleká. Reakce autonomního nervového systému u labilního člověka je velice intenzivní a trvá neúměrně dlouho. Labilní člověk se proto těžko přizpůsobuje normálnímu prostředí a o to více prostředí, ve kterém je vystaven negativním vlivům. Příznivým podmínkám se tento člověk ještě dokáže za určitých okolností přizpůsobit, ale v nepříznivých podmínkách se jeho problémy pouze hromadí a následky hyperreaktivnosti⁶⁰ autonomního nervového systému vyústí do schémat chování a prožívání a tím se stále více upevňují. Jak bude člověk reagovat, záleží nejen na stupni lability, ale především na skutečnosti, zda se jedná o introverta nebo extroverta. Introvert problémy řeší většinou sám v sobě, kdežto extrovert často na úkor druhých, za určitých okolností může jeho chování vyústit až v antisociální⁶¹ (Kohoutek 2007, s. 171-176).

⁶⁰ hyper - předpona s významem více, přes (Vokurka, Hugo 2004, s. 173)

⁶¹ anti - předpona s významem proti (Vokurka, Hugo 2004, s. 24)

Důležitý pojem, který se váže k psychické labilitě a je proto nutné se o něm zmínit je psychoticismus. Jde o systém, který měří úroveň psychopatologických výrazů osobnosti, především problematiku přizpůsobení. Objevuje se u lidí, kteří jsou náchylní k emocionální labilitě a to v různých kvalitách. Jak již zmiňoval Kohoutek, záleží na tom, zda je labilita spojena s introvertovaností nebo s extravertovaností. Labilní introvert má problémy především osobnostní - sklony k psychasténiím, schizofrenii, kdežto labilní extravert vztahové - sklony k hysteriím, sociopatiím, afektivním psychózám (Mikšík 2001, s. 45).

Zvýšenou psychickou tenzí neboli neuroticismem, v pojetí Kohoutka trpí až 20% naší populace. Intenzita⁶² neuroticismu má souvislost s psychickým i tělesným stavem člověka a s jeho pracovním a rodinným prostředím (Kohoutek 2007, s. 171).

Mezi nejčastější projevy neuroticismu patří okusování nehtů nebo předmětů (např. tužky); somatické příznaky, jako je bolest břicha, hlavy, nohou, žaludeční potíže, závratě; častý pláč; pocity slabosti; omdlávání; měnící se barva v obličeji; zvýšená potivost; chvění, třes rukou, hlasu při rozčilení; přecitlivělá reakce na neúspěch; nadměrná tichost; časté pomrkávání, záškuby v obličeji; pokašlávání, posmrkávání; důkladné až úzkostlivé puntičkářství; mimovolní pohyby jednotlivými částmi těla; zasněnost, vidiny fantastických předmětů; nechutenství; neklidný spánek; problémy se vstáváním; nespokojenost, negativní emoční ladění; záchvaty zlosti až vzteku; zvýšená duševní zranitelnost; zvýšená lekavost; deprivovanost, subdeprivovanost; nejistota při jednání s cizími lidmi; obtížná přizpůsobivost (snížená frustrační⁶³ tolerance); pocity nedostačivosti, trapnosti, vnitřního chvění, chaosu; tréma, stavy úzkosti z posuzování druhými lidmi; roztěkanost, nesoustředěnost; afektivní labilita; nestejnomyšlný pracovní výkon; záliba v pocitech bolesti; snadné zadýchání, únava; častá potřeba močení aj. (Kohoutek 2007, s. 171).

Filipková uvádí, že pro stanovení diagnózy zvýšené psychické tenze stačí vykazání jen některých z výše jmenovaných projevů. Z průzkumů vyplývá, že se neuroticismus vyskytuje častěji u dívek. Důležité je včasné podchycení zvýšené psychické tenze, jelikož hrozí její rozvinutí až do neurotické poruchy (Filipková 2006 in Kohoutek 2007, s. 172).

sociální - týkající se společnosti (Linhart 2002, s. 344)

⁶² intenzivní - usilovný, silný (Linhart 2002, s. 172)

⁶³ frustrace - zklamání, nemožnost dosáhnout uspokojení přání nebo potřeby (Vokurka, Hugo 2004, s. 134)

3 MENTÁLNÍ RETARDACE

Mentální retardaci charakterizují Kvapilík a Černá jako postižení, které je charakterizováno celkovým snížením intelektu⁶⁴, často doprovázeno poruchou adaptace, zpomaleným a zaostávajícím vývojem, omezenými možnostmi vzdělávání a nedostačující sociální přizpůsobivostí (Kvapilík, Černá 1990, s. 7).

3.1 VYMEZENÍ MENTÁLNÍ RETARDACE

Podle Černé není stanovení definice mentální retardace zcela dáno. Existuje mnoho různých definování od nejstručnějších až k popisným, které kromě jiného zahrnují i klasifikaci⁶⁵ a symptomatologii⁶⁶. Některé definice mentální retardace vycházejí z aktuálního pásma inteligence, jiné z biologických nebo sociálních faktorů (Černá 2015, s. 79).

Existuje mnoho pohledů na mentální retardaci, každý odborník na toto postižení nahlíží podle svého zaměření. Z jiné perspektivy bude mentální retardaci chápat lékař, sociální pracovník nebo psycholog.

Cohen označuje mentální retardaci jako přerušení vyvíjení mozku a vyšších systémů CNS. Na rozdíl od demence, kdy člověk ztrácí již osvojené rozumové schopnosti a dovednosti, u mentální retardace se funkce vůbec nerozvinuly (Cohen 2002, s. 119).

Vágnerová charakterizuje mentální retardaci jako „souhrnné označení vrozeného postižení rozumových schopností, které se projeví neschopností porozumět svému okolí a v požadované míře se mu přizpůsobit. Je definována jako neschopnost dosáhnout odpovídajícího stupně intelektového vývoje (méně než 70% normy), přestože postižený jedinec byl přijatelným způsobem výchovně stimulován“ (Vágnerová 2004, s. 289).

Dle Švarcové se jedná o „*trvalé snížení rozumových schopností, které vzniklo v důsledku poškození mozku. Snížení rozumových schopností je stav trvalý, neměnný a promítá se do všech složek osobnosti*“ (Švarcová 2006, s. 29).

⁶⁴ intelekt - rozum, schopnost myšlení a racionálního poznání (Linhart 2002, s. 171)

⁶⁵ klasifikace - třídění, zařazení do systému či hodnocení podle určitých kritérií (Linhart 2002, s. 193)

⁶⁶ symptomatologie - soubor příznaků, kterými se může projevit určitá nemoc; nauka o příznacích (Vokurka, Hugo 2004, s. 429)

Lečbych uvádí čtyři různé modely ve vymezení mentální retardace, které představují odlišná pojetí jedné skutečnosti a zároveň odlišné přístupy k lidem s tímto postižením (Lečbych 2012, s. 34).

3.1.1 LIMITAČNÍ - MEDICÍNSKÝ MODEL

Výrazně dominantní je medicínský, jinak také limitační nebo klasifikační model, popisující limity, slabé stránky a to v čem člověk zaostává. Z tohoto pohledu je mentální retardace chápána jako vývojová porucha, a je zcela orientována do oblasti psychopatologie⁶⁷ (Lečbych 2012, s. 34).

Definici vycházející z medicínského modelu stanovil například Mackinthos, který vysvětluje mentální retardaci jako „*značně podprůměrné obecné intelektuální fungování zároveň s nedostatečným adaptačním chováním*“ (Mackinthos 2000, s. 176).

Atkinsonová, která označuje pojem mentální retardace jako „*...podprůměrné intelektové schopnosti, které jsou obvykle provázeny narušením v oblasti sociálního přizpůsobení*“ (Atkinsonová a kol. 2003, s. 694).

I někteří čeští autoři nahlízejí na mentální retardaci z této perspektivy. Například Krejčířová vymezuje mentální retardaci jako „*závažné postižení vývoje rozumových schopností prenatální⁶⁸, perinatální⁶⁹ nebo časně postnatální⁷⁰ etiologie⁷¹, které vede i k významnému omezení v adaptivním⁷² fungování postiženého dítěte či dospělého v jeho sociálním prostředí*“ (Krejčířová 1997, s. 151).

Podobně definuje mentální retardaci i Valenta: „*Mentální retardaci lze vymezit jako vývojovou poruchu rozumových schopností demonstrující se především snížením řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální i časně postnatální etiologií, která oslabuje adaptační schopnosti jedince*“ (Valenta 2012, s. 31).

Známé a hojně používané jsou i definice mentální retardace vydaných Světovou zdravotnickou organizací, které jsou publikovány v Terminologickém speciálně

⁶⁷ psychopatologie - obor zabývající se studiem duševních chorob (Vokurka, Hugo 2004, s. 371)

⁶⁸ prenatální období - před narozením (Vokurka, Hugo 2004, s. 360)

⁶⁹ perinatální období - vztahující se k období okolo narození (Vokurka, Hugo 2004, s. 340)

⁷⁰ postnatální období - po narození (Vokurka, Hugo 2004, s. 357)

⁷¹ etiologie - příčina nemoci, věda zabývající se příčinami nemocí (Vokurka, Hugo 2004, s. 115)

⁷² adaptace - přizpůsobení se, druh odpovědi na dlouhodobě působící podnět, respektive změnu podmínek (Linhart 2002, s. 14)

pedagogickém slovníku UNESCO poprvé v roce 1977: „*Pod heslem mentální retardace se rozumí celkové snížení intelektuálních schopností osobnosti postiženého, která vzniká v průběhu vývoje a je obvykle provázeno nižší schopností orientovat se v životě. Nedostatek adaptivního chování se projevuje ve zpomaleném, zaostávajícím vývoji, v ohraničených možnostech vzdělávání a nedostatečné sociální přizpůsobivosti, přičemž se uvedené příznaky mohou projevovat samostatně nebo v různých kombinacích*“ (Černá 2015, 79).

Druhá definice mentální retardace byla publikována v roce 1983: „*Pojem mentální retardace se vztahuje k podprůměrnému obecně intelektuálnímu fungování osoby, které se stává zřejmým v průběhu vývoje a je spojeno s poruchami adaptačního chování. Poruchy adaptace jsou zřejmé z pomalého tempa dospívání, ze snížené schopnosti učit se a z nedostatečné sociální přizpůsobivosti*“ (Černá 2015, s. 79).

Lečbych považuje za riziko medicínského (limitačního) modelu to, že člověk může přijít o vlastní kompetence⁷³ a možnosti rozhodovat o vlastním životě (Valenta, Michalík, Lečbych a kol. 2012, s. 35-36).

3.1.2 MODEL ÚSTAVNÍ SOCIÁLNÍ PÉČE

Podle Lečbycha tento model vychází z limitačního modelu. Je založen na nutnosti poskytnout lidem s mentálním postižením komplexní péči z důvodu jejich četných nedostatků a omezení v běžném životě. Model sociální péče se snaží tyto lidi chránit před neúspěchem a ponížením, a proto pro ně doporučují chráněné prostředí v podobě izolovaných zařízení. Tento model je z dnešního pohledu brán jako nevyhovující s rizikem izolovanosti, snížení sebedůvěry a v neposlední řadě přispívá i ke stigmatizaci⁷⁴ lidí s mentálním postižením (Valenta, Michalík, Lečbych a kol. 2012, s. 37).

3.1.3 POPISNÝ MODEL

Popisný model vznikl, jak uvádí Lečbych, jako reakce na předchozí dva modely se snahou zabránit vzniku negativních předsudků a tzv. „nálepkování“ těchto lidí. Definice mentální retardace, které vycházejí z tohoto modelu, se zaměřují především na „obtíže v učení“ nebo „nepružnost v učení“. V anglicky mluvících zemích se termíny „learning difficulty“ či „learning disability“ často používají na místo pojmu mentální retardace. Definice tohoto modelu nejsou úplně jednotné, ale všechny vycházejí ze snahy vidět

⁷³ kompetence - pravomoc, rozsah působnosti (Linhart 2002, s. 200)

⁷⁴ stigma - viditelná známka nemoci (Linhart 2002, s. 351)

člověka v kontextu běžného života a činností (Valenta, Michalík, Lečbych a kol. 2012, s. 37-38).

3.1.4 EKOLOGICKÝ MODEL

V poslední době se usiluje o začlenění osob s mentálním postižením do běžné společnosti. Vzhledem rozvoje integračního a inkluzivního⁷⁵ úsilí je tudíž důležité se v definici mentální retardace vedle vymezení deficitů orientovat především na oblasti a míry potřebné podpory. Takto orientováno je například definování mentální retardace Americkou asociací pro mentální retardaci AAMR (American Association for Mental Retardation), které bylo aktualizováno v roce 2002:

„Mentální retardace je snížená schopnost (disability) charakterizovaná výraznými omezeními v intelektových funkcích a také v adaptačním chování, což se projevuje ve schopnosti myslet v abstraktních⁷⁶ pojmech a v sociálních a praktických adaptačních dovednostech“ (Luckasson 2002, s. 8).

Jedná se o tzv. Ekologický model vymezení mentální retardace, ve kterém není mentální retardace absolutním symptomem vymezeným jednotlivcem, ale je dána dynamickým vzájemným působením charakteristiky osoby a charakteristiky prostředí, ve kterém se tento člověk pohybuje (Valenta, Michalík, Lečbych a kol. 2012, s. 40-41).

Černá se ztotožňuje s tvrzením Valenty, Michalíka, Lečbycha a kol., a doplňuje ho o myšlenku posunout soubor předpokladů od modelu deficitu uvnitř člověka k modelu podpory, jejímž výsledkem je klasifikace potřeb člověka ve vztahu k okolnímu prostředí (Černá 2015, s. 81).

Podle Huanga je tento model vystavěn na třech základních pilířích. Kompetence (capabilities) jsou prvním z těchto pilířů a znamenají to, co člověk umí, dokáže a jaké jsou možnosti jeho budoucího rozvoje. Druhým pilířem je prostředí (environment), jež stanovuje podmínky, ve kterých bude člověk s mentálním postižením žít, učit se, pracovat a setkávat se s ostatními lidmi. Posledním, třetím pilířem je fungování (functioning), který slouží jako stupeň podpory potřebný k tomu, aby člověk s tímto postižením mohl v běžném prostředí úspěšně žít, „fungovat“. V rámci tohoto pilíře

⁷⁵ inkluze - uzávěr, zahrnutí do něčeho, vztah mezi třídami, množinami (Linhart 2002, s. 170)

⁷⁶ abstrakce - postup a výsledek myšlenkových operací od jednotlivého k obecnému, k zákonitostem (Linhart 2002, s. 16)

se rozlišují čtyři stupně podpory – občasná, omezená, rozsáhlá a pervazivní⁷⁷. Jako doplňkový čtvrtý pilíř je nutné zmínit čas, což je období, po které je určitý stupeň podpory poskytován (Huang 1997 in Lečbých 2008, s. 21).

Stupeň podpory není závislý na stupni mentální retardace. Např. je prokázáno, že člověk s lehkým mentálním postižením vyžaduje vyšší míru podpory při nácviku náročnější aktivity, než člověk s těžkým mentálním postižením, kde byla rychlá a náležitá adaptace na méně náročnou pracovní činnost. Díky tomuto modelu získávají otázky typu „Mohou tito lidé pracovat na běžném pracovišti?“, „Mohou žít samostatně?“, „Mohou žít sexuálně?“. Novou dimenzí⁷⁸ a předmětem úvah již není, zda lidé z důvodu sníženého intelektu a zhoršené adaptace něco mohou nebo nemohou, zda na něco mají nebo nemají právo, ale za jakých okolností a v jakém prostředí mohou své potencionály⁷⁹ a potřeby naplnit, jaký stupeň podpory budou potřebovat a po jakou dobu jim ji bude nezbytně poskytnout (Valenta, Michalík, Lečbých a kol. 2012, s. 40-41).

3.2 DIAGNOSTIKA MENTÁLNÍ RETARDACE

Vágnerová považuje za diagnostické⁸⁰ kritérium mentální retardace nejen pokles rozumových funkcí (intektu), kdy IQ je menší než 70, ale také současný deficit v oblasti adaptability člověka a to minimálně ve dvou z následujících oblastí jako je život v domácnosti, sebeobslužné, interpersonální⁸¹, sociální, funkční a komunikační dovednosti, sebeřízení, pracovní a odpočinkové činnosti, zdraví, bezpečnost. Jako třetím a posledním kritériem je, zda porucha vznikla do 18. roku života. Diagnóza mentální retardace se určuje na základě psychologického vyšetření kognitivních funkcí⁸², posouzením adaptace a klinického posudku míry zvládnutí obvyklých sociálně – kulturních nároků. Mentální retardace je postižení trvalé. Vhodným individuálním působením a kvalitní stimulací⁸³ je však možné dosáhnout jistého zlepšení v rozvoji člověka s tímto postižením (Vágnerová 2008, s. 289).

⁷⁷ pervazivní - všepřonikající vývojové poruchy, které záporně mění motorickou, emoční, volní, kognitivní, řečovou - celou osobnostní a psychosociální úroveň (Vokurka, Hugo 2004, s. 342)

⁷⁸ dimenze - rozměr, rozsah (Linhart 2002, s. 86)

⁷⁹ potenciál - souhrn schopností, celková možnost něco udělat (Linhart 2002, s. 300)

⁸⁰ diagnóza - určení, vymezení, stanovení, rozpoznání choroby (Vokurka, Hugo 2004, s. 83)

⁸¹ interpersonální - mezilidský (Linhart 2002, s. 173)

⁸² kognitivní funkce - poznávací funkce (Linhart 2002, s. 196)

⁸³ stimulace - povzbuzení, podněcování, dráždění (Vokurka, Hugo 2004, s. 420)

Stejně tak Švarcová poukazuje na důležitost komplexní diagnostiky vycházející z podrobného psychologického, neurologického i psychiatrického vyšetření a z dlouhodobého pozorování člověka v přirozeném sociálním prostředí. Testy pro stanovení inteligenčního kvocientu jsou sice důležitou částí psychologického vyšetření, ale ne zcela jedinou (Švarcová 2011, s. 33 - 34).

Krejčířová mimo jiné zmiňuje nutnost zachycení neuropsychologického profilu, jenž je nepostradatelný pro následnou terapii⁸⁴ a rehabilitaci⁸⁵. Znamená to tedy popis aktuálního funkčního i behaviorálního⁸⁶ stavu člověka a určení optimálních individuálních postupů rehabilitace. Důležitou součástí diagnostiky je i velmi podrobná anamnéza⁸⁷ a pozorování člověka při běžných činnostech. Vyšetření by mělo být zaměřené nejen na aktuální vývojovou úroveň jednotlivých schopností, ale především na dynamická hlediska (Krejčířová 1997, s. 157).

Jak uvádí Lečbych, diagnostika pouze na základě stanovení inteligenčního kvocientu je nedostačující, jelikož dochází k „nahuštění“ struktury a úrovně rozumových schopností daného člověka do jednoho čísla hodnoty IQ (Lečbych 2012, s. 36).

S téměř totožnou kritikou se setkáváme i u Říčana a Krejčířové a kol., kteří poukazují na to, že „číselné hodnoty IQ je nutné pojímat jen jako orientační vodítka s vědomím, že vyšetřením nikdy nezískáme přesnou hodnotu IQ. Rozhodující pro určení pásma retardace musí být vždy především kvalita zvládnutí životních nároků dítěte (dospělého) v jeho prostředí“ (Říčan, Krejčířová a kol. 1997, s. 151).

Lečbych se mimo jiné zabývá diferenciatní diagnostikou, kdy při diagnostikování klade důraz na odlišení mentální retardace od retardace zapříčiněné deprivací, z důvodu postižení smyslového nebo tělesného, specifických poruch řeči, specifických vývojových poruch učení a chování, dílčích neuropsychických⁸⁸ dysfunkcí, poruchy autistického spektra nebo jiné duševní poruchy (Valenta, Michalík, Lečbych a kol. 2012, s. 42).

⁸⁴ terapie - léčba, léčení, léčebný postup (Vokurka, Hugo 2004, s. 436)

⁸⁵ rehabilitace - návratná péče (Vokurka, Hugo 2004, s. 381)

⁸⁶ behaviorismus - psychologická, sociologická a ekonomická teorie, zabývá se chováním subjektů na základě studia odpovědí na stimuly (Linhart 2002, s. 56)

⁸⁷ anamnéza - soubor údajů o prodělaných nemocech pacienta a rodinných příslušníků (Vokurka, Hugo 2004, s. 19)

⁸⁸ neuropsychický - týkající se nervové a psychické činnosti (Vokurka, Hugo 2004, s. 306)

3.3 KLASIFIKACE MENTÁLNÍ RETARDACE

Stejně tak jako většina autorů i Valenta, Michalík, Lečbych a kol., rozdělují mentální retardaci podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, zpracované Světovou zdravotnickou organizací v Ženevě, která vstoupila v platnost roku 1992, do šesti základních oblastí: lehká mentální retardace, středně těžká mentální retardace, těžká mentální retardace, hluboká mentální retardace, jiná mentální retardace, nespecifikovaná mentální retardace. Tyto jednotlivé stupně jsou stanoveny na základě posouzení struktury rozumových schopností a posouzení schopností adaptability, dále též orientačně inteligenčním kvocientem a mírou zvládnutí běžných sociokulturních dovedností člověka. Jedná se o tzv. kvantitativní hodnocení mentální retardace (Valenta, Michalík, Lečbych a kol. 2012, s. 31).

3.3.1 KVANTITATIVNÍ HODNOCENÍ

Kvantitativní hodnocení popisuje jednotlivé stupně mentální retardace. Množství úbytku nebo zachování příslušných kompetencí je dle Vágnerové základním kritériem při klasifikaci poruchy rozumových schopností. Tímto hodnocením lze odhadnout pouze plošně schopnosti člověka s mentálním postižením ve vztahu k normám společnosti. Hranicí mentální retardace je inteligenční kvocient 70 (Vágnerová 2008, s. 301).

Toto hodnocení se však stává často terčem kritiky, jelikož úroveň a struktura rozumových schopností člověka je nahuštěna do jednoho čísla a to hodnoty IQ (Berk, Bridges, Shih 1981 in Lečbych 2008, s. 18).

	Lehká MR (IQ 50-69)	Středně těžká MR (IQ 35-49)	Těžká MR (IQ 20-34)	Hluboká MR (IQ nižší než 20)
Neuropsychický vývoj	omezený, opožděný	omezený, výrazně opožděný	celkově omezený	výrazně omezený
Somatická postižení	ojedinělá	častá, častý výskyt epilepsie	častá, neurologické příznaky, epilepsie	velmi častá, neurologické příznaky, kombinované vady tělesné a smyslové
Poruchy motoriky	opoždění motorického vývoje	výrazné opoždění, ale postižení jsou mobilní	časté stereotypní automatické pohyby, výrazné porušení motoriky	většinou imobilní nebo výrazné omezení pohybu
Poruchy psychiky	snížení aktivity psychických procesů, nerovnoměrný vývoj, funkční oslabení, převládají konkrétní, názorné a mechanické schopnosti	celkové omezení, nízká koncentrace pozornosti, výrazně opožděný rozvoj chápání, opožděný rozvoj dovednosti sebeobsluhy	výrazně omezená úroveň všech schopností	těžké postižení všech funkcí
Komunikace a řeč	schopnost komunikovat většinou vytvořena, opožděný vývoj řeči, obsahová chudost, časté poruchy formální stránky řeči	úroveň rozvoje řeči je variabilní, někteří jedinci jsou schopni sociální interakce a komunikace, verbální projev často bývá chudý, agramatický a špatně artikulovaný	komunikace převážně nonverbální, neartikulované výkřiky, případně jednotlivá slova	rudimentární nonverbální komunikace nebo nekomunikují vůbec
Poruchy citů a vůle	afektivní labilita, impulzivnost, úzkostnost, zvýšená sugestibilita	nestálost nálady, impulzivita, zkratkovité jednání	celkové poškození afektivní sféry, časté sebepoškozování	těžké poškození afektivní sféry, potřebují stálý dohled
Možnosti vzdělávání	na základě speciálního individuálního programu	na základě speciálních program (pomocná škola)	vytváření dovedností a návyků, rehabilitační vzdělávací program	vytváření jednoduchých dovedností a návyků (rehabilitace, individuální péče

Tabulka 1: Průvodní jevy mentální retardace (Švarcová 2011, s. 46)

3.3.1.1 LEHKÁ MENTÁLNÍ RETARDACE, IQ 50-69 (F70)

Lidé v inteligenčním pásmu lehké mentální retardace i přes opožděný vývoj řeči v dětství, dokáží v dospělosti řeč účelně užívat, verbálně⁸⁹ komunikovat i udržovat konverzaci. Jsou nezávislí v sebeobslužných činnostech. Nikdy nedosáhnou úrovně dospělého člověka, jejich mentální věk se pohybuje na hranici 10-11 let (Švarcová 2011, s. 37).

Říčan, Krejčířová a kol., upozorňují na skutečnost, že lehká mentální retardace se často diagnostikuje až v předškolním nebo školním období, jelikož bývá retardace zjevná až na vyšších vývojových úrovních. Děti s lehkým mentálním postižením často trpí některou z forem specifických poruch učení. Pokud se respektují individuální potřeby a možnosti těchto lidí, jsou schopni s jistou podporou a dohledem se učit a začlenit se v dospělosti do pracovního procesu (Říčan, Krejčířová a kol. 1997, s. 153-154).

Stejně tak Vágnerová spatřuje u lidí s lehkým stupněm mentálního postižení možnost pracovního začlenění a určité samostatnosti a to pouze s nízkou mírou podpory (Vágnerová 2008, s. 301).

3.3.1.2 STŘEDNĚ TĚŽKÁ MENTÁLNÍ RETARDACE, IQ 35-49 (F71)

Říčan, Krejčířová a kol., popisují tento stupeň mentální retardace z pohledu vývojového, kdy je opožďování vývoje diagnostikováno již v kojeneckém nejpozději v batolecím období. Jedná se především o narušený pohybový vývoj a posléze vývoj řeči (Říčan, Krejčířová a kol. 1997, s. 154).

Švarcová uvádí, že lidé s tímto stupněm postižení mají opožděný rozvoj řeči a chápání, omezenou soběstačnost a zručnost. Vhodným vzdělávacím vedením jsou schopni si osvojit základy tzv. trivia (čtení, psaní, počítání). Nedokáží respektovat složitější pravidla a normy. Častým a soustavným opakováním jsou schopni si zafixovat jednoduché dovednosti a návyky především z oblasti sebeobsluhy. Pokud není jednoduchá pracovní činnost podmíněna přesností a rychlostí, jsou způsobilí ji vykonávat, ale vyžadují trvalý dohled (Švarcová 2011, s. 38).

⁸⁹ verbalizace - vyjadřování, označování slovy (Linhart 2002, s. 401)

Z pohledu Vágnerové je myšlení lidí se středně těžkým stupněm mentální retardace na úrovni myšlení předškolního dítěte. Z toho důvodu nejsou schopni respektovat jakákoli logická pravidla (Vágnerová 2008, s. 302).

3.3.1.3 TĚŽKÁ MENTÁLNÍ RETARDACE, IQ 20-34 (F72)

Tento stupeň postižení se vyskytuje asi u 5 % lidí s mentálním postižením. Podle klinického obrazu by se dala přirovnat k středně těžké mentální retardaci. Úroveň schopností je ale výrazně nižší, než u předchozího stupně (Švarcová 2011, s. 39).

Hort, Hrdlička, Kocourková a kol., ve své publikaci uvádí, že lidé s tímto stupněm postižení dokáží na základě dlouhodobého nácviku zachovávat základní hygienické návyky. Jejich emocionální a sociální prožívání je však velice chudé. Nejsou schopni se zapojit do běžného života, musí být pod trvalým dohledem. Jejich stav vyžaduje trvalou péči (Hort, Hrdlička, Kocourková, malá a kol. 2008, s. 117).

Verbálně tito lidé komunikují velice omezeně. Často se u nich objevují echolálie a slova bez komunikačního významu. Převážně však lidé s tímto stupněm postižení trpí vývojovou afázií. Spolu s verbální komunikací je omezena i komunikace neverbální (Čadilová, Jůn, Thorová a kol. 2007, s. 28).

3.3.1.4 HLUBOKÁ MENTÁLNÍ RETARDACE, IQ NIŽŠÍ NEŽ 20 (F73)

V odborných publikacích se u tohoto stupně postižení uvádí rozdílné procento výskytu. Zatímco Švarcová uvádí necelé 1% (Švarcová 2011, s. 40).

Hort, Hrdlička, Kocourková a kol., udávají až 5% výskytu z celkového počtu lidí s mentálním postižením (Hort, Hrdlička, Kocourková, malá a kol. 2008, s. 117).

Téměř v každém případě se jedná o kombinované postižení. Lidé s hlubokým mentálním postižením dokáží pouze rozlišovat známé podněty a reagovat na ně. Nerozvíjí se řeč ani poznávací schopnosti. Jsou zcela odkázáni na péči jiných lidí (Čadilová, Jůn, Thorová a kol. 2007, s. 28-29).

Švarcová popisuje hlubokou mentální retardaci jako velmi těžké omezení řečových schopností, zejména porozumění řeči, požadavkům nebo instrukcím. Komunikace probíhá spíše na úrovni neverbální. Tito lidé reagují především na projevy, jako je pláč, úsměv, radost (Švarcová 2011, s. 40).

Na rozdíl od Švarcové, Hort, Hrdlička, Kocourková a kol., jsou zastánci takového názoru, že člověk s tímto postižením nekomunikuje vůbec, vydává pouze skřeky (Hort, Hrdlička, Kocourková a kol. 2008, s. 117).

3.3.2 KVALITATIVNÍ HODNOCENÍ

Kvalitativní hodnocení mentální retardace Vágnerová popisuje takto: „*Posouzení rozumových schopností mentálně postižených musí zahrnovat i kvalitativní hodnocení jejich struktury, individuálních zvláštností, předností i nedostatků*“ (Vágnerová 2008, s. 303).

Hlavním úkolem kvalitativního hodnocení je především zjišťovat možnost využití zachovaných rozumových schopností. Velký význam má pro toto hodnocení mimo jiné především emoční vyrovnanost, adaptabilita člověka, úroveň jeho pozornosti, osobní tempo a motivace. Je důležité brát v úvahu, jakým způsobem se nejčastěji přistupuje k problémům u lidí s mentálním postižením a který způsob se upřednostňuje při jejich řešení a individuální úroveň aktivace (např. kvalita pozornosti, myšlení, unavitelnost, nebo stupeň tolerance k zátěži), příznačnou pro každého člověka (Vágnerová 2008, s. 304).

Lečbych nahlíží na člověka s mentálním postižením jako na osobu, která má sníženou schopnost učit se, a proto jsou pro ni náročné úkoly typu číst, psát, verbálně komunikovat, zacházet s penězi, zvládat sebeobslužné činnosti aj. Ztížené učení má za následek ztrátu sebevědomí a některých sociálních dovedností. Z tohoto důvodu mají lidé s mentálním postižením mnohdy potíže přizpůsobovat se změnám (Lečbych 2008, s. 20).

Z pohledu kvalitativního hodnocení se nejčastěji jedná o mentální defekt jako následek organického poškození CNS často spojený s dětskou mozkovou obrnou, Downův syndrom⁹⁰ s typickým habitusem⁹¹, syndrom lomivého X typický narušeným chováním, polygenně podmíněné omezení intelektového vývoje často postihující děti rodičů se stejným postižením (Vágnerová 2008, s. 308).

⁹⁰ Downův syndrom - vrozená choroba, při níž je v genetické výbavě o jeden 21. chromozom více (Vokurka, Hugo 2004, s. 90)

⁹¹ habitus - celkový vzhled, souhrn zjevných vlastností (Linhart 2002, s. 142)

3.4 VÝSKYT A PŘÍČINY VZNIKU MENTÁLNÍ RETARDACE

Dítě s mentálním postižením se může narodit komukoliv. I zcela zdravým rodičům se může narodit dítě s mentálním či jiným postižením. Onemocnět může rovněž člověk v průběhu svého života. Každý člověk, který dnes překypuje zdravím, může zítra onemocnět a zcela ztratit své intelektové schopnosti.

Mentální retardace vzniká důsledkem postižení CNS. Etiologie tohoto postižení se v klinickém obraze může projevit jak kvalitativně, tak i kvantitativně. Mentální retardace vzniká různými způsoby, do nichž patří nejen značné množství různých vlivů, které ohrožují zdravý vývoj a růst plodu (příčiny prenatální), ale i řada dalších onemocnění, úrazů, infekcí, tzv. biologických faktorů či defektů působících na vývoj člověka v pozdější době (kolem porodu – příčiny perinatální a po porodu – příčiny postnatální) ovlivňující vývoj po narození a to ve skutečnosti po celý život (Černá 2015, s. 84).

Dělení příčin mentální retardace dle Vágnerové:

- Prenatální vlivy:

Infekce matky během těhotenství, špatná výživa matky, působení záření a toxických látek, neslučitelnost krevního faktoru rodičů.

- perinatální vlivy:

Nedostatek kyslíku, dlouhotrvající porod, mechanické poškození mozku porodními kleštěmi.

- postnatální vlivy:

Infekce novorozence, záněty mozku, úrazy, špatná výživa novorozence.

- dědičnost

Defekty stavby nebo funkce genetického ústrojí.(zejména poruchy vzniklé na základě odlišného počtu nebo struktury autozómů⁹² např. trisomie⁹³ 21. chromozómu – Downův syndrom, pohlavních chromozómů např. syndrom lomivého X, onemocnění

⁹² autozóm - chromozóm, který se v tělesných buňkách jedince vyskytuje v páru (22 párů) na rozdíl od dvou pohlavních chromozómů, které jsou odlišné X a Y (Vokurka, Hugo 2004, s. 39)

⁹³ trisomie - genetická porucha, při níž je určitý chromozóm v buňce v počtu tří, místo normálního počtu dvou (Vokurka, Hugo 2004, s. 451)

způsobeného genovou poruchou např. u neléčené fenylyketonurie⁹⁴ a polygenně podmíněné omezení intelektového vývoje (Vágnerová 2008, s. 290).

Hort, Hrdlička, Kocourková a kol., popisují mentální retardaci takto: *“Mentální retardace je modelovou poruchou interakce⁹⁵ mezi genetickými, neurobiologickými a vnějšími faktory, které formují klinické projevy od mírné retardace po hluboký defekt“* (Hort, Hrdlička, Kocourková a kol. 2008, s. 119).

Podle Švarcové je příčinou mentální retardace *„organické poškození mozku v důsledku strukturálního poškození nebo v důsledku abnormálního vývoje“* (Švarcová 2003, s. 24). Švarcová oproti výše jmenovaným autorům pokládá za původce mentální retardace pouze vnitřní činitele.

U většiny osob s mentálním postižením nelze říci, zda příčinou jejich postižení jsou jednoznačně vlivy biologické, nebo do jaké míry jsou na vině i vlivy sociální. Mnoho příčin tohoto postižení zůstává i přes veškeré pokroky biologických věd stále neznámých. Lečbych uvádí, že čím je stupeň mentální retardace lehčí tím častěji nelze přesnou příčinu určit (Lečbych 2008, s. 25).

V anamnéze člověka s mentálním postižením, jak popisuje Černá, je možné nalézt více faktorů, které jsou příčinou tohoto postižení. Různými prostředky lze některé situace včas podchytit a ovlivnit. Např. vývoj ohroženého plodu nebo novorozence (Černá 2015, s. 84).

3.5 MOŽNOSTI PREVENCE VZNIKU MENTÁLNÍ RETARDACE

Na prevenci⁹⁶ vzniku mentální retardace se ve své publikaci zaměřuje Švarcová. Primární prevence se týká zamezení vzniku fyzické, intelektové, psychické či smyslové vady. Zabránění tomu, aby vada způsobila trvalé funkční omezení či postižení, nazýváme prevencí sekundární (Švarcová 2011, s. 43).

Jak již bylo zmíněno (viz. 3.4 Výskyt a příčiny vzniku mentální retardace), spektrum příčin vzniku mentální retardace je velmi široké, a proto je obtížné i hledání konkrétních možností účinné prevence. Základní předpoklady prevence mentální retardace

⁹⁴ fenylyketonurie - dědičná nemoc, při níž je porušena normální přeměna aminokyseliny fenylyalaninu (Vokurka, Hugo 2004, s. 124)

⁹⁵ interakce - vzájemné působení dvou nebo více činitelů (Linhart 2002, s. 171)

⁹⁶ prevence - předcházení nemoci (Vokurka, Hugo 2004, s. 361)

prosazuje především Mezinárodní liga společností pro mentálně postižené (ILSHM), jež stanovila desatero zásad:

- 1) Navštívit lékaře nejméně tři měsíce před plánovaným otěhotněním. Na základě aktuálního zdravotního stavu může lékař doporučit různá opatření podporující narození zdravého dítěte (očkování, dietu, vitaminy, cvičení).
- 2) Správně se stravovat.
- 3) Vyvarovat se alkoholu v průběhu těhotenství.
- 4) Včas se chránit očkovaním, zejména proti zarděnkám a možné hepatitidě typu B.
- 5) Nekouřit.
- 6) Navštívit genetickou poradnu, která může včas odhalit případné ohrožení těhotenství.
- 7) Vyvarovat se užívání léků, vyjma těch, které předepíše lékař.
- 8) Dát si pozor na RTG záření.
- 9) Vyhýbat se infekčním onemocněním. Mnoho infekčních chorob, jsou-li získány v těhotenství, může způsobit dítěti vážnou újmu.
- 10) Pravidelně navštěvovat svého lékaře.

Důsledným dodržováním těchto zásad můžou budoucí rodičky zamezit vzniku mentální retardace u svých potomků (Švarcová 2011, s. 43 – 44).

3.6 SPECIFIKA OSOBNOSTI LIDÍ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

„Osobnost je individuální jednota člověka, jeho duševních vlastností a dějů, která je založena na jednotě těla a projevuje se ve společenských vztazích“ (Lečbych 2008, s. 29).

Lidé s mentálním postižením netvoří homogenní⁹⁷ skupinu, kterou by bylo možné vystihnout vyčerpávajícím způsobem. Tak jako každý jiný člověk i člověk s mentálním postižením je svébytným subjektem s typickými rysy osobnosti (Švarcová 2011, s. 46).

⁹⁷ homogenní - stejnorodý (Vokurka, Hugo 2004, s. 168)

Lečbych upozorňuje na některé mýty vyskytující se v této oblasti. Za závažný omyl považuje například přirovnávání člověka s mentálním postižením k osobě vývojově mladší. Původem těchto milných informací bývají mnohdy lékařské zprávy, ve kterých se uvádí pouze tzv. mentální věk. Intelektové schopnosti jsou sice na úrovni vývojově mladší osoby, ale nelze z této informace vyvozovat, že chování člověka bude na stejné úrovni vývoje (Lečbych 2008, s. 29).

Vágnerová se ve své publikaci zabývá problémem častého negativního hodnocení lidí s mentálním postižením společností. Důvodem bývají nepředvídatelné reakce, závislost na okolí a obtížné dorozumívání a podceňování. Ve společnosti přetrvává přesvědčení, že tito lidé nemají stejná práva jako ostatní a proto na ně mnohdy nejsou kladeny ani stejné nároky. Často je mentální retardace označována jako postižení stigmatizující. Sociální interakce s lidmi s mentálním postižením je ovlivněna nedostatečně rozvinutými komunikačními schopnostmi a problémem rozlišit vhodné chování od nevhodného. Komunikace mezi lidmi s mentálním postižením a ostatními lidmi je méně empatická, zjednodušená a trvá kratší dobu. Ve většině případů se jedná o asymetrickou⁹⁸ interakci. Lidé s tímto postižením hrají v komunikaci roli pasivního posluchače, závislého na aktivitě ostatních. Stereotyp je upřednostňován i v sociálních vztazích, kde je dávana přednost lidem, které znají a vědí, co od nich mohou očekávat (Vágnerová 2008, s. 306 – 308).

Dle Cohena chování, které u jiných lidí může vypadat jako symptom duševní poruchy, u osob s mentálním postižením může mít daleko jednodušší vysvětlení. Důležitá je komunikace s lidmi s tímto postižením v podobě dostatečných instrukcí a vysvětlení (Cohen 2002, s. 120).

I přes to, že se téměř každá odborná publikace zabývající se mentální retardací zaměřuje na specifika osobnosti lidí s mentálním, popisuje především jejich nedostatky, než aby vyzdvihovaly silné stránky těchto lidí (Lečbych 2008, s. 29).

3.7 ZÁKLADNÍ POTŘEBY LIDÍ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Na vývoj lidských potřeb člověka jako takového, má vliv biologické zrání člověka. U lidí s mentálním postižením je typická rozdílnost zralosti biologické, rozumové a sociální. Lečbych zpochybňuje, tak jak jsou v odborné literatuře uváděny mýty

⁹⁸ asymetrie - nesouměrnost (Linhart 2002, s. 44)

k osobnosti člověka s mentálním postižením, a nazývá mýtem také tzv. speciální potřeby lidí s mentálním postižením (Lečbych 2008, s. 30).

Čadilová, Jůn, Thorová a kol., se ztotožňují s Lečbychem. Tvrdí, že tito lidé mají stejná práva na naplnění všech základních lidských potřeb. Tyto potřeby jsou však na základě omezených rozumových schopností a učení určitým způsobem modifikovány⁹⁹. Pro lidi s mentálním postižením je prioritou uspokojovat své potřeby neodkladně a to v závislosti na svém momentálním psychickém a fyzickém stavu (Čadilová, Jůn, Thorová a kol. 2007, s. 106).

Jedná se o tyto potřeby:

- **Potřeba fyziologická** je jedna z prvních potřeb. Pro člověka s mentálním postižením je důležitá možnost najíst a napít se nejen v čase předem určeném, ale i ve chvíli, kdy má hlad nebo žízeň. To samé platí o možnosti spánku a uspokojení sexuální potřeby sociálně přijatelným způsobem (Čadilová, Jůn, Thorová a kol. 2007, s. 106).
- **Potřeba bezpečí** se naplňuje tehdy, pokud člověk ví kdy, kde a s kým co má dělat, ví, že se může volně pohybovat ve známém prostředí a chování ostatních je předvídatelné. Důležitá je také stabilita prostředí a silná vazba na rodinu a nejbližší, která se ani v dospívání nemění (Čadilová, Jůn, Thorová a kol. 2007, s. 106).
Kolektiv autorů - Vágnerová, Hadj-Mousová, Štech ve své publikaci popisuje, že u lidí s mentálním postižením často bývá tato potřeba neuspokojena, jelikož nejsou vždy svým okolím dostatečně akceptováni. Okolí má tendence se od těchto lidí odvracet, nerozumí jejich potřebám a tím je i frustrují (Vágnerová, Hadj-Mousová, Štech 2004, s. 29).
- **Potřeba lásky** má do určité míry souvislost s potřebou bezpečí a citového vztahu. U lidí s postižením může být její uspokojování odlišné jak z hlediska kvantity, tak i kvality. Vztahy k lidem s postižením nesou ochranné znaky, znaky rezignace, receptivity a závislosti ((Vágnerová, Hadj-Mousová, Štech 2004, s. 29).

⁹⁹ modifikace - obměna, úprava, přizpůsobení (Linhart 2002, s. 249))

- **Potřeba úcty a sebeúcty** je uspokojena ve chvíli, kdy s člověkem s mentálním postižením ostatní jednají společensky vhodně a s ohledem na jeho fyzický věk, nejsou zesměšňovány a shazovány jeho city, touhy, požadavky, připomínky, stížnosti a přání a to i tehdy, kdy nejsou zcela reálná (Čadilová, Jůn, Thorová a kol. 2007, s. 106).

Jak potvrzuje Vágnerová, Hadj-Mousová, Štech: „Uspokojování potřeby úcty a sebeúcty je modifikováno skutečností, že společnost sama o potřebě sebeúcty nemocného neuvažuje“ (Vágnerová, Hadj-Mousová, Štech 2004, s. 30).

- **Potřeba seberealizace** spočívá podle Čadilové, Jůna, Thorové a kol. v možnosti rozhodovat se dle svých aktuálních možností a schopností o tom, kdy se nají, půjde spát, vstane, bude se bavit s ostatními, odloží nebo vykoná určitou činnost atd. (Čadilová, Jůn, Thorová a kol. 2007, s. 106).

Z hlediska názorů společnosti je i tato potřeba pro lidi s postižením nepodstatná, ale z pohledu těchto lidí jde o velmi citlivou oblast, jejíž uspokojování je ztíženo i nedostatečným množstvím kompetencí a běžnou nereálností jejich úsilí (Vágnerová, Hadj-Mousová, Štech 2004, s. 30).

3.7.1 PROBLÉMOVÉ CHOVÁNÍ JAKO NÁSLEDEK NEUSPOKOJENÍ POTŘEB

Čadilová, Jůn, Thorová a kol., jsou jedni z mála autorů, kteří se ve svých publikacích zabývají problémovým chováním právě u lidí s mentálním postižením. Tak jako u každého člověka, tak i u člověka s mentálním postižením se v důsledku neuspokojení některé ze základních lidských potřeb zvyšuje pravděpodobnost vzniku problémového chování. Vzhledem k postižení, potřebují tito lidé větší možnou míru podpory a asistence při naplňování jejich potřeb. Snaha zjistit ty potřeby, které si člověk s postižením není schopen sám uspokojit, představuje pomoc správným směrem a tím i předcházení vzniku problémového chování. Samozřejmostí při péči o lidi s mentálním postižením je zajistit jim dostatečnou míru asistence. Ne vždy se však podaří správně rozpoznat nenaplněné potřeby. I v případě, že jsou nenaplněné potřeby známé, nemusí se podařit neuspokojenou potřebu z objektivních důvodů naplnit (Čadilová, Jůn, Thorová a kol. 2007, s. 105 -107).

V některých případech, jak uvádějí výše uvedení autoři, vyplývá problémové chování přímo z postižení člověka (např. Leschova-Nyhanova syndromu, kde je hlavním znakem agresivita). Spouštěčem problémového chování u lidí s mentálním postižením

může být organické a funkční poškození mozku. Jedná se tedy o vnitřní faktor. Dalším faktorem (vnějším) je prostředí, ve kterém člověk s postižením žije a které na něj působí. Ze zkušeností plyne, že spouštěčem problémového chování jsou častěji činitelé vnější (Čadilová, Jůn, Thorová a kol. 2007, s. 105-108).

3.7.2 DUŠEVNÍ PORUCHY JAKO NÁSLEDEK NEUSPOKOJENÍ POTŘEB

Jakékoli neuspokojení potřeb pro tyto lidi vysvětluje Vágnerová jako zátěžovou situaci, na kterou reagují obrannými mechanismy různých podob. Tyto podoby závisejí na příčinách, míře postižení a samotném temperamentu člověka. Při hodnocení chování člověka s postižením musíme brát v úvahu jeho schopnost rozlišovat hodnoty a normy, zda je schopný porozumět a chápat jejich podstatu. Nestačí jen pochopení platnosti určitých pravidel, ale především požadavek umět se podle nich chovat. Tito lidé ve většině situací jednají emocionálně a afektovaně, schopnost ovládat se je téměř mizivá. Jelikož nejsou schopni vyjádřit svá přání a potřeby a sdělit své subjektivní informace běžným způsobem, používají k tomu osobité projevy chování (např. neartikulovaný křik, štípání), které mají často kompenzační charakter (Vágnerová 2008, s. 298).

Čadilová, Jůn, Thorová a kol., uvádějí, že u osob s mentálním postižením se projevuje celá řada duševních poruch. Jejich podíl je u nich přinejmenším 3–4 krát hojnější než u běžné populace. Tak jako problémové chování u osob s mentálním postižením, tak i duševní poruchy mohou být důsledkem neuspokojení základních lidských potřeb (Čadilová, Jůn, Thorová a kol. 2007, s. 55 - 56).

3.8 ČINITELÉ OVLIVŇUJÍCÍ ROZVOJ ČLOVĚKA S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Různorodí činitelé prostředí mohou výrazně ovlivňovat nejen rozvoj „zdravých“ lidí, ale i osoby s mentálním postižením. Pokud jsou tyto činitelé přiměřené a vhodně nasměrované, potom napomáhají celkovému rozvoji všech psychických procesů a tím i globální orientaci tohoto člověka v životních podmínkách (Kvapilík, Černá 1990, s. 13).

Prvním a tím i nejdůležitějším prostředím, se kterým člověk přichází do styku je jeho rodina. Za základní znak rodiny považují autoři Valenta, Michalík a Lečbych polyfunkčnost. Její funkce, ať se jedná o emocionálně-ochrannou, výchovně-socializační, biologicko-reprodukční nebo ekonomicko-zabezpečovací, jsou považovány za úkoly, které rodina plní vůči svým členům, ale také ve vztahu ke společnosti (Valenta, Michalík, Lečbych 2012, s. 280).

I Kvapilík a Černá uvádí, že rodina je první malou sociální skupinou, která dává dítěti základy života ve společnosti a veškerá další výchova na těchto základech staví. Podle nich je rodina ta, kdo vytváří podmínky pro komplexní rozvoj osobnosti, podněcuje vznik poznávacích schopností, paměti, citů, usměrňuje jeho reakce (Kvapilík, Černá 1990, s. 14).

Cohen vysvětluje, že prvotní odezvou, při narození potomka s mentálním postižením, jsou negativní psychické reakce (např. odmítání dítěte, smutek, apod.) rodičů. Psychické problémy v těchto rodinách přetrvávají většinou až do dospělosti jejich dítěte. Tyto psychické a jiné reakce byly popsány v mnoha studiích (Cohen 2002, s. 124).

Knussen a kol., výzkumem poukazují na pět základních vyrovnávacích strategií, jakým způsobem rodiny situaci zvládají v praxi. Jedná se o vyrovnanost (duševní klid), hledání sociální emoční opory, pasivní akceptování, reálné zvládání a uvažování, které je podloženo přáním, ne skutečností (Knussen a kol. 1992 in Cohen 2002, s. 125).

Pro celou rodinu je narození dítěte s mentálním postižením náročnou životní zkušeností. Do té doby, než jsou rodiče schopni přijmout pravdivou skutečnost, že se jim narodilo dítě s mentálním postižením, dochází k zastírání skutečného stavu jejich dítěte, které slouží jako obranná reakce. Mnohdy se objevují výčitky svědomí, sebeobviňování, obviňování partnera nebo ostatních rodinných příslušníků, tudíž rodina se často záměrně izoluje od ostatních (Kvapilík, Černá 1990, s. 14).

Černá se zabývá problémem, kdy obavy a strach rodičů roste s přibývajícím věkem jejich dítěte s postižením. Přiklání se k názoru, že: „*Rodiče mentálně postižených dětí by se měli umět odpoutat od svých obav na téma, jak jejich děti život v dospělosti bez nich zvládnou*“ (Černá 2015, s. 174).

Na straně druhé i ve vztahu okolí k rodinám nachází Kvapilík a Černá celou řadu negativních skutečností (litování, zvědavost, nevhodné zasahování do života rodiny, pohrdání, odsouzení, vyhýbání). Mezi negativní vlivy se řadí i nereálné a pro člověka s postižením nesplnitelné nároky, které jsou na něj kladeny. Tím dochází ještě k závažnějšímu zpomalení a narušování celkového vývoje. Při přetrvávajícím kladení nepřiměřených požadavků, se člověk s mentálním postižením uzavře do sebe, je neurotizován. Na místě zde není litování, které přerůstá v pasivní bolest, ale aktivní, individuální a cílevědomá pomoc (Kvapilík, Černá 1990, s. 30 - 33).

3.9 SPECIFICKÉ PŘÍSTUPY K LIDEM S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Čadilová, Jůn, Thorová a kol., se ztotožňují se skutečností, že v chování mnoha lidí s mentálním postižením se vyskytují ve větší či menší míře symptomy autismu¹⁰⁰, aniž by u nich kdy byla diagnostikována porucha autistického spektra. Mnohdy je u těchto lidí z výše uvedeného důvodu vyvoláno problémové chování (extrémní netečnost nebo naopak afektivní jednání – slovní agrese, agresivita vůči věcem, lidem, bezdůvodný křik, válení se po zemi, kousání, škrábání aj.). Příčinou bývá v mnoha případech snaha začlenit je do kolektivu, adaptovat systému a daným zvykům, ač jsou spíše samotářští. Z našeho pohledu problémové chování se vyskytuje ve chvíli, kdy se člověk s postižením ocitá v pro něho nezvladatelné situaci, nebo ve chvíli, kdy nerozumí některým verbálním sdělení okolí (Čadilová, Jůn, Thorová a kol. 2007, s. 65).

Emerson ve své publikaci představuje výsledky mnoha studií, kterými se dokázalo, že účinnou prevencí problémového chování u lidí s mentálním postižením může být upravené prostředí, ve kterém pobývají (např. zpřístupněním věcí s kterými rádi manipulují, umístěním zajímavých věcí do jejich blízkosti aj.), tak i zvýšení kontaktů se svým okolím, vizuální stimulace, podpora běžných aktivit, stanovení časového plánu atd. (Emerson 2008, s. 110).

K podobným závěrům dospívají autoři Čadilová, Jůn, Thorová a kol. I oni zastávají názor, že je vhodné pro lidi s mentálním postižením vytvořit pevný denní harmonogram, který si po čase dokáží zafixovat a tím dopředu předvídat následující činnosti. Tímto způsobem lze předcházet jejich nepřiměřenému chování, které je okolím v jistých situacích vyhodnocováno jako problémové (Čadilová, Jůn, Thorová a kol. 2007, s. 66).

Další možnosti intervence¹⁰¹ vycházejí z předpokladu snížení problémového chování posílením chování jiného. Emerson spatřuje tuto alternativu v nahrazení problémového chování vhodnější variantou, která se určitým způsobem podobá nahrazovanému chování. Jedná se o tzv. nácvik alternativního¹⁰² chování a jeho posilování (Emerson 2008, s. 113).

¹⁰⁰ autismus - uzavření se do vnitřního psychického světa, s poruchou kontaktu s realitou (Sovák 1984, s. 25)

¹⁰¹ intervence - zásah, zákrok v něčí prospěch (Sovák 1984, s. 171)

¹⁰² alternativní - jiný, zástupný, náhradní (Linhart 2002, s. 28)

Dle Cohena je hlavním problémem osob s tímto postižením slabá schopnost artikulovat a verbálně komunikovat. Častěji používají neverbální způsoby komunikace, čímž jsou limitováni ve většinové společnosti. Společnost může nesprávně interpretovat jejich chování jako duševní nemoc, i když se dotyčný člověk snaží sdělit svou nepohodu a není schopen své problémy verbalizovat. A naopak. Aby člověk s postižením pochopil, co se děje, musí se spolehnout na ostatní lidi (Cohen 2002, s. 120).

Z pohledu Čadilové, Jůna, Thorové a kol., je důležité, aby se problémovému chování zabránilo, zbavit se především příčin tohoto chování. Nejlépe takovému chování předcházet vhodným preventivním opatřením v podobě specializovaných metod práce a individuálního přístupu k těmto lidem. Základem je dané podmínky přizpůsobovat člověku s postižením a nesnažit se za každou cenu přizpůsobovat člověka k daným podmínkám (Čadilová, Jůn, Thorová a kol. 2007, s. 66).

Gillberg a Peeters přirovnávají vztah odborníků neznajících problematiku lidí s mentálním postižením k řeckému mýtu o Prokrustově loži. Tento mýtus vypráví o loupežníkovi Prokrustovi, který nutí pocestné lehnout si do jeho lože a přizpůsobuje je své posteli, místo aby přizpůsoboval svou postel pocestným. Máš dlouhé nohy? Trochu tvé nohy zkrátíme. Máš je příliš krátké? Tak je dostatečně natáhneme (Gillberg, Peeters 1998 in Čadilová, Jůn, Thorová a kol. 2007, s. 66).

Podmínkou spokojeného života lidí s mentálním postižením je:

- Určité množství předvídatelnosti (nic co se děje v životě se neděje náhodně, vše má svůj důvod),
- možnost projevovat své potřeby a touhy,
- co největší možná míra samostatnosti (oblékat se, mýt, připravit si jednoduchý pokrm aj.),
- mít vytvořené pracovní dovednosti a dovednosti pro využití volného času,
- získat určité množství sociálních dovedností (Čadilová, Jůn, Thorová 2007, s. 67).

4 VÝZKUMNÝ PROBLÉM

Praktická část diplomové práce se zabývá problematikou neurotických projevů u lidí s mentálním postižením.

4.1 VÝZKUMNÝ CÍL

Cílem výzkumu bylo zmapovat výskyt neurotických projevů u skupiny lidí s mentálním postižením. Z uvedeného cíle vyplynuly následující úkoly:

- Identifikovat převažující neurotické symptomy u skupiny osob s mentálním postižením,
- zjistit četnost výskytu neurotických projevů u skupiny osob s mentálním postižením,
- analyzovat vztah mezi daty z jednotlivých anamnéz respondentů a provedeným pozorováním.

4.2 METODY SBĚRU A PRÁCE S DATY

K vypracování praktické části diplomové práce byla použita metoda systematického, dlouhodobého a přímého pozorování a studium spisové dokumentace respondentů.

4.2.1 POZOROVÁNÍ

V oblasti psychologického vyšetřování je pozorování velice důležité, jelikož veškerá data a souhrn znalostí, které čerpáme, musí procházet smyslovými orgány. Metoda pozorování spočívá v úmyslném a systematickém vnímání, které je zaměřeno na určitý cíl (Svoboda, Humpolíček, Šnorek 2013, s. 63).

Dle Černé je pozorování nejčastěji využívanou diagnostickou metodou. Jejím nejdůležitějším znakem je plánovité a záměrné vnímání. Bezprostředně po ukončení každé činnosti by měl následovat záznam, který je důležitou součástí každého pozorování. Údaje se mohou zaznamenávat formou deníku, zápisy do klasifikačních stupnic nebo záznamových archů. Zpracování datové analýzy navazuje na dané pozorování (Černá 2015, s. 122).

Valenta, Michalík, Lečbych a kol., spatřují ve vlastním pozorování metodu, při které získáváme nejvíce informací o úrovni sledované činnosti. Pozorování může být

nezáměrné, kdy zachycujeme jen určité znaky objevující se při vyšetřování odlišných oblastí. Pozorování cílené můžeme provádět až na základě nezáměrného pozorování. Toto pozorování je systematické a plánované. Může být dlouhodobé, opakované, diskrétní nebo jasné (Valenta, Michalík, Lečbých a kol. 2012, s. 273).

Říčan ve své publikaci odlišuje systematické pozorování od pozorování náhodného v několika oblastech. Záměrné pozorování je vedeno daným směrem. Dopředu máme naplánováno, co chceme sledovat, které znaky chování chceme pozorovat (připravíme si jejich seznam) a jaké teoretické hypotézy si chceme tímto pozorováním ověřit. Předem si připravíme tabulku na zaznamenávání údajů, kde každý řádek patří jednomu uživateli a každý sloupec jednomu druhu neurotických projevů, které budeme sledovat (Říčan 2010, s. 30).

4.2.2 STUDIUM DOKUMENTŮ

Při studiu dokumentace vycházíme z celkové anamnézy (rodinné, osobní, sociální), která je součástí každého lékařského vyšetření. Z anamnézy nás zajímá kromě běžných informací, zda jsou neurotické projevy způsobeny postižením nebo nesprávnou výchovou v rodině. Tato situace může nastat ve chvíli, kdy je výchova hyperprotektivní¹⁰³, kdy rodiče věnují dítěti přehnanou péči, přetěžují ho, nebo naopak výchova málo podnětná, případně zanedbávající. Studium dostupné dokumentace se snažíme získat informace o prostředí a vlivech, které na dítě působí a o úrovni jeho vývoje (Valenta, Michalík, Lečbých a kol. 2012, s. 273).

Svoboda, Humpolíček a Šnorek popisují studium dokumentů a anamnézy jako zjišťování údajů o jedinci z jeho minulosti. Jsou důležité k poznání osobnosti dotyčného (Svoboda, Humpolíček, Šnorek 2013, s. 85).

Cílem anamnézy bylo zjistit okolnosti života respondentů a zátěžové faktory, „získávání a kategorizace relevantních údajů, které pomáhají vysvětlit současný stav“ (Svoboda, Humpolíček, Šnorek 2013, s. 85).

Metody práce s daty:

- Kategorizace relevantních údajů,
- popisná statistika,

¹⁰³ hyperprotektivní - výchovně vzdělávací péče příliš ochraňující až úzkostná, zvýšeně hýčkováající a rozmazlující, přehnaně afilantní (Linhart 2002, s. 156)

- grafické zpracování dat.

4.3 CHARAKTERISTIKA PRŮZKUMNÉHO SOUBORU

Pro zmapování neurotických projevů u lidí s mentálním postižením, byla vybrána skupina jedenácti uživatelů s diagnostikovaným středně těžkým a těžkým stupněm mentálního postižení navštěvující nejmenovaný denní stacionář v Plzni (dále jen DS).

4.3.1 POPIS VÝBĚROVÉHO VZORKU

DS se nachází v okrajové části města. Je snadno dostupný prostředky městské hromadné dopravy. K objektu přiléhá menší zahrada s dřevěným altánkem a prostorem pro rekreační sporty (např. kuželky) a květinové záhony.

V DS jsou pro uživatele k dispozici tvořivé dílny (keramická, výtvarná a košíkářská), šatna uživatelů, jídelna s kuchyňkou, masérna a společenská místnost s prvky pro tělesné aktivity (orbitrack, balanční míče, karimatky, žebřiny) a PC koutkem. Společenská místnost je uzpůsobená jejich odpočinkovým a zájmovým aktivitám. Vzdělávání uživatelů, kteří plní povinnou školní docházku, je poskytováno prostřednictvím elokovaného pracoviště Základní školy speciální Plzeň.

Budova není řešena bezbariérově, což svým způsobem limituje i využití služeb poskytovaných DS. Kapacita zařízení je 24 míst.

DS je otevřen každý všední den od 6.00 do 16.00 hod. Provoz zařízení formou denního stacionáře umožňuje uživatelům žít ve svých rodinách. Denní program probíhá na základě sestavených individuálních plánů uživatelů, které zohledňují aktuální schopnosti, přání a potřeby uživatele.

Cílovou skupinou DS jsou osoby, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Jedná se o děti, mládež a dospělé osoby se zdravotním postižením ve věku od 7 let do 64 let (lehká, středně těžká a těžká mentální retardace) a o děti, mládež a dospělé osoby se zdravotním postižením ve věku od 7 let do 64 let (lehká, středně těžká a těžká mentální retardace)s přidruženým lehkým tělesným nebo smyslovým postižením.

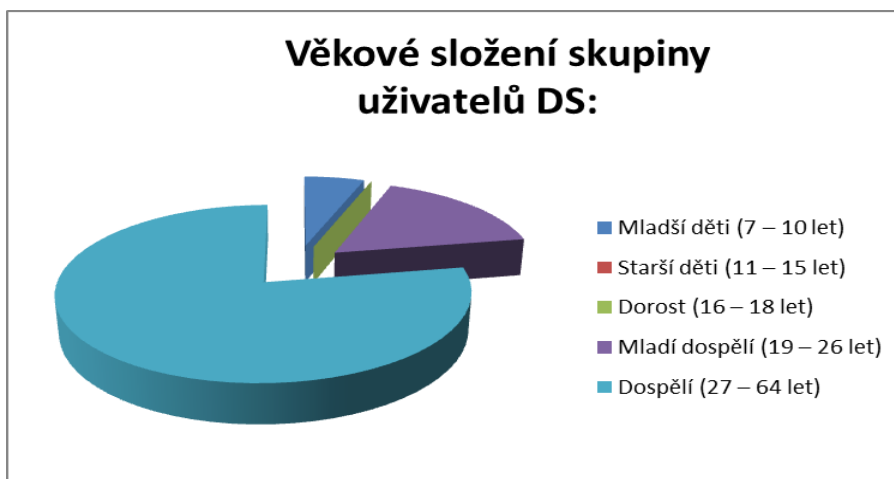
Posláním DS je poskytování sociálních služeb cílové skupině uživatelů s ohledem na jejich individuální potřeby a osobní cíle, komplexní rozvoj osobnosti, seberealizaci a co nejvyšší možnou míru samostatnosti a zajištění jejich plnohodnotného života.

Zásady (principy) poskytování sociálních služeb v DS:

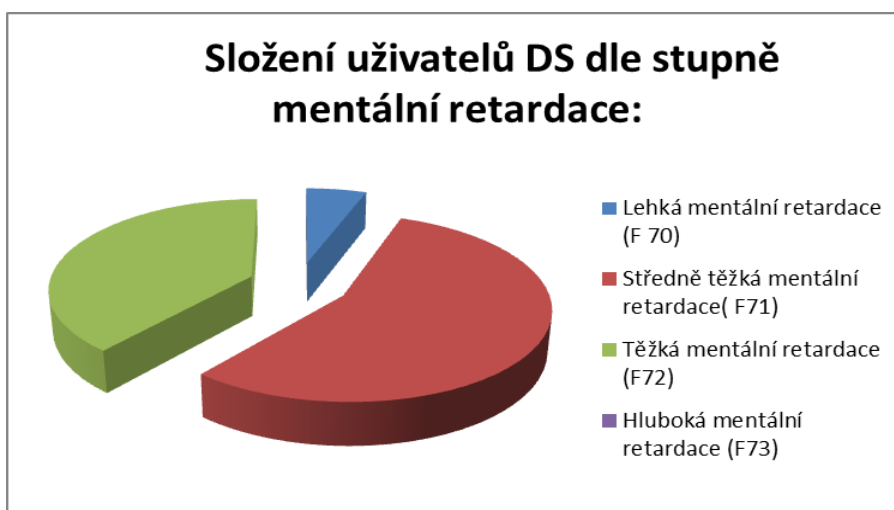
- Ochrana osobních údajů a zachování mlčenlivosti,
- individuální přístup k uživateli, respektování jeho rozhodnutí,
- respektování práv, osobnosti, soukromí a důstojnosti uživatele,
 - Poskytování služeb vychází z individuálního osobního cíle uživatele, z vnitřních pravidel a ze stanovených pracovních postupů. Služby se přizpůsobují požadavkům a potřebám uživatelů.
- rovný přístup ke všem uživatelům.
 - Služby jsou poskytovány bez ohledu na rasu, náboženské a politické přesvědčení, národnost, sexuální orientaci a ekonomickou situaci.

Cílem sociální služby je:

- Podpora rozvoje osobnosti uživatelů, jejich samostatnosti a soběstačnosti,
- aktivizace uživatelů formou nabídky řady aktivizačních činností,
- integrace do společnosti vrstevníků a společenské vyžití uživatelů,
- odborně poskytovaná péče v klidném, bezpečném a příjemném prostředí.



Graf 1: Věkové složení skupiny uživatelů DS



Graf 2: Složení skupiny uživatelů DS dle stupně mentální retardace



Graf 3: Složení skupiny uživatelů DS dle pohlaví

4.3.2 KAZUISTICKÉ STUDIE

Pro zmapování neurotických projevů u lidí s mentálním postižením byla použita, na základě Žádosti o umožnění výzkumného šetření (viz Příloha č. 1), skupina jedenácti osob, u kterých bylo diagnostikováno mentální postižení. Jména všech osob byla pro ochranu jejich osobních a citlivých údajů změněna.

V následujících kazuistikách se v souvislosti s jednotlivými neurotickými projevy objevují některá cizí nebo méně známá slova. Jelikož cílem této diplomové práce je seznámit s problematikou neurotických projevů u lidí s mentálním postižením širokou laickou společností, je poskytnuto jejich stručné vysvětlení.

Agrese – útočné jednání zaměřené na okolí

Echolálie – chorobné opakování slyšeného, papouškování

Enkopréza – neschopnost udržet stolici

Enuréza – pomočování, samovolné močení vyskytující se po 4. roce života dítěte

Koktavost (balbuties) – funkční porucha řeči

Negativismus – chování charakterizované odporem vůči výzvám či příkazům

Sebepoškozování (autodestrukce) – asociální forma poruch chování

Tiky – opakující se pohyby, které mohly mít původně obranný charakter, ale později se staly bezúčelnými, navyklými (Vokurka, Hugo 2004)

Pavel (uživatel č. 1)

Věk: 41 let

Diagnóza: středně těžká mentální retardace

Studium dokumentace:

Rodinná anamnéza:

Otec: narozen 1950, vyučen, zdrav, vážnější choroby neprodělal

Matka: narozena 1949, vystudovala střední průmyslovou školu s maturitou, zdráva, vážnější choroby neprodělala, těhotenství a porod proběhl bez komplikací

Z dokumentace vyplývá, že se u Pavla jedná o středně těžký stupeň mentální retardace. Od roku 1979 byl v evidenci psychiatrického lékaře pro děti a mládí. První vyšetření proběhlo na základě opožděného vývoje řeči a rozumových schopností. Spolupráce s Pavlem byla popisována jako nedostatečná. Nechápal instrukce, činnosti měly impulzivní charakter, bezcílne manipuloval s předměty. Na otázky reagoval echolalicky. Jeho projevy chování byly výrazně egocentrické, dožadoval se splnění svých přání. Při výskytu překážek okamžitě rezignoval.

Z rozhovoru s rodiči vyplynulo, že výchově Pavla věnují velkou pozornost, ale používají nevhodné výchovné metody. Jedná se o tzv. nadměrně ochránářskou výchovu, kdy rodiče dělají všechno „jen pro dobro dítěte“. Přání dítěte je jim často rozkazem. Nechtějí se smířit s faktem, že jejich jediný syn má diagnostikované mentální postižení. Patrné přetěžování v rodině. Jako chlapec byl opakovaně zařazován do MŠ, odkud byl vždy pro maladaptivní chování vyřazen. Pavel nebyl schopen splňovat vysoké nároky předškolního oddělení běžné MŠ a začaly se u něj objevovat neurotické projevy v podobě enurézy a enkoprézy. Ve školce si většinu dne hrál sám, nedokázal se zapojit do hry ostatních, nechápal pravidla. Ostatní děti se k Pavlovi chovali protektorsky, pečovaly o něj, jako o hračku. Byl nutný individuální přístup, který zatěžoval a brzdil práci učitelek. Lékař doporučil odklad školní docházky a posléze zařazení do ZŠ speciální.

Pozorování:**Znaky mentální retardace:**

Pavel je orientován jménem a místem, lze s ním navodit kontakt, který však není zcela hodnotný. Srozumitelně hovoří, ale má velmi malou verbální zásobu. Řeč je echolalická a agramatická. Jeho pozornost je narušena, vydrží se jen krátkodobě soustředit, rychle se unaví. Jeho myšlení je stereotypní a bradypsychické. Rodiče kladou na Pavla vysoké nároky, tím se pravděpodobně snaží zakrývat postižení jejich syna, obtížně chápou problematiku mentální retardace. Z projevu Pavla je patrná silná citová vazba na rodiče. V rodině je o něj z materiálního hlediska dobře postaráno. Pozornost okolí na sebe soustřeďuje přes různé předměty, které u sebe nosí. V sebeobslužných činnostech je plně samostatný, zvládá běžné sociální situace. V jídle je velmi vybíravý, trpí nechutenstvím, což se výrazně projevuje na jeho tělesné struktuře. Nerad chodí v krátkých rukávech a šortkách. I v létě nosí dlouhé kalhoty a mikiny. Je zimomřivý a za svou postavu se stydí. Ve svém celkovém projevu je infantilní. V kolektivu ostatních uživatelů není plně oblíben pro labilní forii¹⁰⁴ a vulgarismy, jejichž význam si plně uvědomuje. Rád se od ostatních odlišuje, ať je to oblečením nebo jídlem. Se zálibou poslouchá hudbu jakéhokoli žánru, při poslechu rád a dobře zpívá. Pamatuje si texty písní. Doma často hraje počítačové hry. Se zálibou si prohlíží časopisy a je vášnivým sběratelem krabiček, obrázků, kazet, CD. Vše neustále nosí všude s sebou v tašce nebo batohu. Zaměstnanci zjistili, že má radost ze sebemenší pochvaly. Vhodnou pozitivní motivací se zapojuje i do činností v dílnách. Nejraději vystřihuje obrázky z časopisů, miluje obrázky zebry. Rád pomáhá při službě v jídelně, rozdává příbory, sbírá použité nádoby, které dokáže sám naskládat do myčky.

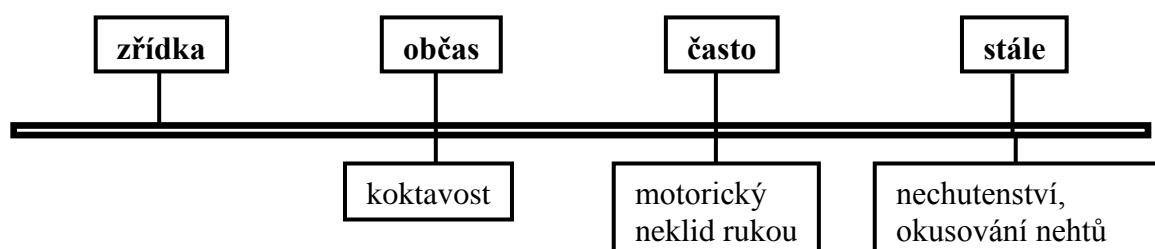
Neurotické projevy:

Pavel je emočně labilní, pokud není po jeho, objevují se ve výjimečných případech negativistické stavy a vztek. Ve velké míře se objevuje slovní agrese. Při delším soustředění se objevuje motorický neklid. V chování se projevují známky sekundární neurotizace, má nízké sebevědomí, je velmi nejistý ve svém projevu. Má neurotické projevy rukou a koka. U Pavla se ze začátku pobytu v DS projevovalo agresivní chování vůči ostatním, často a záludně ubližoval slabším uživatelům, rád vyvolával konflikty mezi ostatními. Byl negativistický, nerad se zapojoval do jakékoli činnosti v DS. Postupně

¹⁰⁴ forie - nálada, emotivita, cítění, afektivita (Linhart 2002, s. 140)

se jeho vztah k ostatním začal zlepšovat. V některých chvílích se projevuje velmi citlivě, více komunikuje s ostatními. Rád vypráví, co dělal doma s otcem, ke kterému má silnou citovou vazbu. Pomáhá tátovi doma s vařením, hrají spolu různé hry, pracují na chatě. Oblíbil si jednu uživatelku, které začal sám od sebe pomáhat. Ke změně v chování k ní došlo ve chvíli, kdy se o jeho náklonosti dozvěděla jeho matka. Jeho pozitivní vztah se změnil v negativní. Postupně se Pavel celkově zklidnil, sžil se s kolektivem a zvykl si na denní program v DS. Některé neurotické projevy však neustále přetrvávají – nechutenství, zakoktavání, motorický neklid rukou, okusování nehtů.

ŠKÁLA NEUROTICKÝCH PROJEVŮ



Karel (uživatel č. 2)

Věk: 37 let

Diagnóza: těžká mentální retardace

Studium dokumentace:

Rodinná anamnéza:

Otec: narozen 1938, vystudoval SŠ, zdrav, vážnější choroby neprodělal

Matka: narozena 1943, vystudovala SŠ, zdráva, vážnější choroby neprodělala, 2. těhotenství rizikové (anxiozní depresivní stavy, těžká anemie), porod proběhl bez komplikací

Sourozenci: starší bratr, zdrav

Z dokumentace vyplývá, že psychomotorické postižení u Karla bylo zjištěno brzy po narození. Rodiče se synem absolvovali různá rehabilitační cvičení. Z důvodu opožděného vývoje byla u jejich syna několikrát provedena operace hypofýzy (čtyřikrát, naposledy ve čtyřech letech). Opakovaně byl vyšetřován na neurologické klinice. Krátce navštěvoval mateřskou školu, z které byl pro jeho maladaptivní chování přeřazen do DDRS. Do dětského kolektivu se nezapojoval, pouze sledoval hru ostatních dětí. Karel je neurotický, nepřizpůsobivý, hází věcmi, vzpírá se jakýmkoli pokynům. Ve větší míře se objevuje silný motorický neklid, pláče, válí se po zemi. V šesti letech byla u Karla diagnostikována nevzdělavatelnost. Rodiče považují vývoj u svého syna pouze za opožděný, který se během let upraví. Nechtějí si připustit diagnózu mentální retardace. Domnívali se, že by jejich syn mohl navštěvovat běžnou základní školu. U rodičů se objevují nepřiměřené požadavky, které není Karel schopen plnit. Dle matky je často neposlušný, někdy vzpurný. Svá přání si vynucuje vztekem a pláčem. Dle otce je jedinou výchovnou metodou, která na syna zabírá, studená sprcha. V rodině se vyskytuje emočně plochá atmosféra orientovaná pouze na výkon. Rodiče se k synovi chovají jako k dospělému člověku, který musí podávat určité výsledky, i když jeho mentální úroveň dosahuje věku 3 – 3,5 roků. Myšlení má stereotypní a ulpívavé, bez paranoidní složky. Převažuje mechanická paměť nad logickou. Úroveň koncentrace pozornosti

je výrazně snižena. Jeho sociální chování narušuje značná psychomotorická instabilita¹⁰⁵. Vývoj řeči je opožděn, hovoří nesrozumitelně, echolalicky, disponuje omezeným počtem slov. Převažuje komunikace nonverbální. Kontakt s ním dokáží navázat pouze rodiče.

Pozorování:**Znaky mentální retardace:**

Při kterékoli činnosti potřebuje Karel individuální pozornost a dopomoc, ale již malou chvíli se vydrží aktivně zapojovat. Velice dobře reaguje na předcítání. Je vděčný za kontakt, kdy se po něm nevyžaduje výkon. S denním programem a s kolektivem v DS se do jisté míry sžil. Ráno při příchodu do zařízení dokáže pozdravit, ptá se, co jsme dělali doma. Velmi dlouho se od ostatních nechává přesvědčovat, že ho mají rádi. Vyžaduje taktilní kontakt. Pokud zůstane delší dobu doma, jeho problémy se zapojením se opět zvětšují, opětovně se musí částečně adaptovat.

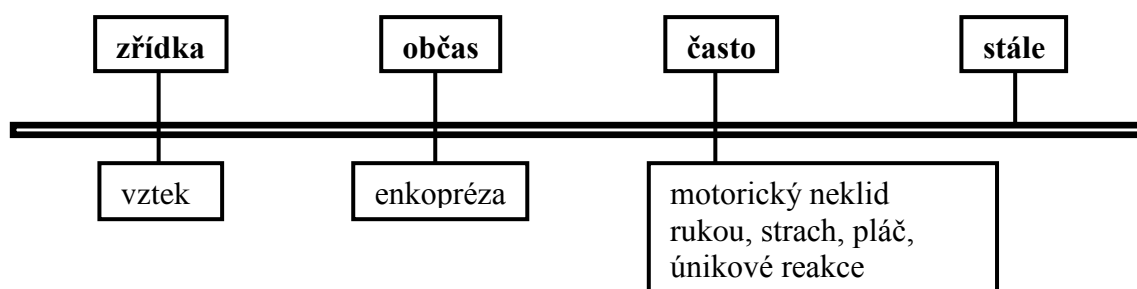
Neurotické projevy:

Karel byl v DS od počátku nepřizpůsobivý, vydával pouze neartikulované zvuky, rozumět mu byly především vulgární výrazy, výrazná echolálie. Stále utíkal na WC, kde se cítil bezpečně. V kolektivu tahal ostatní za vlasy, pokřikoval. Pokud měl jít na vycházku, lehl si na zem a začal křičet. Nechtěl se zapojovat do jakékoli činnosti v zařízení. Postupně se Karlovo chování začalo mírně zlepšovat, snaží se o komunikaci se zaměstnanci a ostatními uživateli. Více se zapojuje do kolektivu, je méně škodolibý, lépe dokáže zvládat afekt radosti a vzteku. Stále však na sebe upozorňuje pokřikováním vulgárních výrazů a krkáním. I nadále je obtížně usměrnitelný, negativistický, emočně labilní, reaguje impulzivně. Karel je výrazně úzkostný, má strach ze selhání a velmi rychle se unaví. Úzkostné reakce jsou vyvolány například položenými věcmi na stole, což řeší primitivním způsobem. Shodí vše ze stolu. Zejména mu vadí hrnky a nádoby s vodou, které v nestřeženém okamžiku rozlévá se slovním doprovodem: „Nedělej to! Zase to rozleješ!“ Není schopen samostatně se najíst. Jeden ze zaměstnanců sedí u něj a drží mu talíř s jídlem a hrneček s pitím. V neznámém prostředí je u Karla patrný strach a nejistota co se bude dít, v chování je patrná anxieta. Velkým problémem jsou pro něj společenské akce ať už v zařízení nebo mimo něj. Nedokáže akceptovat přítomnost cizích lidí. V těchto

¹⁰⁵ instabilita - nestálost, nevyrovnanost, psychomotorický neklid (Sovák 1984, s. 167)

situacích se u něj ve větší míře objevují neurotické projevy jako je plačtivost, motorický neklid rukou, vztek, neudržení stolice.

ŠKÁLA NEUROTICKÝCH PROJEVŮ



Filip (uživatel č. 3)

Věk: 35 let

Diagnóza: Středně těžká mentální retardace, epilepsie

Studium dokumentace:

Rodinná anamnéza:

Otec: narozen 1937, zdrav, vážnější choroby neprodělal

Matka: narozena 1940, zdravá, vážnější choroby neprodělala, 2. těhotenství a porod proběhl bez komplikací

Sourozenci: starší sestra, zdravá

Dle dokumentace probíhal psychomotorický vývoj do 3 let věku Filipa ve fyziologických mezích. Ve 4 letech byla zjištěna na základě komplexního vyšetření mentální retardace. Filip docházel do mateřské školy, z které byl pro nezvladatelnost a poruchy chování vyřazen. Školní docházku začal plnit ve zvláštní škole (dnes ZŠ praktická), kterou také nezvládl a v roce 1988 byl zbaven povinné školní docházky. Jeho chování se projevuje nepřiměřenými reakcemi a neschopností se adaptovat. Je orientován místem, osobou, časem, nikoli však situací. U Filipa je osvojena řeč, ale není schopen udržovat konverzaci. Trvale opakuje některé naučené věty. Má minimální schopnost koncentrace, na zadaný jednoduchý úkol je schopen se soustředit několik minut. Mezi jednotlivými složkami intelektu dominuje abstraktně – vizuální myšlení. Schopnost analýzy plošných tvarů je podepřena i relativně dobrou jemnou motorikou levé ruky. Krátkodobá, vizuální a sluchová paměť je uspokojivá. Dosáhl částečné nezávislosti v oblasti sebeobsluhy, osobní hygieny a v některých praktických dovednostech.

Pozorování:

Znaky mentální retardace:

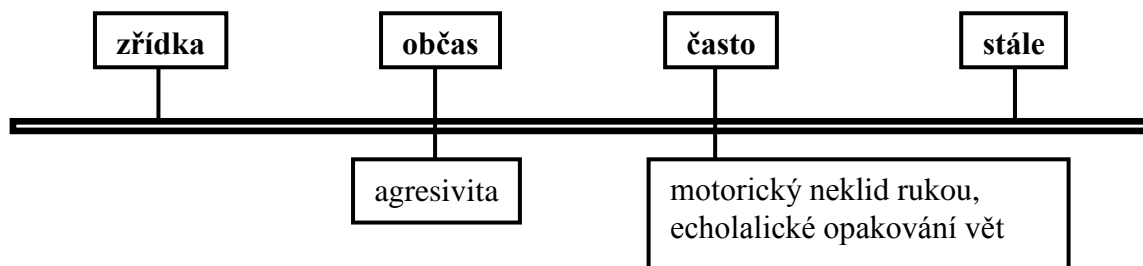
Filip žije v harmonickém rodinném prostředí, na které je zcela odkázán. Neprokazuje schopnost vést samostatný život. Na prostředí, kolektiv a denní program DS se adaptoval po delší době. V činnostech je velice zručný, pečlivý a vytrvalý. Rád pracuje v keramické dílně. V situacích, ve kterých se cítí příjemně, se dokáže uvolnit, je usměvavý, snaží se zapojovat do konverzace. Občas vypráví, co doma nebo někomu z blízkých osob

„provedl“. Pamatuje si přesně hodinu a datum, kdy k události došlo, i když se to stalo již před několika roky. Umí z paměti celý kalendář, kdo má kdy svátek. Tyto informace často stereotypně opakuje, hovoří monotónně, bez zjevného emočního doprovodu. Chvillemi se objevuje tupá euforie. Mnohdy se chová infantilně a neadekvátně k dané situaci. Dožaduje se mazlení, laskavosti a pochvaly od ostatních. Doma, pod vedením matky, se naučil číst, psát a počítat do 10. Není však schopen reprodukovat obsah čteného.

Neurotické projevy:

V jeho chování jsou patrné znaky autismu. Nesnáší změny, trvá na dodržování navykých rituálů, jinak se dostavuje neklid a agresivní projevy. Vyžaduje neustálou pozornost okolí, kterou si vynucuje i násilně např. stisknutím paže, štípnutím, taháním za vlasy. Tyto projevy se týkají především ženského pohlaví. Při setkání se psem trpí strachem doprovázeným až úzkostnou panikou. V pro něho nepříjemných situacích (např. zásah do denního rituálu) je Filip roztěkaný, reaguje násilnicky, kdy rozbíjí věci ve své blízkosti, trpí motorickým neklidem, který nedokáže vědomě ovládat, echolalicky opakuje naučené věty.

ŠKÁLA NEUROTICKÝCH PROJEVŮ



Martina (uživatel č. 4)**Věk:** 33 let**Diagnóza:** středně těžká mentální retardace (Downův syndrom), epilepsie**Studium dokumentace:**

Rodinná anamnéza:

Otec: narozen 1956, vyučen, zdrav, vážnější choroby neprodělal

Matka: narozena 1960, vychodila ZDŠ, zdráva, vážnější choroby neprodělala, 2. rizikové těhotenství (horečnatý infekt v 1. trimestru), porod proběhl bez komplikací

Sourozenci: starší bratr, zdrav

Ihned po narození byla Martina hospitalizována v kojeneckém ústavu. Byl diagnostikován těžce opožděný psychomotorický vývoj. Ve dvou letech byla svěřena do péče rodičům. Ve čtrnácti letech byla zařazena do vzdělávání v rámci pomocné školy (dnešní ZŠ speciální). Chování Martiny je přizpůsobivé a klidné. Verbální komunikace selhává, hovoří patlavě, nesrozumitelně, má minimální slovní zásobu. Pasivní porozumění řeči je dostatečně rozvinuto na to, aby pochopila jednoduché instrukce a pokyny. Při komunikaci využívá gestikulace a ukazování. Hrubá motorika je v normě, výrazněji je postižena jemná motorika projevující se neobratností a primitivností grafomotorických¹⁰⁶ dovedností. Není rozvinuté vizuální myšlení. V sebeobslužných činnostech a osobní hygieně je samostatná. Dobře se adaptuje na nové prostředí. Má krátkodobou koncentraci pozornosti, snadno se unaví.

Pozorování:**Znaky mentální retardace:**

Martina žije pouze s otcem. Rodiče se rozvedli, matka odešla od rodiny. Martina je velice adaptabilní, přizpůsobivá, ráda se mazlí. Martina nezná své jméno, věk, bydliště. Rozumí jednotlivým pokynům, je velice empatická k ostatním uživatelům v zařízení. V kolektivu se dokáže přirozeně prosadit, je oblíbená. Ráda se staví do role „pomocnice“. U Martiny převažuje nonverbální komunikace, používá několik výrazně dyslalických slov a vulgarismy. Z rodiny je zřejmě dobře vedena k praktickým činnostem. Zvládá běžné

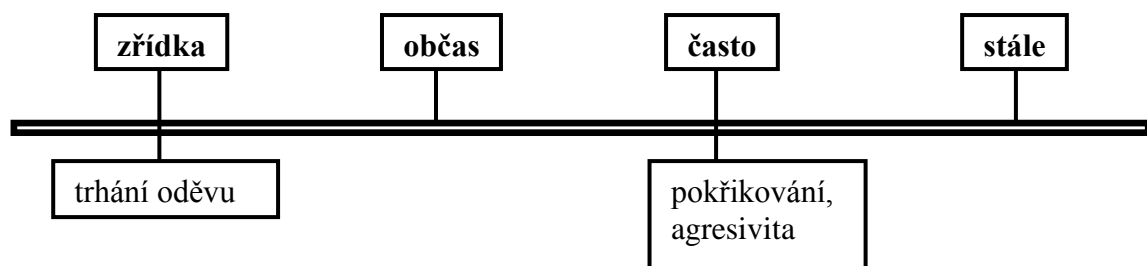
¹⁰⁶ grafomotorika - úroveň pohybové (motorické) způsobilosti pro grafický výraz, psaní, kreslení, rýsování (Sovák 1984, s. 128)

domácí práce, při kterých je samostatná. Ráda poslouchá hudbu a tancuje. Vyžívá se ve společenských akcích at' v zařízení, tak i mimo něj.

Neurotické projevy:

Ve společnosti cizích lidí se ráda předvádí a nedokáže ovládat své emoce. Občas se snaží prosadit si svou vůli až hysterickým chováním. Pokud jí není věnována dostatečná pozornost, žárlí, upoutává na sebe pozornost např. pokřikováním na ostatní, trháním oblečení, štípáním ostatních nebo trucováním.

ŠKÁLA NEUROTICKÝCH PROJEVŮ



Petr (uživatel č. 5)**Věk:** 37 let**Diagnóza:** těžká mentální retardace**Studium dokumentace:**

Rodinná anamnéza:

Otec: narozen 1955, základní vzdělání, psychická dekompenzace, opakovaně léčen na psychiatrické klinice

Matka: narozena 1955, základní vzdělání, porucha štítné žlázy, úzkostná porucha, 2. těhotenství a porod proběhl bez komplikací

Sourozenci: starší sestra, zdravá

Od tří let vyšetřován pro psychomotorickou retardaci. Příčina nebyla zjištěna, vzniklo pouze podezření na glykogenozu či atypickou myopatii¹⁰⁷. Od tří do šesti let navštěvoval speciální mateřskou školku, kde se dobře adaptoval. V šesti letech byla doporučena pomocná škola (dnes ZŠ speciální). Do 18 let navštěvoval pomocnou školu. Po ukončení povinné školní docházky 2 roky pomáhal rodičům v obchodě s potravinami. Od roku 1998 nastoupil do DS, kde se velice dobře a rychle adaptoval na prostředí a kolektiv. Je orientován jménem, nezná svůj věk a bydliště. Kontakt s ním je navoditelný, ale není plně hodnotný. Petrova koncentrace pozornosti je krátkodobá, snadno se unaví. Je bradypsychický¹⁰⁸, verbálně komunikuje, jeho řeč je srozumitelná, ale má omezenou slovní zásobu. Myšlení je symplexní, koherentní, selhává logická složka. Poruchy vnímání a hrubé motoriky nebyly zjištěny, je plně soběstačný.

Pozorování:**Znaky mentální retardace:**

Petr je nesmělý, málomluvný, místo mluvení často odvádí na určité místo a ukazuje. Nedokáže říct, co se mu nelíbí. Je hodně samotářský. I na vycházkách nejraději chodí sám, vpředu před ostatními. Někdy však sám vyhledá kontakt, chce si povídat, pohladí ruku. Pokud se při rozhovoru povzbuzuje kladením otázek, rozmluví se.

¹⁰⁷ myopatie – obecný název pro svalové nezánetlivé onemocnění nebo svalovou poruchu (Vokurka, Hugo 2004, s. 296)

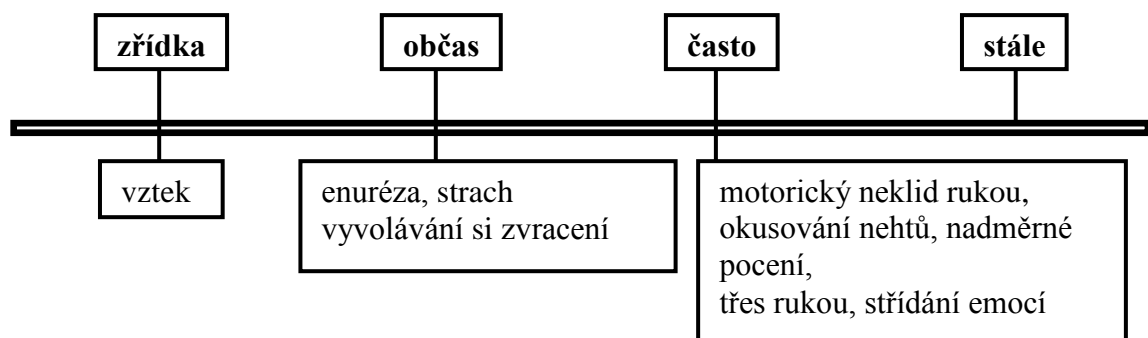
¹⁰⁸ bradypsychismus - celkové zpomalení tempa řeči, myšlení a duševní činnosti (Vokurka, Hugo 2004, s. 52)

V sebeobslužných činnostech a osobní hygieně byl ze začátku zcela samostatný. V poslední době se zhoršila schopnost zvládat tyto základní činnosti. V kolektivu je zakřiknutý, stydlivý, někdy ostatní uživatele pošťuchuje. Rád pracuje v keramické dílně a na zahradě, je manuálně zručný. Rád poslouchá hudbu a tancuje. Ráno dochází do DS sám, bydlí kousek od zařízení. Při příchodu má často špatnou náladu a ještě více se izoluje. Po obědě ho vyzvedává otec. Petr se často ujišťuje, že ho otec vyzvedne.

Neurotické projevy:

V neznámých situacích se u Petra zvyšuje neklid, objevují se obavy a nejistota. Okusuje si nehty, nadměrně se potí a třesou se mu ruce. Během roku nastala u Petra prudká změna v chování, střídají se u něj emoce radosti, smutku nebo zlosti. V poslední době se u Petra začalo objevovat problémové chování v podobě močení do umyvadel, vyvolávání si zvracení, obnažování se na veřejnosti. Musí být pod neustálým dohledem, jelikož má tendence pít vařící vodu a odcházet ze zařízení. Objevila se u něho denní i noční enuréza.

ŠKÁLA NEUROTICKÝCH PROJEVŮ



Patrik (uživatel č. 6)

Věk: 32 let

Diagnóza: středně těžká mentální retardace s hyperkinetickými projevy, epilepsie

Studium dokumentace:

Rodinná anamnéza:

Otec: narozen 1950, zdrav

Matka: narozena 1949, vystudovala SŠ, vážnější choroby neprodělala, 2. těhotenství a porod proběhl bez komplikací

Sourozenci: starší sestra, zdravá

Patrik pochází z neúplné rodiny. Otec je cizí národnosti. Po rozvodu se odstěhoval zpět do své vlasti. Od narození byl Patrik motoricky opožděný. Vůbec nemluvil, ve 3 a půl letech byl zjištěný přirostlý jazyk ke spodině úst. Od tří let navštěvoval mateřskou školkou, poté umístěn v PL pro maladaptivní chování. Povinnou školní docházku začal plnit ve zvláštní škole, ale nestačil požadavkům a tempu a proto byl přeřazen do pomocné školy (dnes ZŠ speciální). Do DS nastoupil po ukončení povinné školní docházky v 18 letech. Od předškolního věku je v péči psychiatra a neurologa. Nedokáže racionálně korigovat své jednání, jeho rozpoznávací schopnost je vymizelá. Halucinace, iluze ani paranoidní percepce nebyly zjištěny. Úroveň vizuálního a kvantitativního myšlení je snižena. Koncentrace pozornosti je krátkodobá, Patrik se rychle unaví. Relativně dobře rozumí běžným praktickým situacím, je schopen identifikovat věcné nelogičnosti v obrazovém materiálu. Jemná a hrubá motorika není téměř narušená. Verbální komunikuje, jeho výslovnost je srozumitelná, má omezenou slovní zásobu, objevuje se echolalické opakování slov.

Pozorování:**Znaky mentální retardace:**

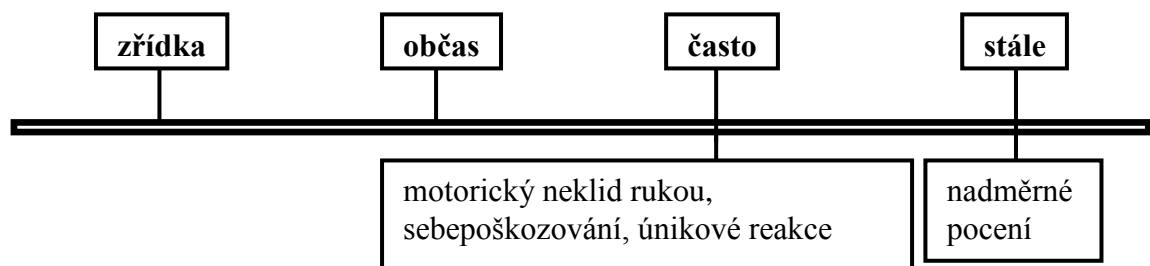
Patrik žije se sestrou a matkou, na kterou je velmi citově vázán. Je hodně těžké s ním navázat kontakt, rozumí tomu, k čemu je vyzván a ochotně vyhoví, ale odvrací obličej a nepromluví. Nejvíce komunikuje s matkou. Nejraději tráví čas o samotě, kde hovoří sám se sebou. Pouští si hudbu a tancuje, vyzná se v jednotlivých CD a dokáže

pojmenovat i hudební skupiny. Rád pracuje na zahradě, peče a vykonává „mužské“ práce. Ve výtvarné dílně se nejvíce zabaví, když dostane velký arch papíru na malování. Při kreslení je nápaditý a samostatný. V kolektivu je oblíbený, neustále se usmívá a je nekonfliktní.

Neurotické projevy:

Patrik je v neustálém pohybu, málokdy se posadí. Velkým problémem jsou pro Patrika společenské akce ať už v DS nebo mimo zařízení, kde se vyskytují cizí lidé. V tu chvíli se u něj objevují únikové reakce, kdy je schopen odejít nebo se zamknout na WC. Jakákoli menší či větší zátěž se u něj projevuje motorickým neklidem rukou, ulpíváním, nejistými reakcemi, zvýšeným pocením a „nípáním“ kůže až do krve.

ŠKÁLA NEUROTICKÝCH PROJEVŮ



Daniel (uživatel č. 7)

Věk: 32

Diagnóza: těžká mentální retardace, epilepsie

Studium dokumentace:

Rodinná anamnéza:

Otec: narozen 1956, vzdělání středoškolské, zdrav, vážnější choroby neprodělal

Matka: narozena 1956, vzdělání středoškolské, zdráva, vážnější choroby neprodělala, 2. těhotenství i porod proběhly bez komplikací

Sourozenci: starší bratr, mentální postižení, žije v DOZP

Matka začala od 10. měsíce u Daniela pozorovat opožděný vývoj. Od 18. měsíců byl v péči neurologické ambulance. Ve čtyřech letech byl na dva měsíce hospitalizován na neurologickém oddělení v Motolské nemocnici. Od čtyř let docházel do denního stacionáře. Ve 13 letech začal plnit povinnou školní docházku v pomocné škole (dnes ZŠ speciální). Daniel obtížně navazuje kontakt s dospělými, o věci nejeví zájem. Bere je pouze jako prostředek sociálního kontaktu. Sám si určuje linii zájmu. Řeč se vůbec nerozvinula, vydává pouze neartikulované zvuky, naprosto nesrozumitelné. Jednoduchým výzvám rozumí. Poruchy vnímání nebyly zjištěny. Hrubá i jemná motorika je značně poškozena, chodí s vtočenými špičkami. Daniel je emočně labilní.

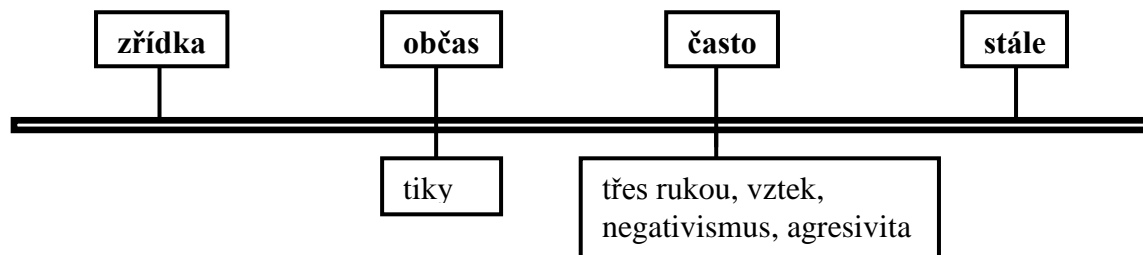
Pozorování:

Znaky mentální retardace:

I přes to, že oblast verbální komunikace není u Daniela rozvinutá, rozumí všemu a dokáže se dorozumívat s ostatními neverbálně různými gesty, mimikou, posunky. Daniel není schopen se soustředit delší dobu na určitou činnost. Rád navléká dřevěné korále a prohlíží si časopisy. V sebeobsluze i v osobní hygieně potřebuje dopomoc. V kolektivu není oblíben, je zlomyslný a často ubližuje ostatním.

Neurotické projevy:

Daniel je velice hyperaktivní, rád je středem pozornosti. V neznámých nebo vypjatých situacích se Daniel snaží kousat do všeho co je v jeho blízkosti, třesou se mu ruce, objevují se mimovolní pohyby v obličeji a trpí záchvaty vzteku. V té chvíli je nezvladatelný, proto se zaměstnanci snaží těmto situacím předcházet a Daniela neustále pozitivně motivovat. V chování převažuje motorický neklid. Při nevyhovění se často dostavuje negativismus a impulsivní reakce. Na pokyny, které se mu nelíbí, reaguje odstrkáváním, štípáním, kousáním. Svou nelibost vyjadřuje tím, že bouchá do věcí nebo do ostatních uživatelů.

ŠKÁLA NEUROTICKÝCH PROJEVŮ

Martin (uživatel č. 8)

Věk: 26 let

Diagnóza: těžká mentální retardace

Studium dokumentace:

Rodinná anamnéza:

Otec: narozen 1964, vzdělání středoškolské, zdrav, vážnější choroby neprodělal

Matka: narozena 1965, vzdělání středoškolské, zdráva, vážnější choroby neprodělala, 2. těhotenství rizikové (první dítě zemřelo ihned po porodu)

Sourozenci: dva mladší bratři, zdraví

Martin se narodil s rozštěpem patra. Dvě hodiny po porodu se dostavila dušnost a novorozenec byl převezen na dětskou kliniku. V prvním roce života byl vývoj v normě. Opoždění psychického vývoje bylo znatelné až později. Ve dvou letech na základě neurologického vyšetření byl diagnostikován střední stupeň mentální retardace. V šesti letech Martin absolvoval plastiku rozštěpu. Pro podezření na nedoslýchavost bylo doporučeno naslouchadlo. V devíti letech byly u Martina prokázány autistické rysy v chování, které zapříčinily podezření na nedoslýchavost. Od 4 do 6 let navštěvoval Martin denní stacionář. V sedmi letech nastoupil do přípravného stupně pomocné školy (dnes ZŠ speciální). S Martinem je těžko navoditelný kontakt, který není hodnotný. Převládá nonverbální kontakt, na jednoduché verbální podněty reaguje pasivně. Řeč se nerozvinula. Úroveň koncentrace pozornosti je minimální, bezděčná. V chování dominuje výrazný motorický neklid, stereotypní rituály prstů horních končetin, impulsivní reakce v kombinaci s hyperkinetickým syndromem. Martin je emočně labilní, často plačtivý. Je rigidní na změny v okolí. Hrubá motorika je neporušena, jemná motorika jen částečně.

Pozorování:

Znaky mentální retardace:

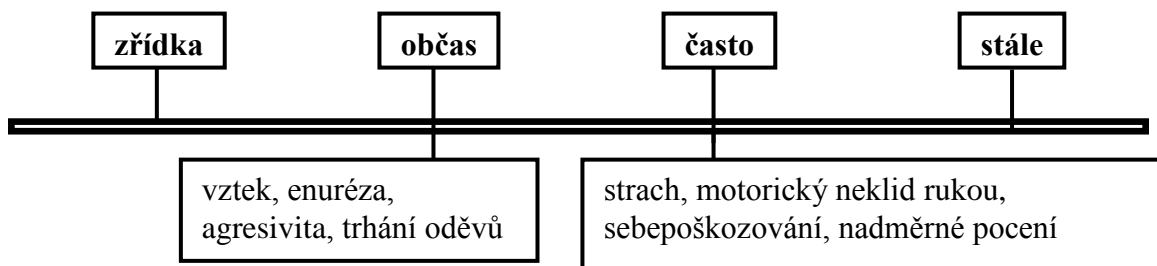
Martin se velice špatně adaptoval na nové prostředí v DS. Je samotářský, „uzavřený ve svém světě“, nemá potřebu navazovat sociální kontakty. Základní sebeobsluhu zvládá pouze částečně, osobní hygienu nezvládá. Libé a nelibé pocity dává najevo gesty

a „skřeky“. Rád skládá jednoduché puzzle, natírá a vybarvuje. Veškeré činnosti musejí být vedeny a usměřovány jinou osobou. Líbí se mu rozpínavé motorické projevy, rád se točí dokola. Při chůzi se bojí nerovností, má problémy přejít jakékoli čáry. Neorientuje se ani ve známém prostředí. Má oblíbenou pouze jednu užívatelku, na kterou reaguje pozitivně.

Neurotické projevy:

Martin má svůj pevný denní režim a jakákoli změna je pro něj zátěžovou situací. Na tyto změny reaguje impulsivně až agresivně - sebepoškozuje se, trhá si tričko, hází předměty, pomočuje se. Nemá rád hluk a křik. Uklidní se až při jednoduchých známých neměnných činnostech. V chování Martina se projevuje výrazná stereotypie, je spokojený, když si může hrát s nití, kterou vytahuje z koberce nebo ze svého trička. Pokud není Martinovi vyhověno, nebo se k němu někdo přiblíží, na pro něj ohrožující vzdálenost, objevují se u něj emoce zlosti až vzteku, výrazný motorický neklid rukou, enuréza, zvýšeně se potí a leká.

ŠKÁLA NEUROTICKÝCH PROJEVŮ



Veronika (uživatel č. 9)

Věk: 41 let

Diagnóza: těžká mentální retardace

Studium dokumentace:

Rodinná anamnéza:

Otec: narozen 1947, vyučen instalatérem, zdrav, vážnější choroby neprodělal

Matka: narozena 1955, vyučena prodavačkou, zdráva, vážnější choroby neprodělala, těhotenství a porod proběhly bez komplikací

Sourozenci: 0

Dívka byla hospitalizována do 6. týdne v kojeneckém ústavu. V jednom roce diagnostikován výrazně opožděný neuropsychický vývoj. Rodiče jsou rozvedeni, Veronika žije s matkou. V šesti letech začala docházet do denního stacionáře. V 7 letech byla zbavena povinnosti školní docházky. Verbální komunikace je nesrozumitelná, umí asi 4 slova (babi, teta, tik tak, ahoj). Jednoduchým výzvám rozumí. Kontakt s Veronikou je málokdy navoditelný, reaguje krátkodobě. Nevyhledává sociální kontakty. Úroveň pozornosti je velice nízká, soustředí se minimálně. Je důležitá pozitivní motivace. Vědomí má lucidní, je bradypsychická až apatická. Je motoricky neobratná, spíše pasivní. Trpí obsesivními pohyby, rovná předměty do přímky, sbírá smítka. V sebeobslužných činnostech je téměř samostatná. Dbá na svou úpravu. S osobní hygienou potřebuje pomoc.

Pozorování:

Znaky mentální retardace:

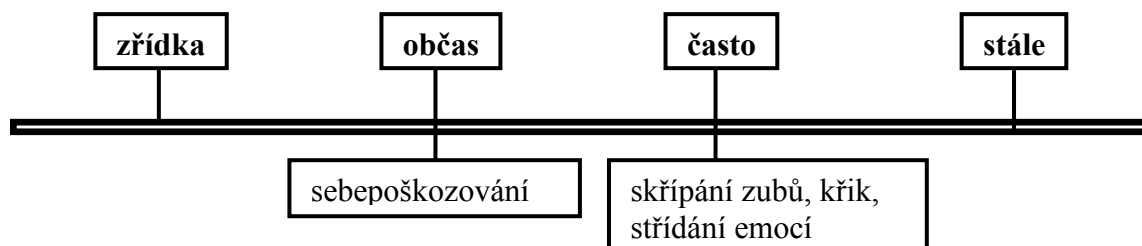
Veronika se velice dlouho adaptuje na nové prostředí a nové situace. V jejím chování jsou zjevné autistické rysy. Je samotářská, nevyhledává kolektiv. Komunikuje pouze nonverbálním způsobem. Používá gesta, mimiku, ukazuje. Vyslovit umí jen pár slov. Neuvědomuje si jejich význam, pouze je echolálicky opakuje. Rozumí všem výzvám a přáním. Veronika dokáže dát najevo své emoce. Umí projevit radost, ale i nespokojenost. Je nekonfliktní a proto v kolektivu oblíbená. V činnostech musí být neustále pozitivně motivována, jinak upadá do pasivity. Ráda poslouchá hudbu, má dobrou rytmizaci,

ale špatně snáší basové a hlasité tóny. Je tvrdohlavá a za každou cenu si jde za svým cílem. Neuvědomuje si možnost nebezpečí, chybí ji pud sebezáchovy. Ráda kreslí, svou kresbou je zcela zaujatá. Jediné co kreslí, jsou kroužky a vlnky nebo vymalovává celé plochy. K lidem, ke kterým získá důvěru je přátelská, vyžaduje od nich i taktilní kontakt, mazlení a snaží se navázat komunikaci. K lidem, které nezná, se chová nedůvěřivě a odtažitě nebo je zcela přehlíží. Vždy musí být ona ta první, kdo naváže kontakt.

Neurotické projevy:

Svoji nespokojenost většinou způsobenou nevyhověním dává najevo hlasitým křikem, sebepoškozováním, skřípáním zubů. Snadno ji rozčílí nepatrná přeměna v denním režimu nebo věc, která není na svém místě. Velice často se u ní střídá pláč a smích.

ŠKÁLA NEUROTICKÝCH PROJEVŮ



Jana (uživatel č. 10)**Věk:** 28**Diagnóza:** těžká mentální retardace**Studium dokumentace:**

Rodinná anamnéza:

Otec: narozen 1943, střední vzdělání, zdravý, vážnější choroby neprodělal

Matka: narozena 1954, střední vzdělání, zdráva, vážnější choroby neprodělala, 3. těhotenství bez komplikací, porod ve 42. týdnu, perinatálně přidušena

Sourozenci: 2 nevlastní starší sestry, zdravý

U Jany byl diagnostikován opožděný psychomotorický vývoj již v prvním roce života. Od narození byla Jana velice bojácná a plačtivá, výrazně citově fixovaná na otce. Od svých 6 let byla umístěna v pobytovém zařízení tehdejšího ÚSP. Kontakt s dívkou je těžce navoditelný, nehodnotný. Koncentraci pozornosti má minimální, je rychle unavitelná. Jemná a hrubá motorika je postižena, kresba skončila na úrovni čmáranice. Při chůzi je Jana neobratná, nejistá, pohybuje se o široké bázi. Řeč je rozvinuta na minimální úrovni (vyslovuje pár slov a to nesrozumitelně). Komunikuje převážně neverbální formou (ukazováním, gesty). Jana není schopna abstraktního myšlení ani žádné účelové všípivosti. Myšlení má ulpívavé. Paměťové schopnosti mají převážně základ v jednoduché emoční paměti. Sebeobslužné činnosti zvládá jen částečně a nespolehlivě. Na toaletu si neřekne ani negestikuluje, musí být pravidelně posílána.

Pozorování:**Znaky mentální retardace:**

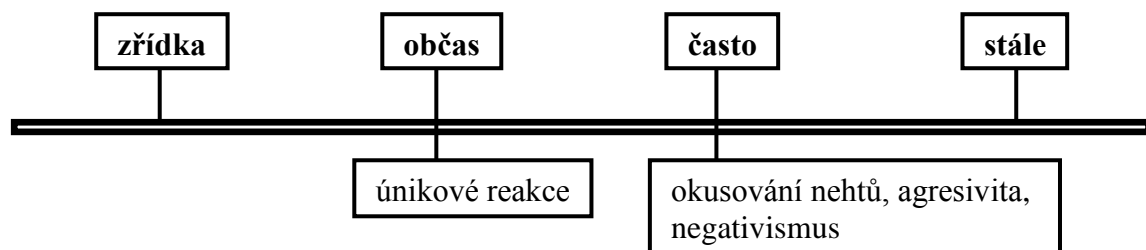
Do DS přišla Jana z pobytové sociální služby, tehdejšího ÚSP. Dívka se velice dlouho a obtížně adaptovala na nové prostředí. Byla plačtivá, bojácná. Se zaměstnanci DS i s rodiči se domlouvá gesty, ukazováním a jednoduchými slovy (ham, pít, hají, čí, ne). Většinou výrazů a přání rozumí, ale reaguje jen, když chce. Nerada se zapojuje do kolektivních činností, spíše je pozoruje zpovzdálí. Nejraději skládá puzzle, u kterého je trpělivá, prohlíží časopisy, účastní se společenských akcí a chodí plavat. Je veselá, živá, ráda se směje a zajímá se o veškeré dění kolem sebe. V kolektivu je oblíbená i přes to,

že občas své kamarády pošťuchuje. Někdy ostatním ubližuje a to za zády zaměstnanců. Když je při svém jednání „přistižena“, odvádí pozornost od svého provinění. Je to jeden z jejích způsobů komunikace, prostředek, jak na sebe upozornit. Jana je nesamostatná a nesoběstačná. Není to však nedostatkem jejích schopností, ale je tímto způsobem vedena rodiči. Doma je stále považována za malé dítě a podle toho je s ní i jednáno. V rodině je jí poskytována nadměrná péče, která Janě nedává dostatečný prostor se i v jednoduchých činnostech osamostatnit. Postupem času zaměstnanci dosáhli toho, že matka už Janu ráno nedoprovází do šatny. Jana chodí sama a sama se i převléká.

Neurotické projevy:

Pokud jí není vyhověno nebo při větší zátěži je negativistická, trucovitá. Aktivity, které se jí nelíbí nebo si v nich není úplně jistá, odmítá. V těchto chvílích má tendenci únikových reakcí, je impulzivní, negativistická. V obzvlášť vypjatých situacích dává najevo svou nespokojenost okusováním nehtů.

ŠKÁLA NEUROTICKÝCH PROJEVŮ



Ondřej (uživatel č. 11)

Věk: 34

Diagnóza: středně těžká mentální retardace (Downův syndrom)

Studium dokumentace:

Rodinná anamnéza:

Otec: narozen 1954, vysokoškolské vzdělání, zdravý, vážnější choroby neprodělal

Matka: narozena 1956, vysokoškolské vzdělání, zdravá, vážnější choroby neprodělala, 1. těhotenství i porod proběhly bez komplikací

Sourozenci: 1 mladší sestra, zdravá

Ondřej byl ihned po porodu hospitalizován na dětské klinice a poté přeložen do kojeneckého ústavu. Ve 3 letech propuštěn do domácí péče. V předškolním věku navštěvoval DDRS. Po odkladu povinné školní docházky začal docházet do dřívější pomocné školy (dnes ZŠ speciální). Rodiče se obtížně vyrovnávají se synovým postižením. Stále doufají, že bude běžně vzdělávatelný. Jeho vývoj řeči se zastavil na úrovni 3letého dítěte, slovní zásoba je minimální, řeč je nesrozumitelná. Jemná a hrubá motorika jsou výrazně porušeny. Při kresbě používá obě ruce, jeho lateralita je nevyhraněná. Myšlení má stereotypní a ulpívavé. Nízká úroveň koncentrace pozornosti.

Pozorování:

Znaky mentální retardace:

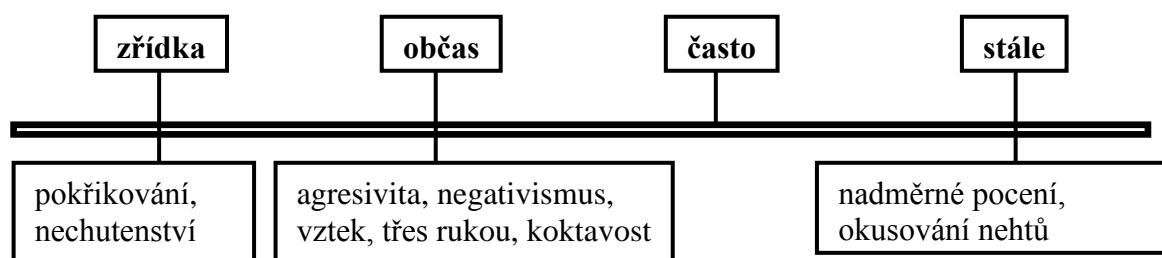
Ondřej navštěvuje DS od svých 20 let. Jeho adaptace na nové prostředí byla dlouhá a náročná. V rodině se mu dostává až přehnané péče, která mu zabraňuje v jeho rozvoji a samostatnosti. Rodiče mají pocit, že je Ondřej stále malým chlapcem, který nic nezvládne. Ze začátku pobytu odmítal jakékoli činnosti a aktivity. Vyhledával samotu, nijak se nesnažil začleňovat do kolektivu. Veškeré dění pozoroval z povzdálí a v domnění, že není viděn, se koukal přes prsty. Nechtěl, aby si ho někdo všiml. Pokud se Ondřejovi něco nelíbilo, ať už vzniklá situace nebo výzva, trucoval v koutě a odmítal jídlo. Na vycházkách se často stávalo, že si sedl a nechtěl pokračovat v chůzi. Postupně si začal na prostředí DS i nové kamarády zvykat, začal se zajímat o dění v DS. Začaly ustupovat jeho negativistické postoje. V dnešní době je z Ondřeje veselý muž, který rozumí vtipu.

Je velice empatický k ostatním uživatelům, předvídá různé situace a rád se vším pomáhá. V kolektivu je velice oblíben pro svoji trpělivost a ochotu. Rád kreslí, skládá puzzle, vyrábí z keramické hlíny a zpívá. Umí počítat do pěti, základní barvy, podepsat se tiskacími písmeny. Občas se stává, že se objeví jeho původní projevy, ale je to velice zřídka a pouze ve výjimečných situacích.

Neurotické projevy:

Jakákoli pozornost ho rozčilovala, lehal si na zem na břicho a hlavu bořil do polštářů. V jeho chování se objevoval negativismus a agrese. Převládaly u něj prudké a hlasité reakce i na drobné podněty. Býval hodně vzdorovitý a hlučný, rád bouchal dveřmi. Když chtěl něco sdělit ostatním, hovořil na svého plyšového medvěda, později komunikoval přes příbor. Ondřej má rád svůj denní režim, který nerad mění. V osm hodin vyžaduje cvičení, ve dvanáct hodin oběd atd. Ve chvíli, kdy se denní rozvrh zpozdí nebo přemění, Ondřej znejistí, začne se vztekat, třesou se mu ruce, potí se, okusuje si nehty a začne opět hovořit na příbor. Problém nastává také ve chvíli, kdy mu ostatní nerozumí, co říká. To je příčinou dávání přednosti neverbální komunikaci před verbální. Raději používá gesta, ukazování a mimiku než slova, i když je umí vyslovit.

ŠKÁLA NEUROTICKÝCH PROJEVŮ



4.4 VÝSLEDKY PRŮZKUMU

Z předchozích kazuistických studií byla vytvořena tabulka č. 2, ve které jsou u jednotlivých uživatelů DS vypsány veškeré neurotické projevy a jejich zjevné spouštěče. U každého respondenta je zaznamenán počet neurotických projevů, věk, pohlaví a stupeň MR.

Uživatelé/počet neurotických projevů (NP), věk, pohlaví, stupeň MR	Zjevné spouštěče				
	Výkonové přetěžování	Změna prostředí	Změna denního režimu	Nevyhovnění požadavkům	Narušení osobní zóny
<u>Uživatel č. 1</u> NP - 4 Věk – 41 Pohlaví – muž Středně těžká MR	nechutenství, koktavost, motorický neklid rukou, okusování nehtů				
<u>Uživatel č. 2</u> NP – 6 Věk – 37 Pohlaví – muž Těžká MR	vzteky, enkopréza, motorický neklid rukou	strach, pláč, motorický neklid rukou, únikové reakce		vzteky, pláč	
<u>Uživatel č. 3</u> NP – 3 Věk – 35 Pohlaví – muž Středně těžká MR				agresivita, echolalické opakování vět, motorický neklid rukou	
<u>Uživatel č. 4</u> NP - 3 Věk – 33 Pohlaví – žena Středně těžká MR				pokřikování, trhání oděvů, agresivita	
<u>Uživatel č. 5</u> NP - 8 Věk – 37 Pohlaví – muž Středně těžká MR	vzteky	strach, okusování nehtů, nadměrné pocení, třes rukou		střídání emocí, enuréza, vyvolávání si zvracení	
<u>Uživatel č. 6</u> NP – 4 Věk – 32 Pohlaví – muž Středně těžká MR		nadměrné pocení, sebepoškozování, motorický neklid rukou	únikové reakce		

<u>Uživatel č. 7</u> NP – 5 Věk – 32 Pohlaví – muž Těžká MR		třes rukou, tiky, vzteky		negativismus, agresivita, vztek	
<u>Uživatel č. 8</u> NP – 8 Věk – 26 Pohlaví – muž Těžká MR		strach	agresivita, vzteky, sebepoškozová ní, trhání oděvů, enuréza	vzteky, motorický neklid rukou, enuréza	vzteky, nadměrné pocení
<u>Uživatel č. 9</u> NP – 4 Věk – 41 Pohlaví – žena Těžká MR			sebepoškozová ní, skřípání zubů, střídání emocí	křik, sebepoškozování, skřípání zubů	křik
<u>Uživatel č. 10</u> NP – 4 Věk – 28 Pohlaví – žena Těžká MR	okusování nehtů, únikové reakce, agresivita			negativismus	
<u>Uživatel č. 11</u> NP – 9 Věk – 34 Pohlaví – muž Středně těžká MR		agresivita, negativismus, pokřikování	vzteky, nadměrné pocení, třes rukou, okusování nehtů, křik	nechutenství	

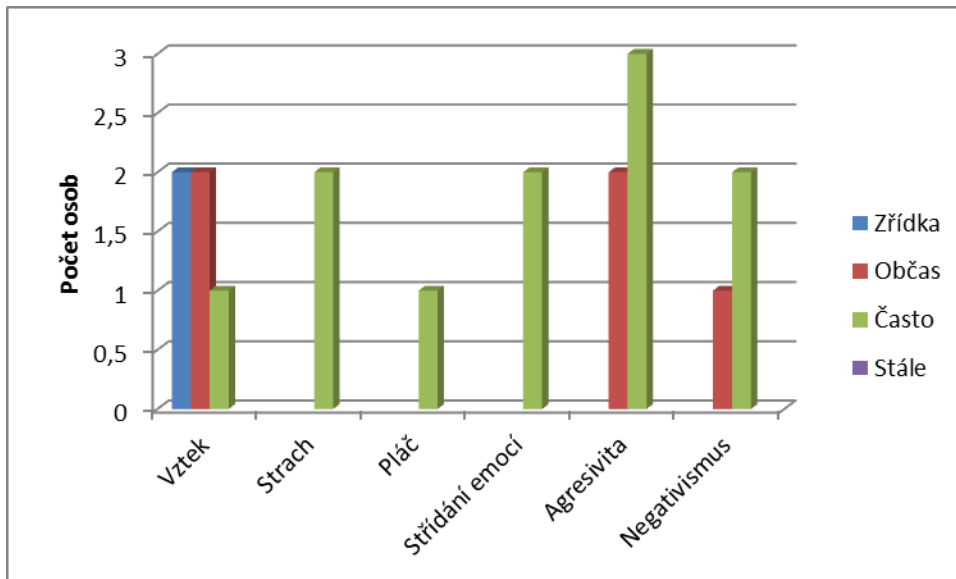
Tabulka 2: Neurotické projevy a jejich zjevné spouštěče u skupiny uživatelů DS

Pro následnou a přehlednější práci se získanými výsledky z předchozích kazuistických studií u lidí s diagnostikovaným mentálním postižením jsou jednotlivé neurotické projevy rozděleny do čtyř kategorií. První kategorie zahrnuje neurotické projevy týkající se emocí. Druhá obsahuje somatické příznaky. Neurotické projevy související s verbální oblastí jsou ve třetí kategorii a čtvrtá se týká projevů spojených s chováním a prožíváním těchto lidí.

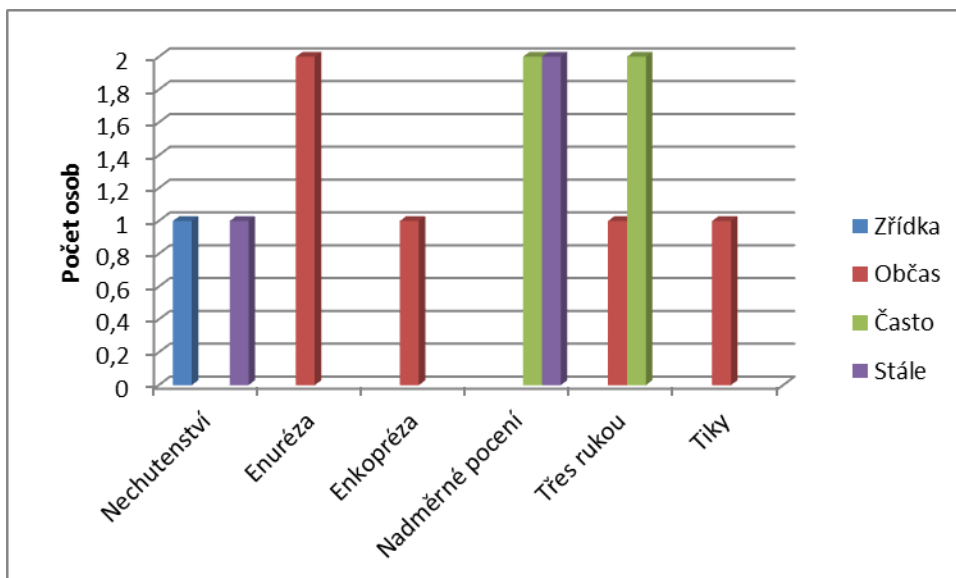
Frekvence neurotických projevů (počet uživatelů)				
Neurotické projevy	Zřídka	Občas	Často	Stále
Vzteky	2	2	1	
Strach			2	
Pláč			1	
Střídání emocí			2	
Agresivita		2	3	
Negativismus		1	2	
Nechutenství	1			1
Enuréza		2		
Enkopréza		1		
Nadměrné pocení			2	2
Třes rukou		1	2	
Tiky		1		
Koktavost		2		
Echolalické opakování vět			1	
Křik			1	
Pokřikování	1		1	
Vyvolávání si zvracení		1		
Okusování nehtů			2	2
Motorický neklid rukou			6	
Únikové reakce		1	2	
Sebepoškozování		1	2	
Trhání oděvů	1	1		
Skřípání zubů			1	

Tabulka 3: Frekvence neurotických projevů u skupiny uživatelů DS

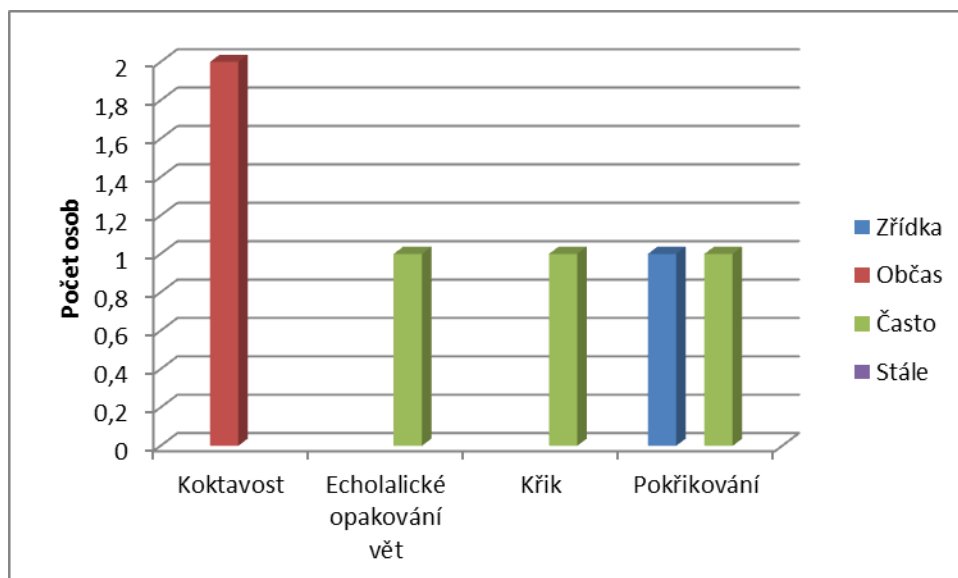
Tabulka 3 se zabývá frekvencí jednotlivých neurotických projevů shrnutých z předchozích kazuistických studií skupiny lidí s diagnostikovaným mentálním postižením. Jsou použity čtyři škály - zřídka, občas, často, stále.



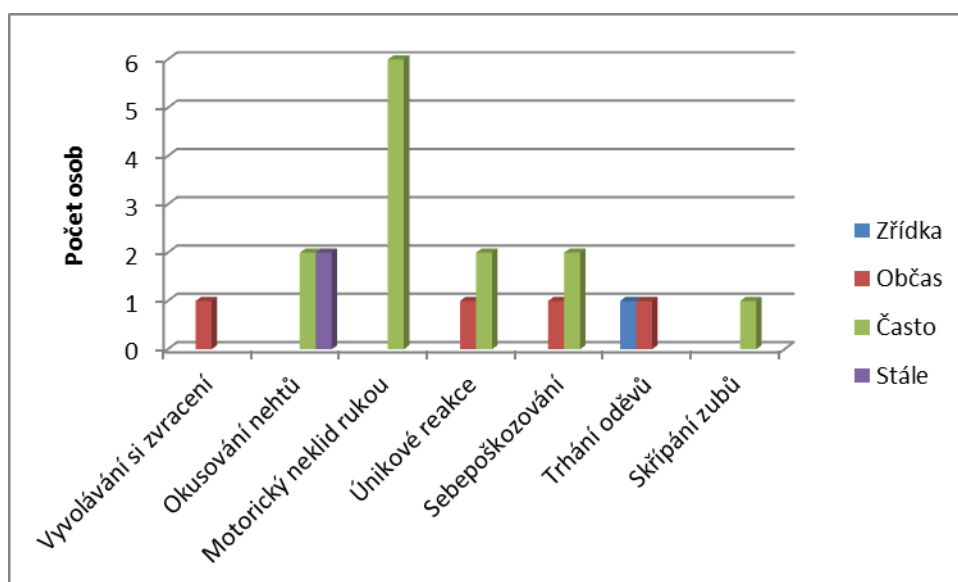
Graf 4: Počet osob s různou frekvencí neurotických projevů (emoce)



Graf 5: Počet osob s různou frekvencí neurotických projevů (somatické příznaky)



Graf 6: Počet osob s různou frekvencí neurotických projevů (verbální projevy)



Graf 7: Počet osob s různou frekvencí neurotických projevů (chování, jednání)

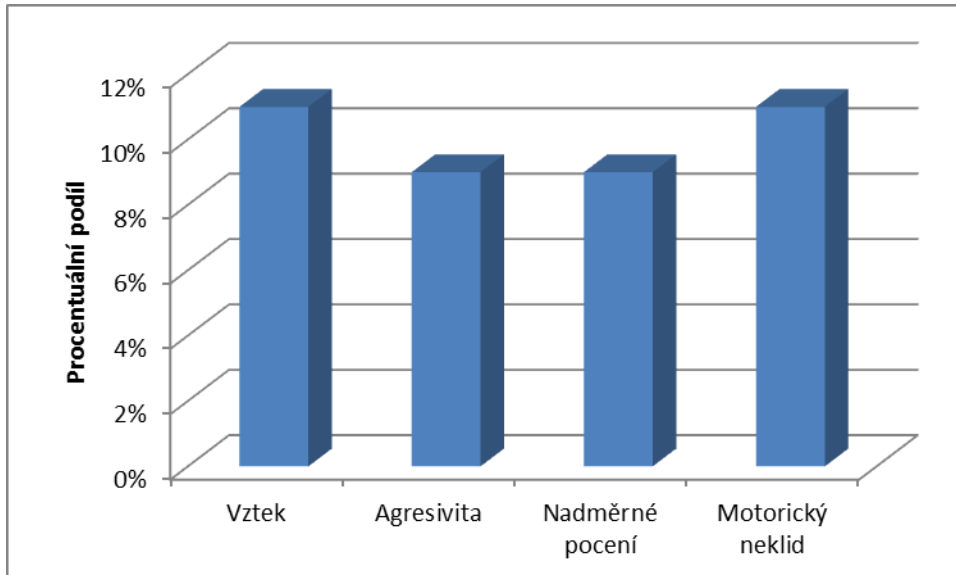
Grafy 4 až 7 ukazují, že nejméně frekventovanou škálou - škály neurotických projevů je oblast - stále, která je v grafech znázorněná fialovou barvou. Tato škála se objevuje pouze u třech neurotických projevů (nechutenství - 1 uživatel, nadměrné pocení a okusování nehtů - 2 uživatelé). Zřídka - tato škála vyobrazena v grafech modrou barvou se objevuje u čtyř neurotických projevů (pokřikování, nechutenství a trhání oděvů - 1 uživatel, vztek - 2 uživatelé). Další škálou znázorněnou červenou barvou je občas, která je u třinácti projevů (strach, negativismus, enkopréza třes rukou, tiky vyvolávání si zvracení, únikové reakce, sebepoškozování a trhání oděvů - 1 uživatel, vztek, koktavost a enuréza - 2 uživatelé, agresivita - 3 uživatelé). Nejčastější zastoupení má škála často

vyobrazená barvou zelenou, která je u šestnácti neurotických projevů (vzteky, pláč, echolalické opakování vět, křik, pokřikování a skřípání zubů - 1 uživatel, strach, střídání emocí, negativismus, nadměrné pocení, třes rukou, okusování nehtů, únikové reakce a sebepoškozování - 2 uživatelé, agresivita - 3 uživatelé, motorický neklid rukou - 5 uživatelů). Shrnutím vyplývá, že nejfrekventovanější škálou neurotických projevů je škála - často a nejvíce uživatelů trpí v této škále motorickým neklidem rukou (5 uživatelů).

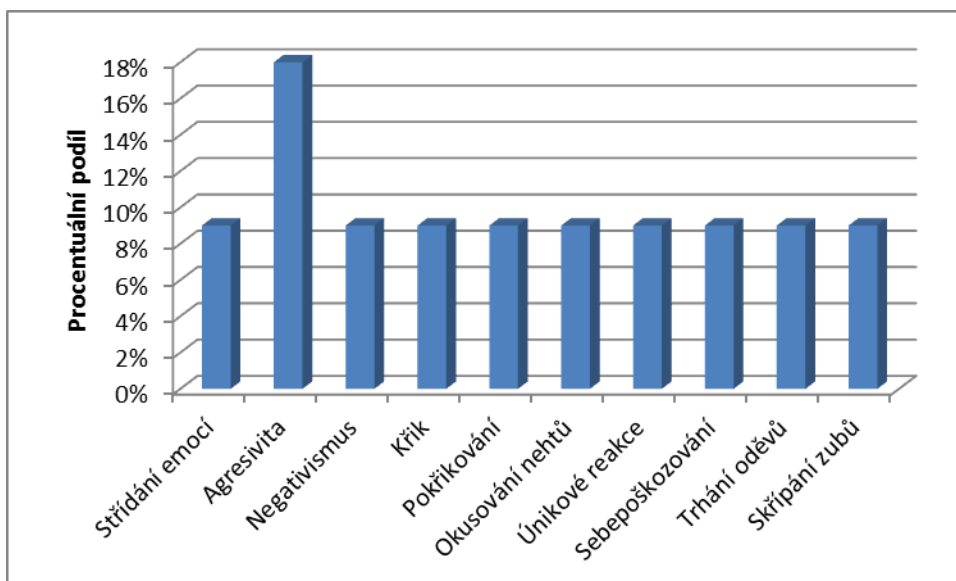
Procentuální podíl jednotlivých neurotických projevů u obou pohlaví		
Neurotické projevy	Muži	Ženy
Vzteky	11%	0%
Strach	6%	0%
Pláč	2%	0%
Střídání emocí	2%	9%
Agresivita	9%	18%
Negativismus	4%	9%
Nechutenství	4%	0%
Enuréza	4%	0%
Enkopréza	2%	0%
Nadměrné pocení	9%	0%
Třes rukou	6%	0%
Tiky	2%	0%
Koktavost	4%	0%
Echolalické opakování vět	2%	0%
Křik	0%	9%
Pokřikování	2%	9%
Vyvolávání si zvracení	2%	0%
Okusování nehtů	6%	9%
Motorický neklid	11%	0%
Únikové reakce	4%	9%
Sebepoškozování	4%	9%
Trhání oděvů	2%	9%
Skřípání zubů	0%	9%

Tabulka 4: Procentuální podíl jednotlivých neurotických projevů u obou pohlaví

Vzhledem k nerovnosti skupiny mužů (8) a žen (3), není v tabulce 4 – Procentuální podíl jednotlivých neurotických projevů u obou pohlaví přiřazována absolutní četnost. Množství neurotických projevů u jednotlivých pohlaví je vyjádřeno v procentech.



Graf 8: Největší podíl neurotických projevů u mužů



Graf 9: Největší podíl neurotických projevů u žen

Jak vyplývá z následujících grafů 8 a 9, u mužů má největší podíl zastoupení vztek a motorický neklid (viz graf 8), u žen naopak agresivita (viz graf 9). V oblasti somatických příznaků se u žen neobjevuje ani jeden z neurotických projevů. V oblasti verbálních projevů se u žen nemá žádné procentuální zastoupení koktavost ani echolalické opakování vět. U mužů se neobjevuje z této oblasti pouze křik. Ani v oblasti neurotických projevů

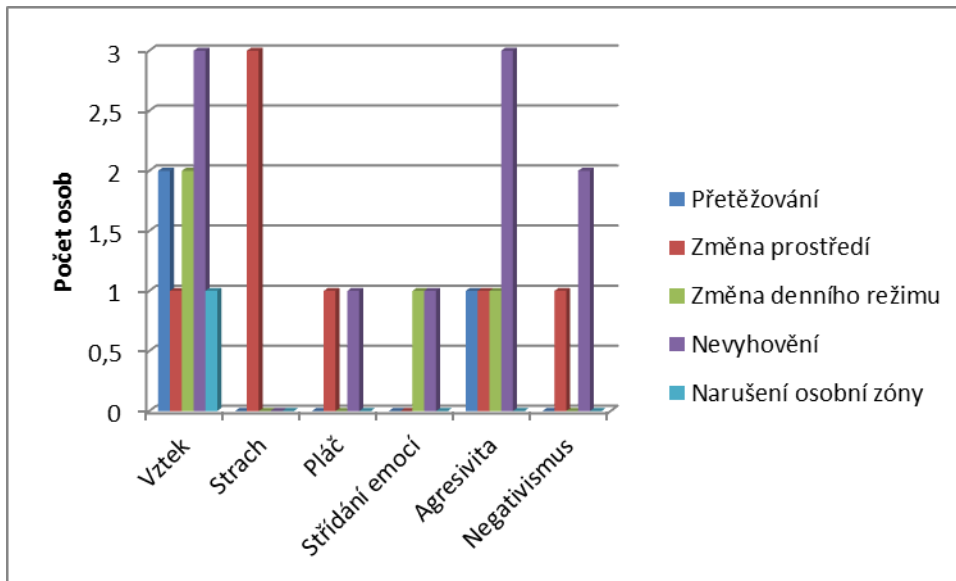
souvisejících s chováním a jednáním nemají ženy zastoupeny všechny kategorie neurotických projevů, a to motorický neklid rukou a vyvolávání si zvracení. Muži v této oblasti nemají zastoupeno pouze skřípání zubů.

Množství neurotických projevů v závislosti na zjevných spouštěcích					
Neurotické projevy	Zjevné spouštěče				
	Přetěžování	Změna prostředí	Změna denního režimu	Nevyhovnění	Narušení osobní zóny
Vzteky	2	1	2	3	1
Strach	0	3	0	0	0
Pláč	0	1	0	1	0
Střídání emocí	0	0	1	1	0
Agresivita	1	1	1	3	0
Negativismus	0	1	0	2	0
Nechutenství	1	0	0	1	0
Enuréza	0	0	1	2	0
Enkopréza	1	0	0	0	0
Nadměrné pocení	0	2	1	0	1
Třes rukou	0	2	1	0	0
Tiky	0	1	0	0	0
Koktavost	1	0	1	0	0
Echolalické opakování vět	0	0	0	1	0
Křik	0	0	0	1	1
Pokřikování	0	1	0	1	0
Vyvolávání si zvracení	0	0	0	1	0
Okusování nehtů	2	1	1	0	0
Motorický neklid	2	2	0	2	0
Únikové reakce	1	1	1	0	0
Sebepoškozování	0	1	2	1	0
Trhání oděvů	0	0	1	1	0
Skřípání zubů	0	0	1	1	0
CELKEM	11	18	14	22	3

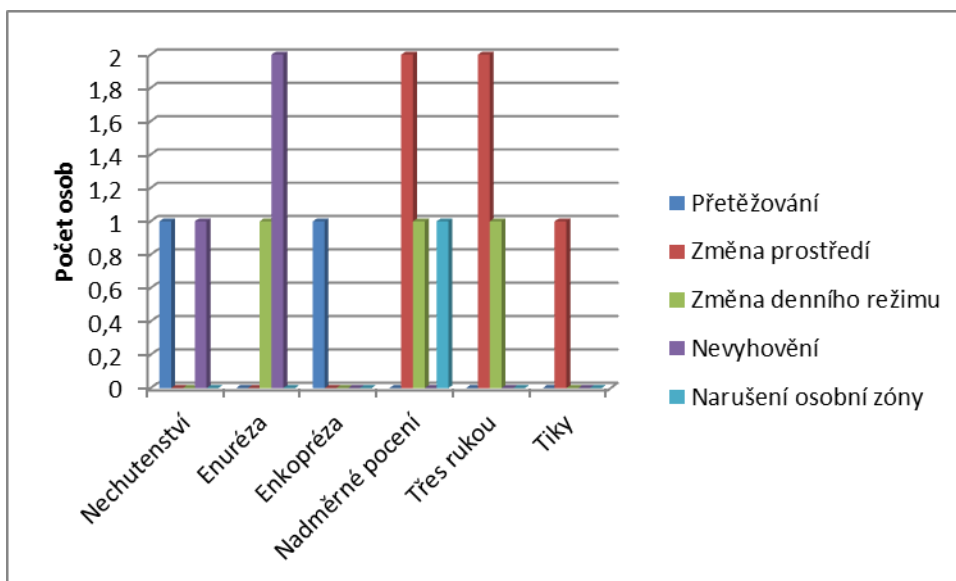
Tabulka 5: Množství neurotických projevů v závislosti na zjevných spouštěcích

V tabulce 5 jsou rozlišeny jednotlivé neurotické projevy v závislosti na zjevných spouštěcích, které byly uvedeny již v tabulce 2.

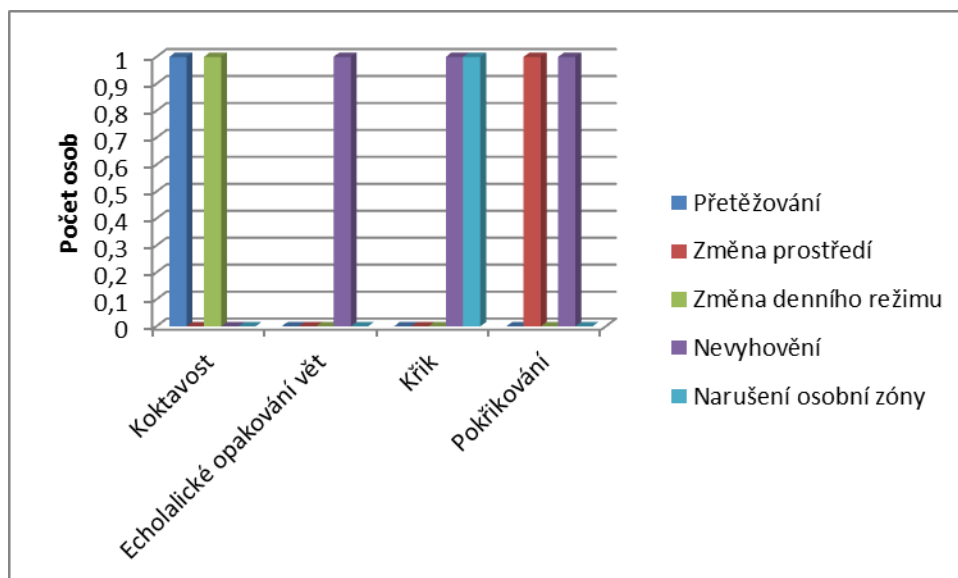
Z výsledků této tabulky je zřejmé, že nejvíce z uvedených zjevných spouštěčů neurotizuje nevyhovění. Nejméně uživatelé reagují na narušení své osobní zóny.



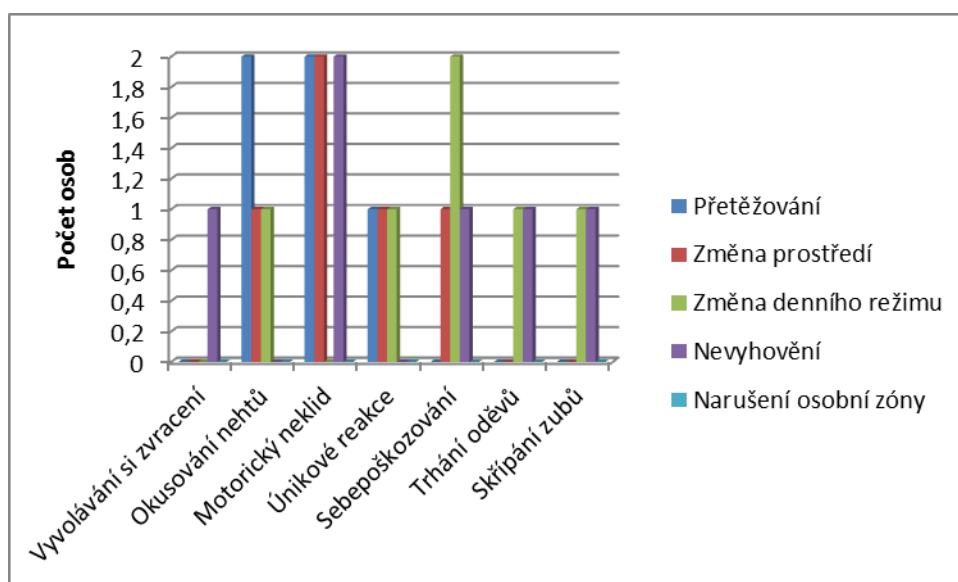
Graf 10: Množství neurotických projevů (emoce) v závislosti na zjevných spouštěčích



Graf 11: Množství neurotických projevů (somatické příznaky) v závislosti na zjevných spouštěčích



Graf 12: Množství neurotických projevů (verbální projevy) v závislosti na zjevných spouštěčích



Graf 13: Množství neurotických projevů (chování/jednání) v závislosti na zjevných spouštěčích

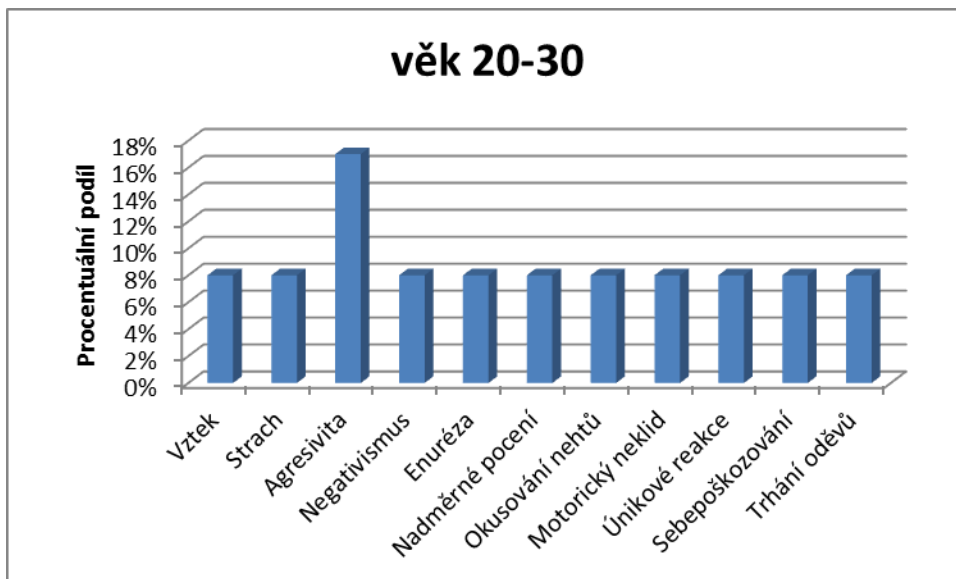
Z grafů 10 až 13 plyne, že vztek jako jediný z neurotických projevů je způsoben všemi uvedenými zjevnými spouštěči. Agresivita je vyvolávána kromě spouštěče narušení osobní zóny také všemi zjevnými spouštěči. Největším spouštěčem neurotických projevů je nevyhovění, které je příčinou u 15 neurotických projevů. Jako druhým největším spouštěčem je změna prostředí a to u 13 neurotických projevů. Na třetím místě změna denního režimu, která se vyskytuje u 12 neurotických projevů. Nejmenším spouštěčem je naopak narušení osobní zóny, která vyvolává pouze 3 neurotické projevy.

Procentuální podíl jednotlivých neurotických projevů u uživatelů DS vzhledem k věku			
Neurotické projevy	věk 20-30	věk 31-40	věk 41-50
Vzteky	8%	11%	0%
Strach	8%	5%	0%
Pláč	0%	3%	0%
Střídání emocí	0%	3%	13%
Agresivita	17%	11%	0%
Negativismus	8%	5%	0%
Nechutenství	0%	3%	13%
Enuréza	8%	3%	0%
Enkopréza	0%	3%	0%
Nadměrné pocení	8%	8%	0%
Třes rukou	0%	8%	0%
Tiky	0%	3%	0%
Koktavost	0%	3%	13%
Echolalické opakování vět	0%	3%	0%
Křik	0%	0%	13%
Pokřikování	0%	5%	0%
Vyvolávání si zvracení	0%	3%	0%
Okusování nehtů	8%	5%	13%
Motorický neklid	8%	8%	13%
Únikové reakce	8%	5%	0%
Sebepoškozování	8%	3%	13%
Trhání oděvů	8%	3%	0%
Skřípání zubů	0%	0%	13%

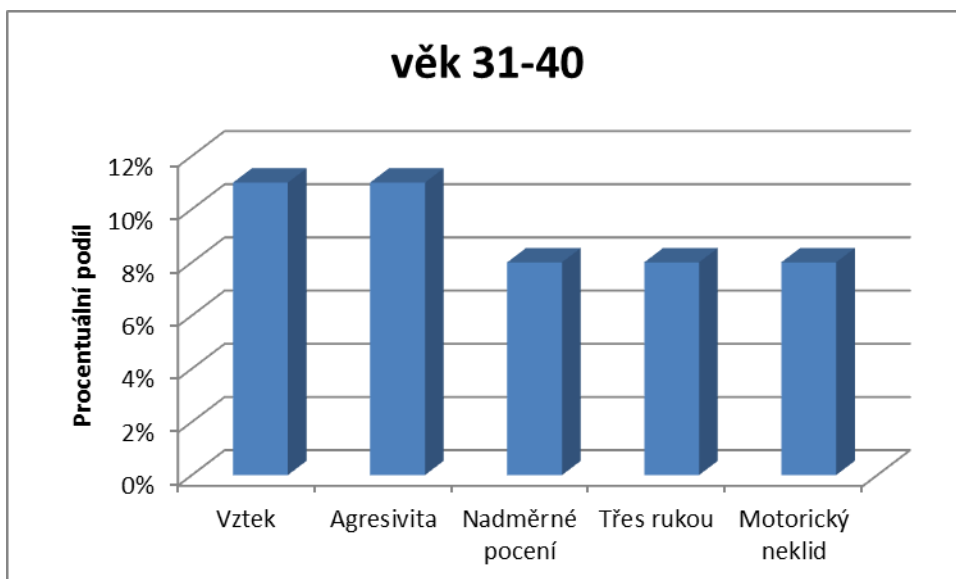
Tabulka 6: Procentuální podíl jednotlivých neurotických projevů u uživatelů DS vzhledem k věku

Stejně jako u tabulky 4 není ani v tabulce 6 vzhledem k rozpornosti skupin uváděna absolutní četnost. Veškeré hodnoty jsou vyjádřeny v procentech. Jedná se o množství neurotických projevů v závislosti na věku. Jelikož zkoumaná skupina osob s diagnostikovaným mentálním postižením se pohybovala ve věkovém rozmezí 20 až 50 let, byly vytvořeny 3 věkové kategorie (20-30 let, 31-40 let, 41-50 let). Nejvíce osob se pohybuje ve věkové kategorii 31-40 let, a to 7 osob. 2 lidé jsou ve věku od 20-30 let a 2 osoby se pohybují ve věkovém rozmezí 41-50 let.

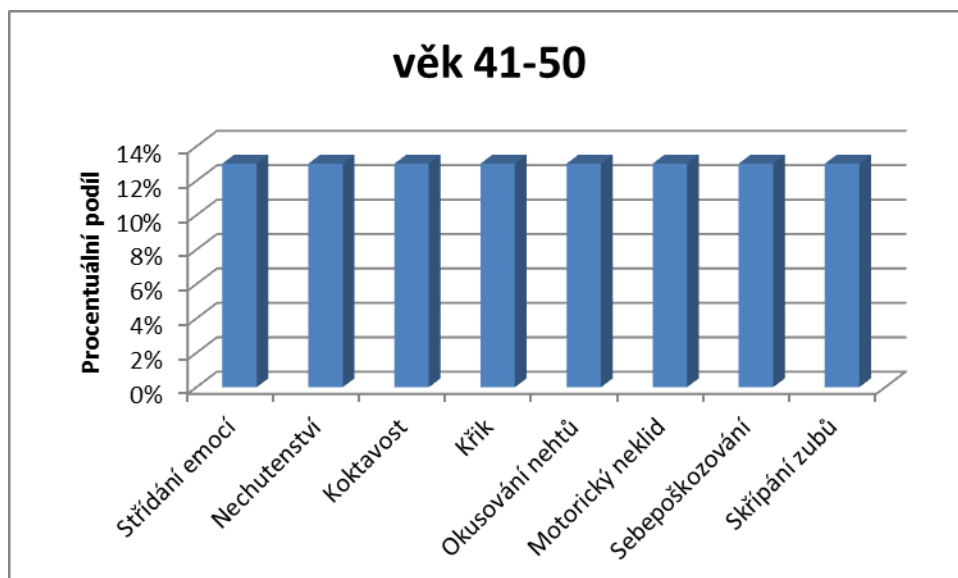
Z tabulky vyplývají znatelné rozdíly v množství i přítomnosti neurotických projevů v jednotlivých věkových kategoriích.



Graf 14: Největší podíl neurotických projevů u uživatelů DS ve věku 20-30 let



Graf 15: Největší podíl neurotických projevů u uživatelů DS ve věku 31-40 let



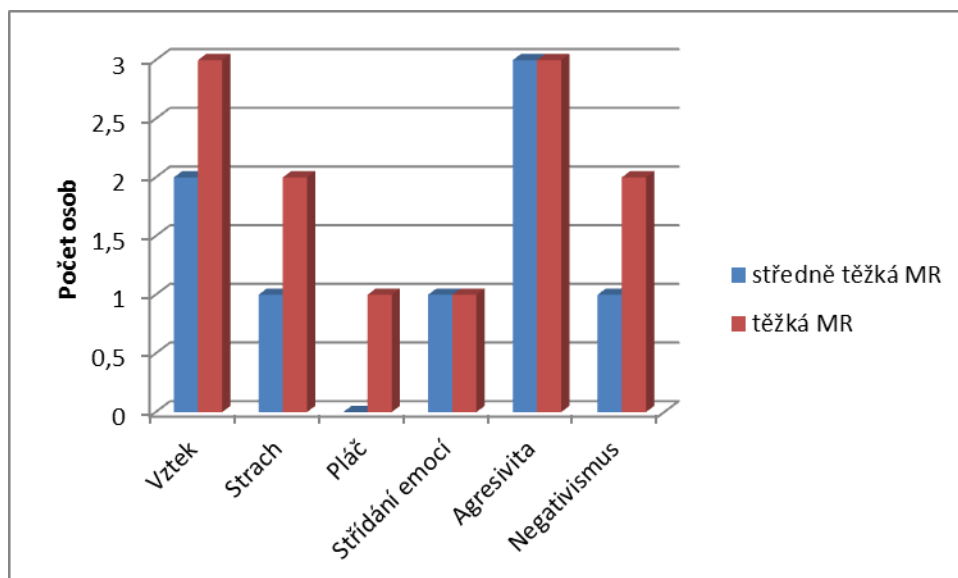
Graf 16: Největší podíl neurotických projevů u uživatelů DS ve věku 41-50 let

Z grafů 14 až 16 vyplývá, že u uživatelů DS ve věkovém rozmezí 20-30 let se nejvíce objevuje agresivita (viz graf 14). Uživatelé DS ve věku od 31 do 40 let nejvíce trpí vztekem a agresivitou (viz graf 15) a v poslední věkové kategorii 41-50 let je se stejným procentuálním zastoupením (13%) nejvíce přítomno hned několik neurotických projevů – střídání emocí, nechutenství, kóktavost, křik, okusování nehtů, motorický neklid, sebepoškozování a skřípání zubů (viz graf 16).

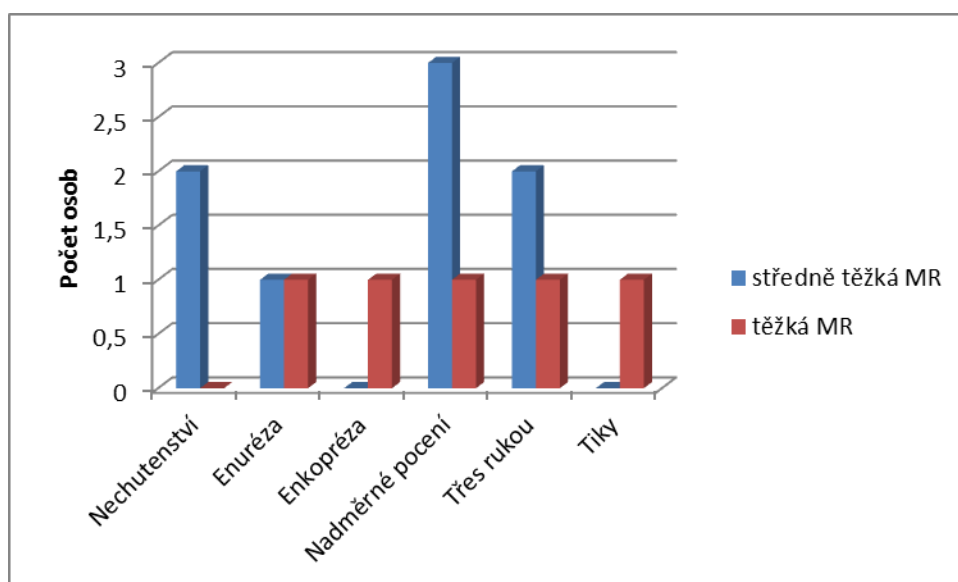
Neurotické projevy u uživatelů DS dle stupně MR		
Neurotické projevy	středně těžká MR	těžká MR
Vzteky	2	3
Strach	1	2
Pláč	0	1
Střídání emocí	1	1
Agresivita	3	3
Negativismus	1	2
Nechutenství	2	0
Enuréza	1	1
Enkopréza	0	1
Nadměrné pocení	3	1
Třes rukou	2	1
Tiky	0	1
Koktavost	2	0
Echolalické opakování vět	1	0
Křik	0	1
Pokřikování	2	0
Vyvolávání si zvracení	1	0
Okusování nehtů	2	2
Motorický neklid	3	2
Únikové reakce	1	2
Sebepoškozování	1	2
Trhání oděvů	1	1
Skřípání zubů	0	1
CELKEM	30	28

Tabulka 7: Neurotické projevy u uživatelů DS dle stupně MR

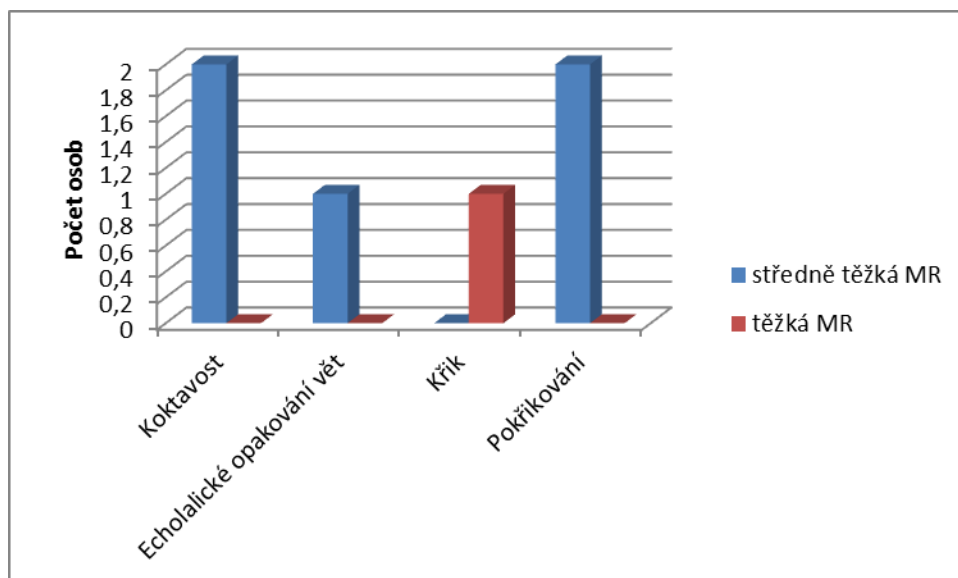
V tabulce 7 je vyčíslena absolutní četnost neurotických projevů v závislosti na stupni mentální retardace. V této kategorii se nemuselo použít procentuální vyčíslení, jelikož tyto dvě skupiny jsou téměř vyrovnané (středně těžká MR – 6 uživatelů, těžká MR – 5 uživatelů).



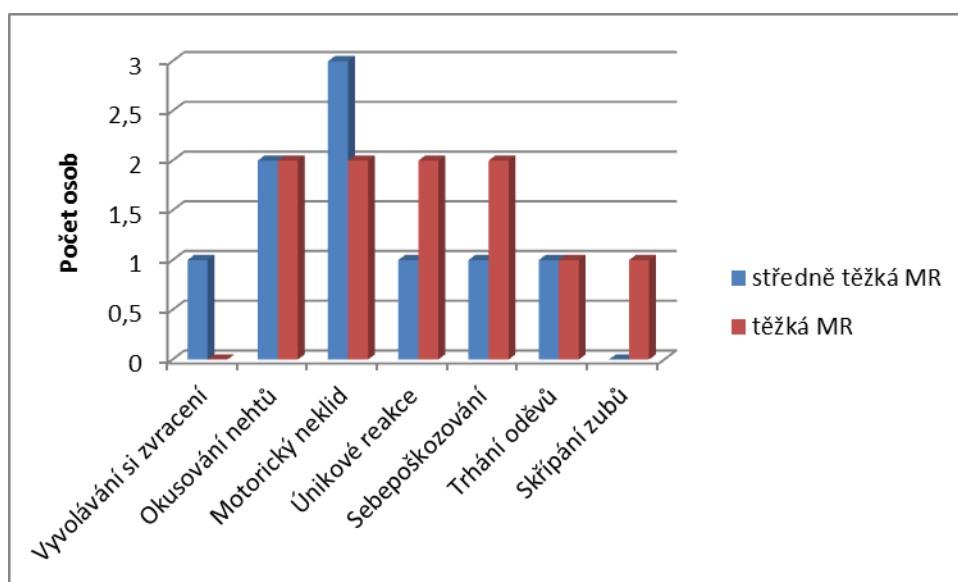
Graf 17: Neurotické projevy (emoce) u uživatelů DS dle stupně MR



Graf 18: Neurotické projevy (somatické příznaky) u uživatelů DS dle stupně MR



Graf 19: Neurotické projevy (verbální projevy) u uživatelů DS dle stupně MR



Graf 20: Neurotické projevy (chování/jednání) u uživatelů DS dle stupně MR

V grafech 17 až 20 je znázorněn počet osob s jednotlivými neurotickými projevy v závislosti na stupni mentální retardace.

Z grafů vyplývá, že neurotické projevy související s emocemi jsou rozšířenější u uživatelů DS s diagnostikovaným těžkým mentálním postižením. Pouze projevy střídání emocí a agresivita se vyskytuje ve stejném počtu jak u uživatelů s diagnostikovaným středně těžkým mentálním postižením, tak i s těžkým mentálním postižením (viz graf 17).

Naopak v oblasti somatických příznaků, například nechutenstvím trpí pouze uživatelé s diagnostikovaným středně těžkým mentálním postižením. Větší počet lidí

s tímto stupněm postižení trpí i nadměrným pocením a třesem rukou. Enkoprézou a tiky trpí zase naopak více uživatelů s diagnostikovaným těžkým mentálním postižením. Enuréza se objevuje ve stejném počtu u obou stupňů MR (viz graf 18).

Z grafu neurotických projevů souvisejících s verbální oblastí plyne, že kromě křiku, který se vyskytuje pouze u uživatelů s diagnostikovaným těžkým mentálním postižením, se ostatní projevy (koktavost, echolalické opakování vět a pokřikování) vyskytují jen u středně těžkého stupně MR (viz graf 19).

Neurotické projevy související s chováním a jednáním se více vyskytují u uživatelů s diagnostikovaným těžkým stupněm MR, kromě motorického neklidu a vyvolávání si zvracení. Okusováním nehtů a trháním oděvů trpí stejný počet uživatelů s diagnostikovaným středním a těžkým stupněm MR (viz graf 20).

4.5 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ PRŮZKUMU

Analýzou výzkumného cíle diplomové práce byla zjištěna potřeba jeho rozčlenění na další dílčí úkoly: Identifikovat převažující neurotické symptomy u skupiny osob s mentálním postižením, zjistit četnost neurotických projevů u skupiny osob s mentálním postižením a analyzovat vztah mezi anamnestickými daty respondentů a provedeným pozorováním.

Z převažujících neurotických symptomů u skupiny osob s mentálním postižením se na základě jednotlivých kazuistických studií identifikovalo celkem 23 neurotických projevů pro větší přehlednost rozdělených dle převládajících příznaků do čtyř oblastí: neurotické projevy týkající se emocí, somatických příznaků, verbálních projevů a chování a jednání.

Pro zjištění četnosti neurotických projevů u skupiny osob s mentálním postižením se aplikovala časová škála – zřídka, občas, často, stále. Nejfrekventovanější z nich vyšla škála často, kde nejrozšířenějším neurotickým projevem byl vyhodnocen motorický neklid rukou. Častost výskytu neurotických projevů a s nimi spojená jejich intenzita je dána konkrétním psychickým i fyzickým stavem jedince a podmínkami sociálního prostředí, které na dotčeného v dané chvíli působí (viz Tabulka 3: Frekvence neurotických projevů u skupiny uživatelů DS).

Analýzou vztahu mezi daty z jednotlivých anamnéz respondentů a provedeným pozorováním vyplynuly čtyři kategorie:

- 1) Procentuální podíl jednotlivých neurotických projevů u obou pohlaví,
- 2) množství neurotických projevů v závislosti na zjevných spouštěčích,
- 3) procentuální podíl jednotlivých neurotických projevů u uživatelů DS vzhledem k věku,
- 4) neurotické projevy u uživatelů DS dle stupně mentální retardace.

Ad 1) Z výše uvedeného výzkumu vyplývá, že u žen v porovnání s muži je větší zastoupení agresivity. Naopak vztek, strach, pláč, koktavost, echolalické opakování vět, motorický neklid rukou, vyvolávání si zvracení a ani jeden ze somatických příznaků se u nich neprojevil vůbec (viz Tabulka 4: Procentuální podíl jednotlivých neurotických projevů u obou pohlaví).

Výsledky této části výzkumu se rozcházejí s hodnotami publikovanými ve výsledcích studie Lečbycha, který zaznamenal zvýšené agresivní chování u mužů s diagnostikovaným mentálním postižením. U žen se stejným druhem postižení naopak registroval zvýšené projevy vzteku a trucovitosti. (Lečbych 2008, s. 193).

Výsledky obou studií však vzhledem k rozdílnému počtu zkoumaných respondentů, zadaných neshodných podmínek a metod výzkumu nelze srovnávat.

V oblasti somatických projevů, se výstupy této části výzkumu shodují s výsledky Hanzlovského, který uvádí, že muži nedokážou, na rozdíl od žen, dát najevo nelibost svým chováním a jednáním, jsou méně verbálně zdatní, čímž svou nevoli drží uvnitř sebe. Mnohdy se tato nespokojenost projevuje v oblasti somatických symptomů. Muži nemají natolik rozvinutý limbický systém ovlivňující jejich city, porozumění a prožívání, tak jako ženy (Hanzlovský 2010).

Ad 2) Na základě metod výzkumu bylo identifikováno 5 nejčastějších zjevných spouštěčů neurotických projevů: výkonové přetěžování, změna prostředí, změna denního režimu, nevyhovění požadavkům a narušení osobní zóny. Všemi uvedenými zjevnými spouštěči je podnícen jako jediný z neurotických projevů pouze vztek. Nejméně frekventovaným spouštěčem je narušení osobní zóny. Nejvíce frekventovanou neurotizující situací je nevyhovění. Tím, že lidé s mentálním postižením mají ve většině případů

problém s dostačujícím verbálním vyjadřováním, jsou mnohdy společností špatně pochopeny. Druhým nejčastějším spouštěčem, je změna prostředí a třetím v pořadí změna denního režimu (viz Tabulka 5: Množství neurotických projevů v závislosti na zjevných spouštěčích).

Jak už bylo uvedeno v teoretické části, kolektiv autorů Čadilová, Jůn, Thorová se ztotožňují se skutečností, že v chování mnoha lidí s mentálním postižením se vyskytují ve větší či menší míře symptomy autismu, aniž by u nich kdy byla diagnostikována porucha autistického spektra. Nejednou mohou být u těchto lidí z výše uvedeného důvodu vyvolány i neurotické projevy. Spouštěčem bývá v mnoha případech snaha začlenit je do kolektivu, adaptovat systému a daným zvykům, ač jsou spíše samotářští. Neurotizováni mohou být tito lidé také ve chvíli, kdy se ocitají v pro ně nezvladatelné situaci a kdy nerozumí některým verbálním sdělení okolí (Čadilová, Jůn, Thorová a kol. 2007, s. 65).

Ad 3) Pro výzkumné účely byla skupina uživatelů vzhledem k věkovému rozpětí rozdělena do 3 věkových kategorií: 20-30 let, 31-40 let a 41-50let. Ve věkové kategorii 20-30 let se nejvíce projevila agresivita, a to až u 17% sledovaných respondentů. Stejným nejčastějším neurotickým projevem trpí i druhá skupina sledovaných uživatelů ve věkovém rozmezí 31-40 let. Agresivita zároveň se vztekem má u této skupiny stejné procentuální zastoupení (11%). U nejstarší věkové skupiny (41-50 let) se vztek a agresivita v porovnání s ostatními neurotickými projevy vyskytuje jen minimálně (viz Tabulka 6: Procentuální podíl jednotlivých neurotických projevů u uživatelů DS vzhledem k věku).

Ke stejným závěrům dospěl ve výzkumu i Lečbych, který ve své publikaci uvádí, že lidé s mentálním postižením v období adolescence vyjadřují vlastní přednosti a tělesnou nepohodu, úzce související s nahromaděním fyzické energie spolu s omezenou možností k jejímu vybití, právě agresí, záchvaty vzteku nebo sebepoškozováním. Postupem času se tyto projevy chování zmírňují a objevují se jen zřídka (Lečbych 2008, s. 199).

Ad 4) U uživatelů s diagnostikovaným těžkým stupněm mentální retardace se objevilo více neurotických projevů v kategorii emocí, chování a jednání, zatímco ve verbální oblasti kromě křiku nebyl zjištěn žádný jiný neurotický projev. U skupiny respondentů se středně těžkým stupněm mentálního postižení se ve větší míře vyskytovaly somatické příznaky a verbální projevy, s výjimkou křiku (viz Tabulka 7: Neurotické projevy u uživatelů DS dle stupně MR).

Výsledky v oblasti verbálních projevů u respondentů s těžkým stupněm mentálního postižení se shodují s tvrzením mnoha autorů, kteří uvádí, že ve většině případů těžkého stupně mentální retardace je verbální složka velmi omezená (Čadilová, Jůn, Thorová a kol. 2007, s. 28).

Vzhledem k výše uvedenému je zřejmé, že předmětný výzkum z velké části podpořil dosud publikované výsledky. Zároveň přináší nové poznatky, které jsou v rozporu s dosavadními názory, z nichž vyplývají možné otázky pro další výzkum.

ZÁVĚR

Zmíněné téma neurotických projevů u lidí s mentálním postižením a s nimi souvisejících neurotických poruch je v dnešní době značně opomíjeno. Podle mého názoru, jsou toho do určité míry příčinou negativní stanoviska na obor psychiatrie a psychologie, a stejně tak i názory na lidi s postižením, zakořeněné z doby minulé. Psychiatrickou a psychologickou péči vyhledávala jen nepatrná menšina lidí, kteří byli nálepkováni jako „blázni“ a lidé s jakýmkoli druhem postižení byli zavíráni do ústavů. V dnešní stresující a uspěchané době se ovšem psychiatrie stává čím dál častěji vyhledávaným a uznávaným oborem. Mnoho lidí ať už zdravých či s jakýmkoli hendikepou mají psychické problémy a nejčastěji jde právě o poruchy neurotické, způsobené neustálým stresem. Současným trendem je také integrace a inkluze lidí s postižením do většinové společnosti. Naše společnost má však vůči těmto lidem ještě stále určité předsudky, neumějí je mezi sebe přijmout a komunikovat s nimi. Často se setkáváme s negativními reakcemi, jako je lítost, opovrhování a bohužel i výsměch. Málokdo z většinové populace si uvědomuje, že i lidé s mentálním postižením mají stejné potřeby, jako všichni ostatní. Neuspokojení a nenaplnění jejich potřeb podněcuje různorodé problémy v oblasti psychiky.

Z výše uvedeného důvodu jsem pro sepsání diplomové práce zvolila téma zabývající se problematikou lidí s mentálním postižením.

Diplomová práce se rozděluje na část teoretickou a praktickou. Výchozí teoretická část pomocí dostupné literatury přibližuje pohled na danou problematiku neurotických projevů u lidí s mentálním postižením. Text je rozdělen do tří hlavních kapitol. První se zabývá neurotickými poruchami, které dále definuje prostřednictvím známých zahraničních i českých autorů a člení dle klasifikace DSM IV (dle mého názoru daleko přehlednější a srozumitelnější než klasifikace DSM V, která vyšla v roce 2013). Nedílnou součástí první kapitoly je také etiologie jednotlivých neurotických poruch. Druhá kapitola pod názvem Neuroticismus, vymezuje pojem temperament, který s psychickou labilitou úzce souvisí, a jeho typologii dle antického lékaře Hippokrata, Galéna a jiných pro tuto oblast významných autorů. Na tuto část navazuje charakteristika neuroticismu a jeho nejčastější projevy. Poslední, nejrozsáhlejší kapitola se věnuje problematice mentálního postižení. Vysvětluje pojem mentální retardace a její etiologii, diagnostiku a klasifikaci v podání mnoha autorů. Zmiňuje specifika těchto lidí, význam uspokojování a důsledky nevyhovění jejich základních lidských potřeb.

Oporou teoretické části diplomové práce jsou odborné publikace známých autorů jako např. Pavel Říčan, Robert Cohen, Cyril Höschl, Jan Libiger, Jaromír Švestka, Rudolf Kohoutek, Marie Vágnerová, Martin Lečbych, Věra Čadilová, Hynek Jůn a Kateřina Thorová.

Praktická část se zaměřuje na zmapování výskytu neurotických projevů u skupiny lidí s mentálním postižením, což bylo i cílem této diplomové práce.

Výzkumnými metodami studiem dokumentace a dlouhodobým záměrným pozorováním byly identifikovány jednotlivé neurotické projevy u zkoumaného vzorku skupiny lidí s diagnostikovaným mentálním postižením. Z výzkumu vyplynulo, že nejfrekventovanější četnost neurotických projevů byla škála často, v níž nejvíce uživatelů trpí motorickým neklidem rukou. V porovnávání výskytu neurotických projevů u mužů a u žen s diagnostikovaným mentální postižením, byl jednoznačný rozdíl ve všech čtyřech oblastech (emoce, somatické příznaky, verbální projevy a chování a jednání) neurotických projevů. Nejvíce tedy 11% mužů reaguje vztekem a motorickým neklidem rukou, zatímco 18 % žen se nejvíce projevuje agresivním chováním. Všemi uvedenými zjevnými spouštěči je podnícen jako jediný z neurotických projevů pouze vztek. Nejméně frekventovaným spouštěčem je narušení osobní zóny, zatímco nejrozšířenějším změna prostředí. V oblasti neurotických projevů v závislosti na věku byla v největším zastoupení ve věkové kategorii uživatelů 21- 30 let identifikována agresivita, u uživatelů ve věkovém rozmezí 31 – 40 let agresivita a vztek a u nejstarších osob (41 – 50 let) střídání emocí, nechutenství, koktavost, křik, okusování nehtů, motorický neklid rukou, sebepoškozování a skřípání zubů. V kategorii výzkumu četnosti jednotlivých neurotických projevů v souvislosti se stupněm mentální retardace bylo zjištěno, že s rostoucím stupněm mentálního postižení, klesá počet uživatelů trpících neurotickými projevy v oblasti somatických a verbálních příznaků. Např. u respondentů s těžkým stupněm mentální retardace v oblasti verbálních projevů se kromě křiku neobjevil jiný projev.

Výsledky, ke kterým jsem došla na základě výzkumu při tvorbě této diplomové práce, hodlám využít v praxi. Při své práci s uživateli neovlivním stupeň mentální retardace, pohlaví ani věk. Mohu však ovlivnit frekvenci neurotických projevů a jejich množství a to cílenou eliminací zevních spouštěčů.

RESUMÉ

Diplomová práce se zabývá problematikou neurotických projevů u lidí s mentálním postižením.

Práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou. V teoretické části jsou podány ucelené informace o neurotických poruchách, neuroticismu a mentální retardaci. Tato část se dotýká také přímo tématu neurotických poruch u lidí s mentálním postižením a specifického přístupu k těmto lidem.

V praktické části je zmapován výskyt neurotických projevů u skupiny lidí s mentálním postižením, jejich četnost, zjevné spouštěče a množství neurotických projevů v závislosti na pohlaví, věku a stupni mentální retardace.

RESUME

The thesis deals with neurotic symptoms in people with mental disabilities.

The thesis is divided into two parts, theoretical and practical. In theoretical part there are given comprehensive information about neurotic disorders, neuroticism and mental retardation. This part also affects the subject of neurotic disorders in people with mental disabilities and specific approach to these people.

The presence of neurotic symptoms in a group of people with mental disabilities, their frequency, the obvious starter and a number of neurotic symptoms which depends on gender, age and level of mental retardation is elaborated in practical part.

SEZNAM LITERATURY

BLAŽEK, Bohuslav a Jiřina OLMROVÁ. *Světy postižených: (sociální posila v rodinách s mentálně retardovaným dítětem)*. Vyd. 1. Praha: Avicenum, 1988.

COHEN, Robert M. *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2002, 190 s. ISBN 80-7178-497-4.

ČADILOVÁ, Věra, Hynek JŮN a Kateřina THOROVÁ. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007, 243 s. ISBN 978-80-7367-319-2.

ČERNÁ, Marie. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Vydání druhé. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015, 222 stran. ISBN 978-80-246-3071-7.

Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5tm. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2013, xliv, 947 s. ISBN 978-0-89042-555-8.

EMERSON, Eric. *Problémové chování u lidí s mentální retardací*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2008, 166 s. ISBN 978-80-7367-390-1.

HORT, Vladimír. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008, 492 s. ISBN 978-80-7367-404-5.

HÖSCHL, Cyril (ed.), Jan LIBIGER (ed.) a Jaromír ŠVESTKA (ed.). *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Tigris, 2002, 895 s. ISBN 80-900130-1-5.

KOHOUTEK, Rudolf. *Patopsychologie a psychopatologie pro pedagogy*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2007, 260 s. ISBN 978-80-210-4434-0.

KRATOCHVÍL, Stanislav. *Jak žít s neurózou: [o neurotických poruchách a jejich zvládnutí]*. 3. přeprac. vyd., 1. vyd. v nakl. Portál. Praha: Portál, 2000, 191 s. ISBN 80-7178-478-8.

KVAPILÍK, Josef a Marie ČERNÁ. *Zdravý způsob života mentálně postižených*. 1.vyd. Praha: Avicenum, 1990, 134 s. Život a zdraví (Avicenum). ISBN 80-201-0019-9.

LEČBYCH, Martin. *Mentální retardace v dospívání a mladé dospělosti*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008, 248 s. ISBN 978-80-244-2071-4.

LINHART, Jiří. *Slovník cizích slov pro nové století: základní měnové jednotky : abecední seznam chemických prvků: jazykovědné pojmy: 30 000 hesel*. Litvínov: Dialog, 2002, 412 s. ISBN 80-85843-61-7.

MIKŠÍK, Oldřich. *Psychologická charakteristika osobností*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2001, 257 s. ISBN 80-246-0240-7.

MIŇHOVÁ, Jana a Lenka NOVOTNÁ. *Psychopatologie pro učitele*. 1. vyd. Plzeň: Západočeská univerzita, 2000, 119 s. ISBN 80-7082-594-4.

OREL, Miroslav a Věra FACOVÁ. *Člověk, jeho mozek a svět*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009, 256 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2617-5.

PAULÍK, Karel. *Moderátory a mediátory zátěžové odolnosti*. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Filozofická fakulta, 2009, 238 s. ISBN 978-80-7368-635-2.

RABOCH, Jiří (ed.), Michal HRDLIČKA (ed.), Pavel MOHR (ed.), Pavel PAVLOVSKÝ (ed.) a Radek PTÁČEK (ed.). *DSM-5®: diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. První české vydání. Praha: Hogrefe - Testcentrum, 2015, liv, 1032 stran. ISBN 978-80-86471-52-5.

RAHN, Ewald a Angela MAHNKOPF. *Psychiatrie: učebnice pro studium a praxi*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2000, 466 s. Psyché (Grada Publishing). ISBN 8071699640.

Reiss, S., Szysko, J. (1983). Diagnostic overshadowing and professional experience with mentally retarded people. *American journal of mental deficiency*, 87, 396-402.

ŘÍČAN, Pavel a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Dětská klinická psychologie*. Vyd. 3., přeprac. a dopl. Praha: Grada, 1997, 450 s. ISBN 80-7169-512-2.

SEIFERTOVÁ, Dagmar (ed.), Ján PRAŠKO (ed.) a Cyril HÖSCHL (ed.). *Postupy v léčbě psychických poruch*. 1. vyd. Praha: Academia Medica Pragensis, 2004, xxiv, 479 s. ISBN 80-86694-06-2.

SMÉKAL, Vladimír. *Pozvání do psychologie osobnosti: člověk v zrcadle vědomí a jednání*. 2., opr. vyd. Brno: Barrister & Principal, 2004, 523 s. Studium (Barrister & Principal). ISBN 80-86598-65-9.

SMOLÍK, Petr. *Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací: nástin nozologie : diagnostika*. Praha: Maxdorf-Jessenius, 1996, 504, x s. ISBN 80-85800-33-0.

SOVÁK, Miloš. *Defektologický slovník*. 2., uprav. vyd. Praha: SPN, 1984, 475 s. Knižnice speciální pedagogiky.

ŠLAPAL, Radomír. *Vybrané kapitoly z dětské neurologie pro speciální pedagogy*. Brno: Paido, 2002, 35 s. ISBN 80-7315-017-4.

ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Vyd. 4., přeprac. Praha: Portál, 2011, 221 s. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 978-80-7367-889-0.

VALENTA, Milan, Jan MICHALÍK a Martin LEČBYCH. *Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012, 349 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3829-1.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Základy psychologie*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2004, 356 s. ISBN 9788024608419.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese / Marie Vágnerová*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.

VOKURKA, Martin a Jan HUGO. *Praktický slovník medicíny*. 7., rozš. vyd. Praha: Maxdorf, 2004, xv, 490 s., [8] s. barev. obr. příl. ISBN 80-7345-009-7.

VONDRÁČEK, Vladimír. *Speciální psychiatrie*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1965, vii, 184 s. Učební texty vysokých škol (Státní pedagogické nakladatelství).

Internetové zdroje:

Farmakoterapie disociativních poruch. *Psychiatrie pro praxi*. 2010, **2010**(11), 99-102. <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2010/03/03.pdf>

Péče o duševní zdraví u osob s mentálním postižením. *E-psychologie*. 2010, **2010**(4), 13-23. ISSN 1802-8853. http://e-psycholog.eu/pdf/tulcova_vancura.pdf

<http://www.celostnimedicina.cz/rozdily-mezi-muzi-a-zenami.htm>

<http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/psychiacka-pece>

SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ A PŘÍLOH**SEZNAM OBRÁZKŮ:**

Obrázek 1: Úzkostný kruh (Margraf, Schneider 1990 in Rahn, Mahnkopf 2000, s. 359) ..	15
Obrázek 2: Vztah temperamentových dimenzí extroverze – introverze a labilita – stabilita (neuroticismus) k typům a vlastnostem chování podle Eysencka (Irmíš 2007, s. 106)	28
Obrázek 3: Greyova teorie o vztahu introverze – extroverze a stability – lability k úzkostnosti a impulzivité s citlivostí na odměnu a trest (Irmíš 2007, s. 109)	29

SEZNAM TABULEK:

Tabulka 1: Průvodní jevy mentální retardace (Švarcová 2011, s. 46).....	39
Tabulka 2: Neurotické projevy a jejich zjevné spouštěče u skupiny uživatelů DS	84
Tabulka 3: Frekvence neurotických projevů u skupiny uživatelů DS	85
Tabulka 4: Procentuální podíl jednotlivých neurotických projevů u obou pohlaví	88
Tabulka 5: Množství neurotických projevů v závislosti na zjevných spouštěčích.....	90
Tabulka 6: Procentuální podíl jednotlivých neurotických projevů u uživatelů DS vzhledem k věku	93
Tabulka 7: Neurotické projevy u uživatelů DS dle stupně MR.....	96

SEZNAM GRAFŮ:

Graf 1: Věkové složení skupiny uživatelů DS.....	57
Graf 2: Složení skupiny uživatelů DS dle stupně mentální retardace	57
Graf 3: Složení skupiny uživatelů DS dle pohlaví	57
Graf 4: Počet osob s různou frekvencí neurotických projevů (emoce)	86
Graf 5: Počet osob s různou frekvencí neurotických projevů (somatické příznaky).....	86
Graf 6: Počet osob s různou frekvencí neurotických projevů (verbální projevy)	87
Graf 7: Počet osob s různou frekvencí neurotických projevů (chování, jednání)	87
Graf 8: Největší podíl neurotických projevů u mužů	89
Graf 9: Největší podíl neurotických projevů u žen.....	89
Graf 10: Množství neurotických projevů (emoce)v závislosti na zjevných spouštěčích	91
Graf 11: Množství neurotických projevů (somatické příznaky)v závislosti na zjevných spouštěčích	91
Graf 12: Množství neurotických projevů (verbální projevy)v závislosti na zjevných spouštěčích	92
Graf 13: Množství neurotických projevů (chování/jednání)v závislosti na zjevných spouštěčích	92
Graf 14: Největší podíl neurotických projevů u uživatelů DS ve věku 20-30 let	94
Graf 15: Největší podíl neurotických projevů u uživatelů DS ve věku 31-40 let	94
Graf 16: Největší podíl neurotických projevů u uživatelů DS ve věku 41-50 let	95
Graf 17: Neurotické projevy (emoce) u uživatelů DS dle stupně MR	97
Graf 18: Neurotické projevy (somatické příznaky) u uživatelů DS dle stupně MR.....	97
Graf 19: Neurotické projevy (verbální projevy) u uživatelů DS dle stupně MR	98
Graf 20: Neurotické projevy (chování/jednání) u uživatelů DS dle stupně MR	98

SEZNAM PŘÍLOH:

Příloha 1..... 110

Příloha 1

Ing. Vladimír Chuchler
ředitel organizace
Městský ústav sociálních služeb města Plzně, příspěvková organizace
Klatovská třída 777/90, Plzeň 3 - Jižní Předměstí
301 00 Plzeň

V Plzni 15. 2. 2016

Věc: Žádost o umožnění výzkumného šetření

Vážený pane řediteli,

žádám Vás o umožnění výzkumného šetření na zařízení Denní stacionář „Jitřenka“ MÚSS Plzeň. V rámci své diplomové práce s názvem "Neurotické projevy u lidí s mentálním postižením" bych ráda provedla výzkumné šetření s využitím metod systematického pozorování a studia dokumentace, za dodržení absolutní anonymity respondentů.

Diplomová práce bude vypracována dle etických pravidel pod odborným vedením Mgr. Vladimíry Lovasové, Ph. D.

Předem děkuji za kladné vyřízení mé žádosti.



Vendula Peřtová
studentka magisterského studia
studijní obor: Učitelství pro 1. stupeň ZŠ
ZČU - Pedagogická fakulta

Vyjádření ředitele organizace MÚSS Plzeň:

- SOUHLASÍM
 NESOUHLASÍM

Odůvodnění:

Datum: 15. 2. 2016



Podpis, razítko:

