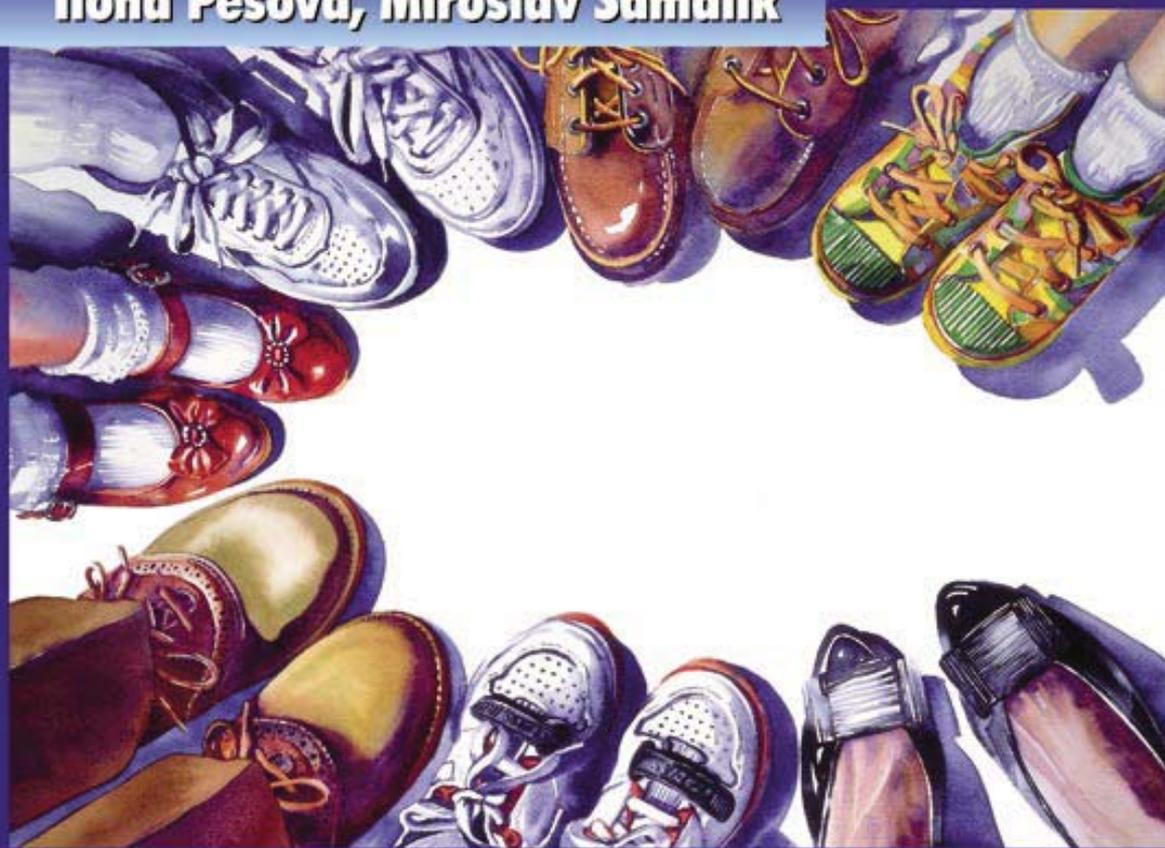


Ilona Pešová, Miroslav Šamalík



PORADENSKÁ PSYCHOLOGIE PRO DĚTI A MLÁDEŽ



 GRADA

Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude **trestně stíháno**.

Používání elektronické verze knihy je umožněno jen osobě, která ji legálně nabyla a jen pro její osobní a vnitřní potřeby v rozsahu stanoveném autorským zákonem. Elektronická kniha je datový soubor, který lze užívat pouze v takové formě, v jaké jej lze stáhnout s portálu. Jakékoliv neoprávněné užití elektronické knihy nebo její části, spočívající např. v kopírování, úpravách, prodeji, pronajímání, půjčování, sdělování veřejnosti nebo jakémkoliv druhu obchodování nebo neobchodního šíření je zakázáno! Zejména je zakázána jakákoliv konverze datového souboru nebo extrakce části nebo celého textu, umístování textu na servery, ze kterých je možno tento soubor dále stahovat, přitom není rozhodující, kdo takovéto sdílení umožnil. Je zakázáno sdělování údajů o uživatelském účtu jiným osobám, zasahování do technických prostředků, které chrání elektronickou knihu, případně omezují rozsah jejího užití. Uživatel také není oprávněn jakkoliv testovat, zkoušet či obcházet technické zabezpečení elektronické knihy.





Copyright © Grada Publishing, a.s.

PhDr. Ilona Pešová, Mgr. Miroslav Šmalík

**PORADENSKÁ PSYCHOLOGIE
PRO DĚTI A MLÁDEŽ**

Vydala Grada Publishing, a.s.
U Průhonu 22, 170 00 Praha 7
tel.: +420 220 386 401, fax: +420 220 386 400
www.grada.cz
jako svou . publikaci

Odpovědná redaktorka PhDr. Viola Lyčková
Sazba a zlom Milan Vokál
Počet stran 152
Vydání 1., 2006
Vytiskly Tiskárny Havlíčkův Brod, a. s.
Husova ulice 1881, Havlíčkův Brod

© Grada Publishing, a.s., 2006
Cover Photo © MUDr. Pavel Žáček, Ph.D.

ISBN 80-247-1216-4 (tištěná verze)
ISBN 978-80-247-6294-4 (elektronická verze ve formátu PDF)
© Grada Publishing, a.s. 2011

OBSAH

SLOVO ÚVODEM	9
1. PEDAGOGICKO-PSYCHOLOGICKÉ PORADENSTVÍ	11
1.1 Systém pedagogicko-psychologického poradenství	11
1.2 Proč se stále učit?	13
1.3 Spolupráce	14
2. ZVLÁŠTNOSTI DĚTSKÉ PORADENSKÉ PÉČE	15
2.1 S kým vlastně budeme pracovat?	15
2.2 Jak vyšetření zahájíme?	16
2.3 Co bychom měli před vyšetřením vědět?	16
2.3.1 Anamnéza	16
2.4 Jak vyšetření ukončíme?	19
3. ZVLÁŠTNOSTI PORADENSTVÍ PRO HENDIKEPOVANÉ	21
3.1 Nejdůležitější psychologické poznatky o těžce zdravotně postižených dětech a jejich rodinách	22
3.2 Vliv zdravotního postižení na vývoj dítěte	23
3.3 Model duševní krize rodičů způsobené sdělením, že jejich dítě je těžce postižené	24
3.4 Model duševní krize rodiny	25
3.4.1 Fáze prediagnostická	25
3.4.2 První fáze – fáze šoku	25
3.4.3 Druhá fáze – fáze reaktivní	26
3.4.4 Třetí fáze – adaptace	28
3.4.5 Čtvrtá fáze – reorientace	29
3.4.6 Pátá fáze – překonání krize	29
3.5 Výchovné postoje rodičů	30
3.5.1 Nadměrné ochraňování	30
3.5.2 Emoční odmítání	31
3.5.3 Ambivalentní postoje	31
3.6 Vztahy mezi sourozenci	31
3.7 Vliv narození postiženého dítěte na strukturu a funkci rodiny	33
3.8 Hlavní faktory vedoucí k pozitivnímu přizpůsobení rodiny	35
3.9 Vliv komunikace s psychologem (lékařem) na emoční klima v rodině	35
3.10 Širší rodina a přátelé	37
3.11 Specifické psychologické faktory některých onemocnění	38
3.12 Péče o dítě s hendikepem a jeho rodinu	39
3.13 Rodina a instituce	42

3.13.1	Ministerstvo zdravotnictví	42
3.13.2	Ministerstvo práce a sociálních věcí	42
3.13.3	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy	43
4.	OD NAROZENÍ AŽ DO ŠKOLY	45
4.1	Období prenatalní a neonatální	45
4.2	Děti v kojeneckém věku	45
4.3	Věk batolete	46
4.4	Vývojová diagnostika raného věku	46
4.5	Některé otázky, se kterými rodiče přicházejí	47
4.5.1	Celkové opoždění vývoje	47
4.5.2	Opožděný vývoj řeči, motoriky či socializace	47
4.6	Předškolní období	48
4.6.1	Máme hry a fantazii	49
4.6.2	Mluvení nám nejde...	49
4.6.3	A co nočníček?	52
4.6.4	My se také bojíme	54
4.6.5	Něco je jinak aneb Dítě se vyvíjí odlišně od ostatních	55
4.6.6	Výchovná problematika aneb „Jako kdyby seděl na ježkovi“	73
5.	TĚŠÍME SE DO ŠKOLY?	83
5.1	Zahájení školní docházky	83
5.2	Vyšetření k odkladu školní docházky	85
5.2.1	Anamnéza	85
5.2.2	Posouzení chování dítěte během vyšetření	85
5.2.3	Úroveň vyjadřování	85
5.2.4	Vyšetření kognitivních předpokladů	85
5.2.5	Percepční úroveň	86
5.2.6	Lateralita	86
5.2.7	Kresba	86
5.2.8	Další dovednosti a znalosti	87
5.2.9	Závěrečný rozhovor	87
5.2.10	Náměty k rozvoji percepčních funkcí pro rodiče	88
6.	MY VŠICHNI ŠKOLOU POVINNÍ ANEB KDYŽ SE NÁM VE ŠKOLE NEDAŘÍ	89
6.1	Příčiny na straně dítěte	89
6.1.1	Kognitivní předpoklady	89
6.1.2	Mimointelektové faktory školního neprospěchu	112
6.2	Vlivy prostředí	114
6.2.1	Výchovně vzdělávací proces	114
7.	NAŠE DÍTĚ UMÍ VÍC NEŽ OSTATNÍ ANEB DĚTI MIMORÁDNĚ NADANÉ	115
7.1	Identifikace nadaných	116
8.	DÍTĚ V KRIZOVÉ SITUACI	117
8.1	Možnosti pomoci týraným a zneužívaným dětem	118

8.1.1	Základní formy CAN-syndromu	119
8.1.2	Jak poznáme dítě s CAN-syndromem	119
8.1.3	Znaky zanedbávání, týrání a zneužívání u dětí	120
8.2	Setkání a komunikace s dítětem	123
8.2.1	Zásady rozhovoru	124
8.2.2	Nejčastější otázky dětí	126
8.3	Zásady krizové intervence	131
9.	ČÍM BUDU (BUDEŠ, BUDE)?	135
9.1	Vyšetření rozumových předpokladů	136
9.2	Práce se zájmovými dotazníky	136
9.3	Práce s vlastní vizí, představou, životními cíli	137
9.4	Další možnosti	137
9.5	Závěrečné rozhodnutí	137
10.	PRÁVNÍ NORMY	139
	SLOVNÍČEK	141
	POUŽITÉ ZKRATKY	145
	SEZNAM LITERATURY	147

SLOVO ÚVODEM

Dítě

*Žije-li káráno, naučí se odsuzovat.
Žije-li v nepřátelství, naučí se útočit.
Žije-li v posměchu, naučí se vyhýbavosti.*

Dítě

*Žije-li v povzbuzení, naučí se smělosti.
Žije-li v toleranci, naučí se trpělivosti.
Žije-li s pochvalou, naučí se oceňovat.
Žije-li v poctivosti, naučí se spravedlnosti.
Žije-li v bezpečí, naučí se věřit.
Žije-li přijímáno a obklopeno přátelstvím,
naučí se ve světě hledat lásku.*

Učitel'ské noviny č. 17 z 27. 4. 1993

Tato kniha si nečiní nárok být úplným a kompletním dílem, postihujícím problematiku poradenské praxe. Jsme si vědomi, že některé problémy jsou popsány podrobněji, jiných jsme se naopak pouze dotkli, některé jsme zcela pominuli.

Děkujeme slovenským kolegyním za svolení k publikaci jejich metodiky sloužící pro práci s oběťmi násilí.

Uvedené kasuistiky vycházejí z naší práce, jsou to však konstruované, vybrané typické a časté rysy některých problémů. Uvedená studentská práce je otištěna se souhlasem autora.

Zvláštní poděkování patří prof. Josefu Langmeierovi. Před mnoha lety nám velkorýse věnoval řadu publikovaných i nepublikovaných materiálů. Jsou pro nás stálým zdrojem inspirace a teprve s přibývajícimi léty doceňujeme velikost jeho díla, které vykonal pro zdravotně postižené děti a jejich rodiny.

1. PEDAGOGICKO-PSYCHOLOGICKÉ PORADENSTVÍ

1.1 SYSTÉM PEDAGOGICKO-PSYCHOLOGICKÉHO PORADENSTVÍ

V České republice existuje systém výchovného poradenství, který na základě vyhlášky o poskytování poradenských služeb ve školství zahrnuje školská poradenská zařízení: pedagogicko-psychologické poradny a speciálně pedagogická centra; dále školní poradenská pracoviště při základních a středních školách. Školská poradenská pracoviště jsou zpravidla zřizována krajskými úřady, ale existují i zařízení zřizovaná soukromými subjekty. Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy zřizuje Institut pedagogicko-psychologického poradenství, který je metodickým pracovištěm pro celý systém výchovného poradenství.

V pedagogicko-psychologických poradnách je pracovní obsazení následující: psychologové, speciální pedagogové, metodik prevence, sociální pracovníce, někde jsou i sociální pedagogové. Speciálně pedagogická centra jsou, jak vyplývá už z názvu, specializována pro práci s dětmi s určitým druhem omezení. Mezi pracovníky patří psychologové, speciální pedagogové se zaměřením na příslušnou oblast problémů a sociální pracovníce. Ve školních poradenských pracovištích mohou být zřízeny funkce školního psychologa, školního speciálního pedagoga, přináleží sem také školní metodik prevence a výchovný poradce.

Školský zákon č. 561/2004 Sb. stanoví systém předškolního, základního a středního vzdělávání ve školách a zároveň specifikuje úlohu školských poradenských zařízení, která zajišťují „informační, diagnostickou, poradenskou a metodickou činnost, poskytují odborné speciálně pedagogické a pedagogicko-psychologické služby, preventivně výchovnou péči a napomáhají při volbě vhodného vzdělávání dětí, žáků nebo studentů a přípravě na budoucí povolání“ (§ 116). Všechna školská poradenská zařízení musejí být zapsána ve školském rejstříku. Řídí se obecně závaznými právními předpisy, ale též předpisy vydávanými přímo pro jejich činnost MŠMT ČR.

Oblast poradenství pro děti a dospívající je velmi široká a rozmanitá. Zahrnuje různé vývojové fáze, od časného dětství až po ranou dospělost. Psycholog pracující na poradenském pracovišti, ať již v pedagogicko-psychologické poradně nebo ve speciálně pedagogickém centru, musí být vybaven důkladnými znalostmi vývojové psychologie a znát zvláštnosti jednotlivých vývojových období.

Současný systém poradenské péče o děti a mládež se vyznačuje určitou tendencí ke specializaci jednotlivých poradenských zařízení.

Pedagogicko-psychologické poradny jsou široce zaměřeny na problematiku dětí a mládeže od 3 let (tj. od nástupu do mateřské školy – potažmo do školského systému) přes žáky základních škol až po studenty středních škol včetně vyšších odborných

škol. Problematika práce je velmi rozsáhlá. Zhruba ji můžeme rozdělit na oblast problémů výchovných, obtíže ve vzdělávání či v vyučovacím procesu; setkáme se však i s mnoha dalšími otázkami, které rodiče, pedagogická veřejnost, různé instituce či samotní dospívající mohou klást.

Ve speciálně pedagogických centrech je péče zaměřena na děti a mládež s určitými, řekněme specifickými, potřebami. Jednotlivá centra jsou specializována následovně: centra pro děti s vadami zraku, centra pro děti s vadami sluchu, centra pro děti s mentální retardací, centra pro děti s vadami řeči, centra pro děti s kombinovanými vadami (tj. pro děti s tělesným i a mentálním postižením) a centra pro děti s autismem (tj. pro děti s pervazivními vývojovými poruchami).

Při diagnostických ústavech jsou zřízena střediska výchovné péče s obdobným obsazením – psychologové a speciální pedagogové. Ve své činnosti se zaměřují na velmi složitou práci – na děti a mládež s poruchami chování.

Mezi hlavní druhy činnosti poradenských zařízení podle vyhlášky o poskytování poradenských služeb č.72/2005 Sb.patří:

- I. V pedagogicko-psychologických poradnách (§ 5, citace):
 - a) *zjišťuje pedagogicko-psychologickou připravenost žáků na povinnou školní docházku a vydává o ní odborný posudek; doporučuje zákonným zástupcům a řediteli školy zařazení žáka do příslušné školy a třídy a vhodnou formu jeho vzdělávání; spolupracuje při přijímání žáků do škol; provádí psychologická a speciálně pedagogická vyšetření pro zařazení žáků do škol, tříd, oddělení a studijních skupin s upravenými vzdělávacími programy pro žáky se zdravotním postižením,*
 - b) *zjišťuje speciální vzdělávací potřeby žáků ve školách, které nejsou samostatně zřízené pro žáky se zdravotním postižením, a vypracovává odborné posudky a návrhy opatření pro školy a školská zařízení na základě výsledků psychologické a speciálně pedagogické diagnostiky,*
 - c) *poskytuje poradenské služby žákům se zvýšeným rizikem školní neúspěšnosti nebo vzniku problémů v osobnostním a sociálním vývoji, jejich zákonným zástupcům a pedagogickým pracovníkům vzdělávajícím tyto žáky, poskytuje poradenské služby zaměřené na vyjasňování osobních perspektiv žáků,*
 - d) *poskytuje metodickou podporu škole,*
 - e) *prostřednictvím metodika prevence zajišťuje prevenci sociálně patologických jevů, realizaci preventivních opatření a koordinaci školních metodiků prevence.*

- II. Ve speciálně pedagogických centrech (§ 6, citace):
 1. *Centrum poskytuje poradenské služby žákům se zdravotním postižením a žákům se zdravotním znevýhodněním, integrovaným ve školách a školských zařízeních, žákům se zdravotním postižením a žákům se zdravotním znevýhodněním ve školách, třídách, odděleních nebo studijních skupinách s upravenými vzdělávacími programy, žákům se zdravotním postižením v základních školách speciálních a dětem s hlubokým mentálním postižením.*
 2. *Žákům základních škol speciálních a školských zařízení jsou poradenské služby centra poskytovány pouze v rámci diagnostiky a kontrolní diagnostiky,*

v odůvodněných případech i v rámci speciální individuální nebo skupinové péče, kterou nezajišťuje škola nebo školské zařízení, kde je žák zařazen.

3. Činnost centra se uskutečňuje ambulantně na pracovišti centra a návštěvami pedagogických pracovníků centra ve školách a školských zařízeních, případně v rodinách, v zařízeních pečujících o žáky se zdravotním postižením.
4. Centrum:
 - a) zjišťuje speciální připravenost žáků se zdravotním postižením na povinnou školní docházku a speciální vzdělávací potřeby žáků se zdravotním postižením a žáků se zdravotním znevýhodněním, zpracovává odborné podklady pro integraci těchto žáků a pro jejich zařazení a přeřazení do škol a školských zařízení a pro další vzdělávací opatření,
 - b) zajišťuje speciálně pedagogickou péči a speciálně pedagogické vzdělávání pro žáky se zdravotním postižením a žáky se zdravotním znevýhodněním, kteří jsou integrováni nebo kterým je stanoven jiný způsob plnění povinné školní docházky,
 - c) vykonává speciálně pedagogickou a psychologickou diagnostiku a poskytuje poradenské služby se zaměřením na pomoc při řešení problémů ve vzdělávání, v psychickém a sociálním vývoji žáků se zdravotním postižením a žáků se zdravotním znevýhodněním, na zjištění individuálních předpokladů a vytváření podmínek pro uplatňování a rozvíjení schopností, nadání a na začleňování do společnosti,
 - d) poskytuje pedagogickým pracovníkům a zákonným zástupcům poradenství v oblasti vzdělávání žáků se zdravotním postižením,
 - e) poskytuje metodickou podporu škole.

Již z tohoto výčtu je zřejmé, že určitá specializace na jednotlivých pracovištích je nezbytná. Na druhé straně je však stejně důležité, aby psycholog pracující s dětmi znal alespoň v základech i problematiku, která se nevyskytuje přímo na jeho pracovišti, a uměl zvolit správný postup při poradenství, který může spočívat například v odeslání na příslušné specializované pracoviště. Proto se snažíme alespoň v základních rysech problematiku načrtnout.

V textu se pro zjednodušení přidržíme označení *poradenský psycholog*, třebaže budeme mít na mysli psychology ve všech typech poradenských zařízení pro děti a mládež.

1.2 PROČ SE STÁLE UČIT?

Jako každý obor i psychologie získává stále nové poznatky, objevují se nové diagnostické metody, postupy, nebo se stávající metody aktualizují tak, aby odpovídaly současné úrovni poznání. Obzvláště možnost získávání informací se s rozvojem moderních komunikačních technologií (internet) pro mnoho mladých lidí i dětí výrazně rozšířila, a proto se nutnost inovovat stávající metody stává nezbytnou. Dalším důvodem je fakt, že během pregraduálního vysokoškolského studia získá studující pouze základní poznatky, které musí v další praxi prohlubovat, specializovat se. S mnohými

metodami se seznámí pouze informativně a teprve dalším důkladným studiem si osvojí znalosti a dovednosti, jež mu umožní plně metodu využít ke své práci. Typickým příkladem je například Rorschachův test či Scénotest.

Začínající psychologové samozřejmě pracují pod supervizí na vlastním pracovišti – zpravidla je stanoven zkušený pracovník, který ji svému kolegovi poskytuje. Ve školské sféře organizuje kurzy začínajících psychologů IPPP Praha, rozvíjí se systém kariérního růstu. Za důležitou součást vzdělávání pokládáme absolvování dlouhodobého psychoterapeutického výcviku, který umožní rozvoj sebepoznání. I za předpokladu, že by psycholog přímo terapii v rámci poradenského zařízení nerealizoval, pomůže mu v jiné poradenské činnosti, v získání empatie i při vlastní sebekontrolě. Další možností vzdělávání jsou nejrůznější krátkodobé kurzy a semináře.

I z hlediska osobního rozvoje, prevence syndromu vyhoření a v neposlední řadě potřeba „*být in*“ přináší nutnost celoživotního vzdělávání.

1.3 SPOLUPRÁCE

Školský zákon stanoví základní instituce, se kterými poradenský psycholog spolupracuje: „Školská poradenská zařízení spolupracují s orgány sociálně právní ochrany dětí a orgány péče o mládež a rodinu, zdravotnickými zařízeními, popřípadě s dalšími orgány a institucemi“ (§ 116).

Pro splnění požadavku, aby byla práce poradenského psychologa pro klienta co nejučinnější, se v mnoha případech neobejdeme bez poznatků různých dalších oborů, především zdravotnických. Nejčastější vzájemná spolupráce bývá s pediatry, psychiatry a neurology. Významné jsou kontakty s již uvedeným oddělením sociálně právní ochrany dětí při městských úřadech, školami a ostatními školskými zařízeními. Často se na poradenská zařízení obrazejí také další instituce, například správa sociálního zabezpečení, policie či soudy.

2. ZVLÁŠTNOSTI DĚTSKÉ PORADENSKÉ PÉČE

2.1 S KÝM VLASTNĚ BUDEME PRACOVAT?

Poradenská péče o děti se nevztahuje pouze na děti samé, ale setkáváme se s okruhem lidí, ke kterým péče směřuje. Můžeme sem zahrnout především nejbližší rodinu a také další sociální skupiny, do kterých je dítě začleněno. Vyšetření často bývá vyžádáno školou či lékařem, popřípadě jinou institucí. Už z této skutečnosti vyplývá, že výsledek vyšetření nesměřuje pouze k dítěti, ale také k jeho rodičům či učitelům, může být k dispozici lékaři a sociálním pracovníkům. Z právního hlediska je nezbytné si uvědomit, že pokud klient nedosáhl plnoletosti, musíme mít vždy od rodičů či zákonných zástupců písemný souhlas s vyšetřením (vyhl. 72/2005 Sb.). Pouze v případech stanovených předpisy není souhlas rodičů potřebný (zákon č. 359/1999 Sb.).

Výsledky vyšetření poskytujeme dalším žadatelům, například škole, školskému zařízení, lékaři pouze se souhlasem rodičů, přičemž rodiče jsou nejprve s výsledky seznámeni a teprve poté je můžeme postoupit dále.

Dalším důležitým faktorem je široký věkový rozsah klientů, se kterými psycholog pracuje – od dětí předškolního (výjimečně i batolecího věku) po studenty středních či vyšších odborných škol. Časově to je sice doba dejme tomu kratší, než je období dospělosti, ale je to období velkých, rychlých a významných vývojových proměn včetně krizových vývojových fází. Od toho se odvíjí nutnost dobrých znalostí vývojové psychologie, tak aby psycholog využil nejen adekvátní psychologické metody či postupy (ostatně v testech a dotaznících je přímo určeno, pro jaký věk se hodí), ale zvolil i odpovídající formu kontaktu a styl komunikace s dítětem.

Na dítě či klienta jistě působí nejen přístup, s jakým s ním psycholog hovoří, ale také prostředí, ve kterém vyšetření probíhá. Prostor by mělo vzbuzovat pocit bezpečí, v zásobě je vhodné mít, obzvláště pro malé děti, připraveny třeba hračky, které nám pomohou navázat kontakt s úzkostnějším dítětem. Vhodná je možnost různého uspořádání „sezení“. Někdy potřebujeme mít stůl, na kterém bude dítě či klient zpracovávat nejrůznější úkoly (kreslit, psát, řešit testy). Vyskytují se naopak i situace, kdy by nám stůl v komunikaci překážel – je-li umístěn mezi psychologa a klienta, působí dojem bariéry až obrany, a proto je potřebné se posadit mimo tuto překážku.

Určitou roli hraje také čas, kdy psychologické vyšetření provádíme. Pokud má být zaměřeno na zjištění výkonových schopností, je vhodnější dopolední doba, kdy dítě není zatíženo školní únavou. Různé formy terapie, konzultace a pohovory můžeme umístit i do odpoledních hodin. K časovým parametrům patří i délka vyšetření, která by opět měla korespondovat s vývojovými možnostmi dítěte (jinak dlouho je schopno soustředit se dítě malé, déle vydrží dospívající) a typem vyšetření, které může probíhat i v několika sezeních.

2.2 JAK VYŠETŘENÍ ZAHÁJÍME?

V poradenském zařízení se klienti zpravidla nejprve setkají se sociální pracovnící, která je seznámí s tím, s kým budou dále hovořit. Při prvním setkání je vhodné se představit všem zúčastněným a poté se informovat o problému, se kterým přicházejí. Podle povahy problému se psycholog rozhodne, zda úvodní rozhovor povede se všemi zúčastněnými, nebo nejprve pohovoří s rodiči či zákonnými zástupci a pak bude samostatně pracovat s dítětem (někdy je vhodnější, aby dítě nebylo úvodním informacím přítomno, ať již z pohledu rodiče, který nám chce svěřit citlivé informace, nebo i pohledu dítěte, které může být „zaskočeno“ pohledem rodičů, například přílišnou kritičností či negativním hodnocením rodiče vůči sobě). V obou případech rodiče seznámíme s tím, jak bude vyšetření probíhat, co budeme s dítětem dělat a jak dlouhý čas budeme potřebovat. Zjistíme si všechny potřebné informace, které nám pomohou s diagnostikou či jinou poradenskou činností. Rozhodneme se, zda bude vyšetření probíhat za přítomnosti rodičů, či s dítětem samotným. Pro toto rozhodnutí zvažujeme věk dítěte a povahu problému.

Postup při práci s postiženým dítětem a jeho rodinou je prakticky stejný.

2.3 CO BYCHOM MĚLI PŘED VYŠETŘENÍM VĚDĚT?

Dítě (či klient) přicházející k psychologickému vyšetření není nepopsaným listem, který pozná teprve poradenský pracovník, ale má svoji vlastní historii, je ovlivňováno svojí rodinou, sociálním okolím, užším i širším. Psycholog by měl mít k dispozici co nejvíce informací, aby mohl pečlivě zvážit svoje kroky a poskytnout klientovi i rodiči co nejlepší pomoc.

K základním informacím, které by měl získat, patří především anamnestické údaje, informace od rodičů, školy či školského zařízení.

2.3.1 ANAMNÉZA

Snímání anamnézy je důležitým vstupem každého psychologického vyšetření. Podrobně se rodičů vyptáme na potřebné údaje, které nám často mohou napomoci vytvářet hypotézu k upřesnění naší diagnózy. Proto preferujeme, aby psycholog snímal anamnézu sám. Pokud z různých důvodů, nejčastěji časových, anamnézu snímá sociální pracovníce, je vhodné, aby si ji psycholog přečetl a doplnil si údaje, jež se mu budou zdát závažné či nedostatečné.

Rodinná anamnéza

U dětí vždy zjišťujeme **anamnézu rodinnou**:

- Základní rodina, data narození rodičů, zdravotní stav, vzdělání, bydlení (sami či s prarodiči, prostorové možnosti – zda má dítě vlastní pokoj či místo v případě početnější rodiny), školní problémy rodičů – pokud zvažujeme možnost dědičnosti např. u specifických vývojových poruch učení).

- Závažná onemocnění v rámci širší rodiny – prarodiče, sourozenci rodičů, hlavně psychická onemocnění, návykové látky, osobnosti se zvláštním chováním, záchvatovitá onemocnění, dědičná onemocnění apod.
- Výchovný styl v rodině, kdo a jak se na výchově podílí, kdo se s dítětem učí, s kým dítě doma pracuje, jaký systém pochval a trestů rodina používá.
- Vztahy mezi rodiči, sourozenecké vztahy.
- Podíl dítěte na rodinném životě (jaké má pravidelné úkoly v rámci rodinného života, povinnosti, o co se dítě stará).

Osobní anamnéza

Důležitá je rovněž anamnéza osobní:

■ Prenatální anamnéza

Prenatální anamnézu obvykle zjišťujeme následujícím způsobem:

- Nejprve se ptáme na průběh těhotenství: zjišťujeme vhodným způsobem, zda bylo těhotenství chtěné, či nikoliv, kolikáté je v pořadí (nezapomeneme na případné spontánní potraty, interrupce). Zda se vyskytly nějaké obtíže, ať již zdravotní (potom se jimi zabýváme podrobněji, zvláště byla-li matka hospitalizována), případné psychické obtíže (nemusí se zrovna jednat o psychické onemocnění), ale v úvahu připadají různé okolnosti, které mohou prožívání těhotenství ovlivnit. Může to být třeba vztah mezi manžely, problematika bydlení – vlastní, s prarodiči, provizorní, stavba a další důležité události, ovlivňující psychiku matky v těhotenství.
- Dále zjišťujeme okolnosti porodu: zda byl v termínu, případně v kolikátém týdnu (běžně těhotenství počítáme 40 týdnů, to jest 10 lunárních měsíců, těhotenství ukončené před 32. týdnem pokládáme a závažný údaj). Jestli porod nastoupil spontánně či byl vyvoláván (indukovaný porod). Jaký byl průběh porodu, jak dlouho trval, způsob porodu (běžný porod záhlavím, či jiný způsob: například císařským řezem (*sectio caesarea*), VEC apod. Zajímá nás, z jakých důvodů byla zvolena jiná forma porodu: byl uskutečněn z důvodů ohrožení plodu (např. alterace, tj. nepravidelnost ozev, nebo nastala jiná komplikace v průběhu porodu – například nesnáze při postupu porodu). Důvody mohou být také ve zdravotních obtížích matky. V těchto případech mohl být jiný způsob porodu předem plánován.

■ Perinatální anamnéza

Při snímání perinatální anamnézy se soustředíme na následující otázky:

- Zjišťujeme údaje o dítěti; jaká byla porodní váha (pod 2500 g bereme jako významný údaj) a míra. Zda dítě nebylo kříšeno (podezření na možnou asfyxii – pokud si maminka není jistá odpovědí, můžeme upřesnit, zda slyšela děťátko plakat, jakou mělo barvu, když ho poprvé uviděla), zda bylo po porodu umístěno v inkubátoru a po jakou dobu. Ptáme se na novorozeneckou žloutenku (silná žloutenka s případnou fototerapií může svědčit pro masivní rozpad erytrocytů), někdy máme (hlavně od lékaře) k dispozici Apgar skóre. Zjistíme, kdy dostala maminka dítě k sobě, abychom zjistili, zda nenastaly nějaké komplikace po porodu.

■ **Postnatální anamnéza**

Klademe zejména následující otázky:

- Zjišťujeme údaje časně po porodu do konce šestinedělí. Jak dlouho bylo dítě kojeno, zda v tomto období neproběhlo nějaké onemocnění, horečnaté stavy či jiné problémy.

■ **Vývoj do 1 roku**

Zabýváme se psychomotorickým vývojem, zdravotním stavem, zeptáme se na chování dítěte:

- motorika: její vývoj, kdy dítě začalo sedět, lézt, počátky chůze, podle potřeby si zjistíme i podrobnější údaje (zvedání hlavičky, otáčení na záda);
- řeč : žvatlání, broukání, vokalizace, první slůvka;
- zdravotní stav dítěte, (horečnaté stavy, záchvatovité stavy, hospitalizace, úrazy, případné komplikace);
- chování dítěte: zda je spíše klidné, či snadno vzrušivé, jak spí, průběh jídla, reakce na osoby kolem sebe.

■ **Anamnéza do tří let věku**

Dále se zabýváme vývojem do 3 let:

- motorika: hrubá motorika (pokračování vývoje chůze, chůze do schodů, ze schodů, další dovednosti, které se začnou objevovat), jemná motorika (především počátky kreslení);
- zachovávaní čistoty (kdy dítě přestalo nosit pleny přes den, následně i přes noc);
- pokračování vývoje řeči, jednoduché věty, rozvoj slovní zásoby, porozumění řeči, odpovídá na jednoduché otázky, klade prosté otázky;
- zdravotní problémy (obdobně jako do 1 roku, a i v dalším věkovém období);
- chování: průběh socializace, případné projevy separační úzkosti, zda se vyskytlo období dětského vzdoru, hra dítěte, zda provede jednoduché příkazy.

V anamnéze postupujeme až do současného věku dítěte z hlediska psychomotorického vývoje (motorika, řeč a její případné odchylky), zdravotního stavu a socializace.

Poněkud obtížnější je získávání anamnestických údajů u dětí, které jsou v náhradní péči, ať již ústavní (děti z dětských domovů, kojeneckých ústavů) či rodinné – děti v pěstounské péči či děti osvojené. Mnohdy se dozvíme pouze útržkovité informace a důležité se stávají především informace od vychovatelů. Doptáváme se, jak vypadal vývoj dítěte při příchodu do zařízení či rodiny, jak se během pobytu měnil, jak rychle postupoval. Často můžeme zjistit, že dítě velmi rychle dohnalo vývojové opoždění, které bylo podmíněno především nedostatečnou stimulací v původním prostředí.

■ **Školní anamnéza**

U dětí, které jsou ve školním věku, se zajímáme o průběh pobytu ve školských zařízeních – odebíráme školní anamnézu či tzv. schoralitu. Ptáme se na nástup dítěte do mateřské školy. V kolika letech do školky nastoupilo, jak probíhala adaptace, zda si dítě rychle zvyklo, nebo dlouho plakalo, či odmítalo do mateřské školy chodit. Zajímá nás průběh pobytu, především jak se zařadilo do dětského kolekti-

vu, které činnosti jej zajímaly a které nikoli, jak přijímalo pedagogy, a na druhou stranu, jak paní učitelky dítě hodnotí v porovnání s dětmi ostatními.

Další otázky se týkají nástupu do základní školy. Zjišťujeme, zda se dítě těšilo či nikoliv, jak se zařadilo mezi spolužáky, jak si zvyklo na povinnosti, jaký je pohled vyučujícího na dítě. U dětí na vyšším stupni školní docházky nás zajímá, jak vypadal přechod na druhý stupeň v základní škole, popřípadě na vstup do střední školy.

S rodiči probereme, jakým způsobem svoje dítě vnímají, jak jej vidí po stránce povahové, zkrátka „**jaké je**“, zájmy, silné a slabé stránky dítěte. Neopomineme případné obtíže – bolesti hlavy, břicha, zvracení, špatný spánek, problémy s jídellem, udržování čistoty ve smyslu enurézy či enkoprézy.

Vhodné je udělat si „**snímek dne**“, především u školáků. Ptáme se, kdy ráno vstávají, zda snadno, či neradi, na odchod do školy (především zda se neobjevují obavy, oddalování odchodu či přímo nechuť, popřípadě strach do školy jít). Jakým způsobem má dítě uspořádáno odpoledne, v kolik hodin přichází domů. U mladšího školáka se dozvídáme, jestli navštěvuje družinu, jaký má odpolední program, například kroužky, sportovní aktivity. Kdy se učí, s kým, jak dlouho, jakým způsobem příprava probíhá. Kdy chodí spát, příprava na spánek, usínání, průběh spánku (klidný, neklidný, budí se, případně noční děsy).

Do anamnézy patří také oblast **sociální**; jaké vztahy s ostatními dítě udržuje, zda má kamarády, jaké (mladší, či starší). Můžeme se pozeptat na průběh kontaktů, jestli dítě samo kontakt vyhledává, nebo čeká, až pro něj kamarádi přijdou.

2.4 JAK VYŠETŘENÍ UKONČÍME?

Závěr vyšetření je často nejdůležitější částí práce psychologa. Rodiče od něj očekávají pomoc, radu, ulehčení od svých problémů. Někdy se rozmyšlíme, zda informovat rodiče samotné, nebo zda u sdělování výsledků máme ponechat i dítě. Rozhodnout by se měl psycholog; roli hrají různé okolnosti, např. povaha sdělovaných informací. Někdy je potřebné hovořit s rodiči bez přítomnosti dítěte, například u citlivých otázek rodinného soužití. Mnohdy je naopak vhodnější, aby dítě, hlavně dospívající, slyšelo, o čem s rodiči hovoříme, jak se radíme, a mohlo se samo do řešení problémů zapojit.

Výsledky je třeba sdělovat taktně, ale nelze zamlčet problém, který vidíme. Jestliže dítě při vyšetření „selže“, jeho výsledky se rozcházejí s ostatními informacemi (školy, rodičů), je nezbytné je zvažovat a případně se domluvit i na další návštěvě, abychom dítě nepoškodili. Vždyť jeho selhání může být zaviněno mnoha různými okolnostmi, jako jsou strach z vyšetření, únava, nemoc, nebo jde o úzkostné dítě, které se těžko adaptuje v nové situaci; příčinou může být i osobnost psychologa apod.

Při sdělování závažných informací počítáme s možnými reakcemi rodičů, které se v souvislosti s oznámením nepříznivého faktu objevují. Čím závažnější je informace, tím spíše se můžeme setkat s klasickými reakcemi, jako jsou šok, popření, postupné přijetí a smíření se.

S rodiči pracujeme, dáme jim najevo podporu ve snaze pomoci dítěti, přijmout dítě, důvěřovat v jeho i svoje schopnosti. Nemůžeme jim splnit přání, aby jejich dítě bylo bez obtíží, ale pokusíme se jim nabídnout svoje poznatky, podrobně probereme výsledky, společně hledáme různé varianty řešení. Rodičům zdůrazníme především silné stránky dítěte, které pomohou problém, se kterým k nám rodiče přišli, řešit, ale upozorníme je i na ty stránky, jež jsou jeho stránkami „slabými“ a právě tyto obtíže způsobují. Respektujeme jejich pohled na dítě, v práci je bereme jako partnery.

Mnohé obtíže jsou souhrou celé řady příčin, nestojí pouze na straně dítěte. Zvažujeme všechny okolnosti, které hrají větší či menší roli (širší i užší sociální prostředí v různých aspektech – výchovných, materiálních, stimulačních, osobnost dítěte apod.). Do řešení problémů se pokusíme zapojit rodinu, školu, poradenské pracoviště – vše, co dítě obklopuje a může mu pomoci.

Nedílnou součástí bývá závěrečná zpráva z vyšetření, která by měla kromě výsledků, diagnózy a popisu stavu především obsahovat návrh vhodných opatření a postupů další práce s dítětem. Návrhy opatření jsou zaměřeny podle toho, pro koho je závěrečná zpráva určena – zda pro lékaře, školu, rodiče, sociální pracovníky či jiné instituce (pro školy volíme například informace o tom, jak má být k dítěti přístupováno ve vyučovacím procesu, jiné informace potřebuje lékař). Nesmíme zapomenout na dodržení zákona o ochraně osobních údajů a seznámit rodiče s tím, co vše naše zpráva obsahuje.

Na závěr je nutno poznamenat, že psycholog by si měl být vědom určité nedůvěry, kterou veřejnost k psychologickému vyšetření má (i školská veřejnost mnohdy výsledky vyšetření přijímá jako něco, na co sama pohlíží jinak – „Co mi tu vykládáte, je to lajdák, žádný dyslektik“, můžeme i dnes slyšet z úst některých pedagogů).

3. ZVLÁŠTNOSTI PORADENSTVÍ PRO HENDIKEPOVANÉ

Dosavadní poznatky (Langmeier, 1982) naznačují, že těžce zdravotně hendikepované děti mají významné potíže v oblasti socializace, výchovy, vzdělávání, rodinných podmínek i v dalších oblastech. Tyto děti i jejich rodiny jsou stavěny před řadu otázek, jejichž řešení se pro ně stává významnou zátěží a které v řadě případů nejsou schopné bez odborné intervence zvládnout.

Zdraví je dar nejcennější, kterého si začínáme vážit zpravidla teprve tehdy, když nám chybí. Tím více to platí o zdraví našich dětí, jehož narušení vnímáme intenzivněji. Statistika je neúprosná: 0,5 % dětí je postiženo epilepsií, 0,5 % dětí má příznaky DMO, stále přibývá dětí s nádorovým onemocněním a rodí se stále více dětí s degenerativními chorobami (Langmeier, 1982). Pokrok lékařské vědy umožňuje, že stále více dětí se závažným postižením přežívá. Tyto děti i jejich rodiny jsou stavěny před otázky v dřívější době neexistující, kdy mnohé z těchto dětí umíraly záhy po narození nebo v časném dětství.

Těžce zdravotně postižené dítě představuje vždy velký zdravotní, sociální, ekonomický i etický problém nejen pro rodinu a okolí, ale také pro pedagogy, vychovatele i celou společnost.

Nemocné dítě je třeba léčit a současně je, podle jeho schopností a dovedností, vhodně zapojit jej do společenského života. Nemocné dítě a jeho rodina potřebují pomoc nejen v nejtěžších chvílích, kdy se dovídají o nemoci, ale i pomoc trvalou, založenou na vysoké profesionální odbornosti a hluboké lidskosti.

Stanovením diagnózy a jejím sdělením rodině se stává pacientem v širším slova smyslu celá rodina. Tím, kdo je ohrožen stejně jako dítě, je i matka a ostatní nejbližší rodina jako celek. Problémem není pouze stanovit diagnózu včas a správně, ale na základě poznání stavu rodiny jako celku promyslet, kdy a jak tuto diagnózu rodině sdělit a zejména pak, jak s taktó signovanou rodinou pracovat, aby co nejrychleji překonala počáteční krizi a co nejlépe se zařadila do běžného života.

Všechny zdravotně postižené děti a jejich rodiny sdílejí některé obecné zátěže a reagují na ně v určitém smyslu podobně. Poznání těchto zátěží je hlavním předpokladem kvalifikované psychologické intervence.

Stále častěji je nutno řešit řadu otázek týkajících se výchovy, vzdělávání, rodinných podmínek i postojů společnosti k nemocným dětem. V mnoha případech pokroky vědy ještě zvyšují zátěže, jímž jsou děti i jejich rodiny vystaveny – musí se podrobovat mnoha léčebným vyšetřením a chirurgickým procedurám, často velmi nepříjemným. Děti bývají odlučovány od svých rodin při opakované hospitalizaci, jejich stav často vyžaduje přijetí do profesionálních zařízení disponujících složitými aparaturami.

Roste i tlak společnosti na výkony všech členů. Očekává se, že budou dosahovat vyšší úrovně vzdělání a osvojí si dovednosti pro stále náročnější požadavky nových profesí, což je pro mnohé cíl velmi obtížný a v řadě případů zcela nedosažitelný.

Nejen nemocné děti samy, ale i jejich rodiny žijí pod zvýšenou zátěží. Vysoká zaměstnanost matek, požadovaná často nejen pro zvýšení životní úrovně rodiny, ale i z důvodů seberealizace ženy, představuje v případě dětí, vyžadujících zvláštní léčebnou péči, přídatný stres.

Dalším faktorem, který ztěžuje přizpůsobení nemocného dítěte a jeho rodiny, je stále složitější organizace zdravotnických služeb, kdy o dítě pečuje celá řada specialistů, což ztěžuje navázání důvěrnějších kontaktů.

Předpokladem pro plánování i realizaci adekvátní pomoci rodinám s postiženým dítětem je poznání, jakým konkrétním zátěžím, se kterými musíme počítat v určitých specifických situacích některých onemocnění, jsou vystaveny.

3.1 NEJDŮLEŽITĚJŠÍ PSYCHOLOGICKÉ POZNATKY O TĚŽCE ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÝCH DĚTECH A JEJICH RODINÁCH

Podle Langmeiera (1982) jsou dnes jsou rozlišovány pojmy „poškození“ (impairment), „omezení schopností“ či „nezpůsobilost“ (disability) a „hendikep“.

Poškození jako ztráta či abnormalita anatomických struktur a fyziologických funkcí může, ale nemusí být provázena omezením schopnosti vykonávat normální činnosti.

Hendikep pak vyplývá z poškození nebo nezpůsobilosti a je charakterizován neshodou mezi výkony jedince a jeho individuálním očekáváním nebo očekáváním jeho skupiny. Dotýká se tedy bezprostředně hodnoty jedince v jeho sociálním prostředí – jak svou situaci vnímá on sám i okolní společenství. Někteří autoři proto razí termín „situační hendikep“, jiní poukazují na sociokulturní hendikepy u dětí, na které společnost pro jejich omezené výkony či chování kriticky pohlíží a které tedy sama hendikepuje.

Podle základního omezení se postižení dělí na somatické a mentální. Hendikep souvisí na jedné straně se stupněm omezení výkonů, na straně druhé s nároky společnosti. Jinak ovlivní život dítěte a jeho rodiny těžké omezení, které mu znemožňuje angažovat se v rozhodujících aktivitách typických pro jeho věk, jinak mírné omezení, kdy jsou možnosti k významným činnostem pouze redukovány.

V péči o nemocné děti se prosazuje stále více „psychosociální“ pojetí, které přihlíží k vývoji každého jednotlivce v jeho jedinečném psychologickém a sociálním kontextu. V praxi to znamená, že je nutno přihlížet nejen k tomu, o jaké onemocnění se jedná, jaké jsou jeho příčiny a příznaky, ale i k tomu, v jaké vývojové etapě bylo dítě postiženo, jak nemoc prožívá, jaké jsou postoje rodiny a širšího okolí apod.