



evropský  
sociální  
fond v ČR



EVROPSKA UNIE



MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ,  
MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY



OP Vzdělávání  
pro konkurenceschopnost



UNIVERSITAS  
OSTRAVIENSIS

INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

TENTO PROJEKT JE SPOLUFINANCOVÁN EVROPSKÝM SOCIÁLNÍM FONDEM A STÁTNÍM ROZPOČTEM ČESKÉ REPUBLIKY.

# PSYCHOPEDIE 1

PETR FRANIOK



PODPORA TERCIÁRNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ  
STUDENTŮ SE SPECIFICKÝMI  
VZDĚLÁVACÍMI POTŘEBAMI  
NA OSTRAVSKÉ UNIVERZITĚ V OSTRAVĚ

CZ.1.07/2.2.00/29.0006

OSTRAVA 2014

**Studijní opora je jedním z výstupu projektu ESF OP VK.**

<b>Číslo Prioritní osy:</b>	7.2
<b>Oblast podpory:</b>	7.2.2 – Vysokoškolské vzdělávání
<b>Příjemce:</b>	Ostravská univerzita v Ostravě
<b>Název projektu:</b>	Podpora terciárního vzdělávání studentů se specifickými vzdělávacími potřebami na Ostravské univerzitě v Ostravě
<b>Registrační číslo projektu:</b>	CZ.1.07/2.2.00/29.0006
<b>Délka realizace:</b>	6.2.2012 – 31.1.2015
<b>Řešitel:</b>	<u>PhDr. PhDr. Martin Kaleja, Ph.D.</u>

**Tento projekt je spolufinancován Evropským sociálním fondem a státním rozpočtem České republiky.**

**Název:** Psychopedie 1  
**Autor:** Doc. PaedDr. Petr Franiok, Ph.D.

Studijní opora k inovovanému předmětu: *Psychopedie 1(SPSP1)*

Jazyková korektura nebyla provedena, za jazykovou stránku odpovídá autor.

**Recenzent:** *Doc. PaedDr. Miroslava Bartoňová, Ph.D.*  
*Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta, katedra speciální pedagogiky*

© Doc. PaedDr. Petr Franiok, Ph.D.  
© Ostravská univerzita v Ostravě  
ISBN 978-80-7464-645-4

## POUŽITÉ GRAFICKÉ SYMBOLY



Průvodce studiem



Cíl kapitoly



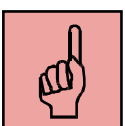
Klíčová slova



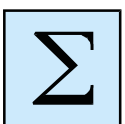
Čas na prostudování kapitoly



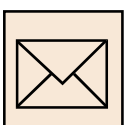
Kontrolní otázky



Pojmy k zapamatování



Shrnutí



Korespondenční úkol



Doporučená literatura



Řešený příklad



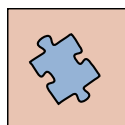
Otázky k zamyšlení



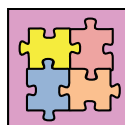
Část pro zájemce



Úlohy k textu



Testy a otázky



Řešení a odpovědi

## Obsah

Slovo úvodem .....	7
1 Psychopedie jako speciálně pedagogická subdisciplína .....	9
1.1 Charakteristika psychopedie.....	10
1.2 Základní terminologie v psychopedii.....	12
1.3 Psychopedie a její zařazení v systému věd .....	15
<i>Shrnutí kapitoly</i> .....	16
2 Etiologie mentální retardace a mentálního postižení .....	19
2.1 Endogenní příčiny .....	20
2.2 Exogenní příčiny.....	22
<i>Shrnutí kapitoly</i> .....	24
3 Základní klasifikace mentální retardace, mentálního postižení.....	27
3.1 Klasifikace mentálního postižení podle typu .....	29
3.2 Klasifikace mentálního postižení podle stupně postižení.....	30
3.3 Charakteristika stupňů mentálního postižení.....	32
<i>Shrnutí kapitoly</i> .....	36
4 Specifika v klasifikaci mentálního postižení .....	39
4.1 Specifické místo hraničního pásma .....	40
4.2 Kombinované postižení .....	41
4.3 Poruchy autistického spektra .....	45
<i>Shrnutí kapitoly</i> .....	45
5 Edukační realita žáků s mentálním postižením .....	49
5.1 Cíl a možnosti integrace/inkluze osob s mentálním postižením.....	50
5.2 Význam speciálního školství v 21. století.....	54
5.3 Výchovně vzdělávací péče o děti s kombinovaným postižením.....	57

<i>Shrnutí kapitoly</i> .....	59
-------------------------------	----

## Slovo úvodem

Předložená studijní opora je určena jako studijní materiál studentům prezenční i kombinované formy studia studijního oboru Speciální pedagogika, kteří absolvují předmět Psychopedie 1. Text obsahuje **základní poznatky** z vícerých oblastí psychopedické problematiky, definuje **klíčové termíny** a podává **elementární informace** nezbytné pro orientaci v dané oblasti. Tvoří tak **teoretickou základnu** i **ucelenou strukturu** jednotlivých témat, se kterými se student bude v průběhu výuky setkávat.

Jednotlivé kapitoly mají velmi podobnou strukturu, v úvodu studenta seznamují s cílem dané kapitoly, resp. s tím, co se v ní student dozví a čeho by měl být po jejím prostudování schopen. Dále každá z kapitol nabízí klíčová slova, řadu úkolů, kontrolních otázek i otázek k zamyšlení, v neposlední řadě také shrnutí či citovanou odbornou literaturu vážící se k dané problematice.

Na tomto místě je třeba zdůraznit, že předkládaná studijní opora představuje pouze jakýsi **základní vhled** do základního paradigmatu psychopedické problematiky, teoreticko epistemologických východisek, nejednoznačné etiologie intelektových poruch, klasifikace mentálního postižení a je potřeba ji takto pojímat. Autorovi textu jde primárně o nasměrování studenta v rámci otázek a úkolů. Cílem je rovněž nasměrování studenta na další studijní prameny, nicméně záleží na studentově aktivitě a zájmu informace z tohoto textu doplňovat a prohlubovat pomocí jiných odborných zdrojů.

### Po prostudování textu budete znát:

- charakteristiku psychopedie jako speciálně pedagogické subdisciplíny, její cíle a úkoly
- epistemologická východiska a souvislosti současné psychopedie
- obecnou charakteristiku osob s mentálním postižením
- charakteristiku základního pojmu mentální retardace a mentální postižení

- získáte vhled do etiologie jednotlivých druhů mentálního postižení
- klasifikaci a charakteristiku jednotlivých druhů mentálního postižení
- klasifikaci a charakteristiku jednotlivých stupňů mentálního postižení
- psychické zvláštnosti osob s mentálním postižením
- postoje společnosti k osobám s mentálním postižením
- získáte základní vhled do problematiky kombinovaných postižení
- získáte základní vhled do problematiky pervazivních vývojových poruch

### **Získáte:**

- základní orientaci v psychopedické problematice
- orientaci v historických přístupech k výchově a vzdělávání osob s mentálním postižením
- přehled o nejčastějších příčinách mentálního postižení
- základní vhled do diagnostiky mentálního postižení
- přehled o druzích a stupních mentálního postižení a jejich projevech



## 1 Psychopedie jako speciálně pedagogická subdisciplína



### *Cíl kapitoly*

Po nastudování této kapitoly byste měli být schopni:

- charakterizovat speciálně pedagogickou subdisciplínu psychopedii
- vymezit její cíle a úkoly
- zařadit ji do systému věd a popsat vztahy s jinými vědními obory
- charakterizovat posun v paradigmatu speciální pedagogiky



### *Klíčová slova*

Psychopedie, osoba s mentálním postižením, filozofická a historická východiska, terminologická východiska, legislativní východiska, integrace a inkluze



### *Průvodce studiem*

Studium této kapitoly není časově náročné, neboť jste se již v rámci studia speciální pedagogiky seznámili s některými dalšími jejími subdisciplínami. Základní poznatky z těchto disciplín můžete snadno aplikovat také na oblast teorie a praxe výchovy a vzdělávání osob s mentálním postižením, protože cíl psychopedie, stejně jako v případě ostatních součástí, vychází z hlavních cílů speciální pedagogiky a naplňuje rovněž stejné cíle, úkoly s ohledem na osoby, které především pro své mentální postižení mají speciální vzdělávací potřeby.



### *Čas na prostudování kapitoly*

Na zvládnutí této kapitoly budete potřebovat asi 5 hodin.

## 1.1 Charakteristika psychopedie

Jak již bylo výše uvedeno, psychopedie je jedna ze **speciálně pedagogických subdisciplín**. Pokud se ji pokusíme charakterizovat, musíme nutně vyjít z faktu, že se jedná o pedagogickou disciplínu a jejím primárním zaměřením tak musí být **výchova a vzdělávání**. V odborných pramenech nalezneme řadu charakteristik psychopedie, některé rozsáhlejší, některé méně, výchova a vzdělávání je však jejich společným jmenovatelem. To, na koho se pak tato disciplína v rámci edukačního procesu zaměřuje poznáme z etiologie názvu samotného. Ten vznikl ze starořeckého **psyché** – duše (volněji přeloženo) a dalšího starořeckého slova **paidea** – výchova. Cílovou skupinou jsou tedy **osoby s postižením mentálním**, byť musíme uvažovat i širší kontext významu.

Na následujících řádcích uvádím dvě charakteristiky psychopedie, které se v pramenech vyskytují. Např. ve velmi dobře dostupném pramenu, kterým je Pedagogický slovník a Pedagogická encyklopedie (Průcha a kol., 2009, s. 712) říká, že „**Psychopedie je jeden z oborů speciální pedagogiky, který se zabývá rozvojem, výchovou a vzděláváním osob s mentálním postižením.**“ Valenta a kol. (2014, s. 21) uvádí **psychopedii jako speciálně pedagogickou disciplínou s určitým přesahem ve prospěch multidisciplinarity, zabývající se výchovou, vzděláváním a rozvojem osob s mentálním a duševním postižením a snahou o jejich plné začlenění (edukativní, pracovní, sociální) do společnosti**. Za osobu s mentálním postižením pak, zcela v souladu se současnými speciálně pedagogickými tendencemi, považujeme jedince v jakémkoliv věku s postižením mentálním jakéhokoliv stupně a etiologie. Terminologií se budeme zabývat na jiném místě tohoto textu, již nyní však pokládáme za nutné zdůraznit, že termín „osoba s mentálním postižením“ v sobě zahrnuje jak jedince s lehkým mentálním postižením, tak jedince s těžkým a hlubokým mentálním postižením. Etiologická diverzita může, ale nutně nemusí mít dopad na život těchto osob v období, dětství, dospívání, dospělosti. Vedle termínu mentální postižení je v češtině hojně používán další pojem (do češtiny přejatý z anglického jazyka), a to mentální retardace. Pro určité zjednodušení lze s určitou mírou tolerance na úvod konstatovat, že jde o pojmy

v češtině chápané jako synonymní (souznačné), byť v současném zejména anglosaském světě se již poměrně striktně dbá na jejich etymologické rozlišení. Termín mentální retardace je spíše vyhrazen pro užší vztah k etiologii postižení.

Jestliže v současné době hovoříme o psychopedii jako o samostatné speciálně pedagogické disciplíně, je nutné si uvědomit, že tomu tak nebylo vždy. Samotný název psychopedie se objevuje v české (československé) speciální pedagogice v padesátých letech 20. století. Nicméně problematikou výchovy a vzdělávání osob s mentálním postižením se zabývali odborníci, lékaři, psychologové, pedagogové v českých zemích již od 70. let 19. století. Širší vědecký základ dostává bádání o osobách s mentálním postižením (osobách slabomyslných - řečeno dobovou terminologií) až od druhého desetiletí 20. století. Problematika osob s mentálním postižením byla vnímána v československém kontextu dvacátých a třicátých let 20. století jako zcela zásadní pro nově se rozvíjející obor pedopatologie (tehdejší termín pro obor speciální pedagogika).

Nutná je zmínka o další zvláštnosti pojednávaného speciálně pedagogického oboru v Československu ve 2. polovině 20. století. Etopedie jako relativně samostatná součást speciální pedagogiky se vyčlenila právě z psychopedie v roce 1969. Od konce 20. století se rovněž setkáváme s novým názvem oboru. V zahraničních i v některých českých pramenech bývá označován jako (speciální) pedagogika mentálně postižených.

Z dnešního pohledu je zřejmé, že třebaže psychopedie je v zásadě konstituující disciplínou speciální pedagogiky, musíme v současnosti nahlížet na osoby, které jsou předmětem jejího zájmu, multidisciplinárně. Multidisciplinární přístup se uplatňuje v průběhu celého života osob, které jsou předmětem zájmu psychopedie.

## 1.2 Základní terminologie v psychopedii

V současné době je psychopedická terminologie ne zcela jednotná, což ztěžuje orientaci v této problematice. Jak už bylo výše uvedeno, za základní termíny je nutné považovat „mentální **postižení**“ či „**osoba / dítě / žák s mentálním postižením**“, a to primárně proto, že zahrnuje všechny varianty mentálního postižení, resp. všechny osoby s různou mírou postižení intelektu. Další ve speciálně pedagogické teorii a praxi používané termíny (zrovna tak i v tzv. spolupracujících oborech), které však již vyjadřují míru či stupeň mentálního deficitu – postižení. Pojem mentální postižení je používán v české psychopedii jako základní odborný termín v průběhu 90. let 20. století. V rovině čistě odborné bylo jeho používání v podstatě přejato z angličtiny. V současnosti je chápán jako pojem „zastřešující“, všeobecný. Podstatně delší historii má pojem, který mu předcházel (zejména v západoevropských zemích a v USA), a to pojem **mentální retardace**. Tento pojem je z etiologického hlediska vymezen poněkud přesněji než pojem mentální postižení.

Pojem mentální retardace znamená v překladu opožděnost rozumového vývoje (latinsky mens - mysl, rozum a retardace – opožděnost nebo retardare – opožďovati se) a byl přijat z mezinárodní nomenklatury podle návrhu Světové zdravotnické organizace v roce 1959. Mentálně postižení tvoří jednu z nejpočetnějších skupin mezi všemi zdravotně postiženými. Absolutní počet mentálně retardovaných v naší populaci není znám. Uvádí se, že mentální retardací je postiženo asi 3 % občanů. (Švarcová, 2000, s. 32). Vedle toho uvádí Švarcová, že výskyt dětí školního věku, kteří se jeví jako intelektově podprůměrní, se pohybuje kolem 15 %.

Na mentální retardaci (mentální postižení) se nazíralo v minulých desetiletích z různých úhlů pohledu. Při nazírání na mentální retardaci do konce padesátých let našeho století jednoznačně dominovalo nazírání zdůrazňující diferenciaci ve výši inteligenčního kvocientu. Teprve šedesátá léta a s nimi spojená, zejména v USA a v západní Evropě probíhající, kritika některých psychologických a psychometrických metod, uplatňovaných při stanovení inteligenčního kvocientu, přinesla posun v definování tohoto termínu. V současné době se v chápání pojmu mentální

retardace přece jen vyskytují jemnější difference, zejména vezmeme-li v úvahu chápání tohoto pojmu v jednotlivých vědních oborech.

V odborné literatuře (Beirne-Smith in Černá, 1995, Matulay, 1986, Švarcová, 2000, Valenta, 2003) často nacházíme termíny oligofrenie, slabomyslnost, mentální subnormalita, mentální postižení, mentální zaostalost, mentální defektnost, rozumová či duševní vada aj. V české psychopedii se v současné době užívá termín jedinec s mentální retardací nebo jeho synonymum jedinec s mentálním postižením. Samotný syndrom je pak označován jako mentální retardace či mentální postižení.

Novodobé tendence se odrazily i v terminologii "osoby s postižením". Tímto pojmenováním tedy zdůrazňujeme, že mentálně postižení jsou především lidské bytosti, osobnosti a teprve na druhém místě postižení. Současná speciální pedagogika v zemích Evropské unie převzala původní anglosaskou terminologii, aby zdůraznila nezbytnost výchovy a vzdělávání pro všechny osoby s mentálním postižením, a proto je označuje jako jedince se speciálními potřebami ve výchově a vzdělávání. Tímto způsobem nahlíží na jedince a následně žáky s mentální retardací rovněž nová školská legislativa – zákon o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon) č. 561/2004 Sb., částka 190.

Mentální retardace je stav charakterizovaný především celkovým snížením intelektových schopností, který vzniká v průběhu vývoje jedince a je ovlivňován mnohými faktory. Jsou mezi nimi faktory biologické, psychické a sociální (Beirne-Smith in Franiok, 2007). Pod pojmem mentální retardace rozumíme opoždění nebo narušení normálního vývoje dítěte, a to po stránce rozumové, přičemž se mohou vyskytovat poruchy smyslového a pohybového ústrojí i poruchy chování. Obtíže v základním teoretickém pojetí mentální retardace zobrazuje různorodost termínů a definic (Beirne-Smith in Franiok, 2007).

Samotný syndrom je nejčastěji označován jako mentální retardace. V literatuře nacházíme také termíny oligofrenie, slabomyslnost, subnormalita, mentální postižení, mentální zaostalost, rozumová či duševní vada aj., které nemusí mít vždy

totožný obsah (Dolejší, 1978, s.22). Jejich vymezení souvisí se stanovením definice mentální retardace.

Dříve se v naší literatuře užíval termín „oligofrenie“ (z řeckého oligo – málo, phren – duše) a „slabomyslnost“. Pojmy oligofrenie a slabomyslnost jsou vymezeny podle Defektologického slovníku (Edelsberger, 2000) jako nedostatečnost či defektnost psychických funkcí, která je nejvýraznější a vzniká v útlém dětství, na rozdíl od demence, která vzniká později. Pojmy oligofrenie a slabomyslnost pak používají ve stejném významu. Naproti tomu Sovák (1980) rozlišuje pojmy slabomyslnost, oligofrenie a demence. Slabomyslnost chápe jako pojem obsahově širší, který zahrnuje jak oligofrenii, tak demenci. Přitom termín oligofrenie používá tam, kde k opoždění duševního vývoje došlo na podkladě dědičném a familiárním, termín demence tam, kde slabomyslnost byla získána v důsledku poškození mozku různého druhu.

V psychopedické literatuře existuje velké množství definic mentální retardace, které je možno uspořádat podle vyjádřeného nebo zdůrazněného faktoru, eventuálně hlediska, které je autorem definice považováno za základní, za nejdůležitější.

K dalšímu objasnění pojmu mentální retardace uvádíme některé z mnoha dalších charakteristik:

Mentální (vyvozeno z řečtiny) znamená ve volnějším překladu myšlenkový, rozumový, duševní, existující v myšlenkách. Mentální retardace je tedy rozumové zpoždění. U mentálně retardovaných se jedná o zpoždění, spíše však (minimálně v některých případech) o zmenšení, snížení rozumových, intelektových schopností.

Mentální retardace je souhrnně řečeno stav charakterizovaný celkovým snížením intelektových schopností, který vzniká v průběhu života jedince. Projevuje se sníženou schopností orientovat se v životním prostředí, omezenými možnostmi vzdělání a sníženou sociální přizpůsobivostí (Průcha, Walterová, Mareš, 1998). Mentální retardace je jistým omezujícím a limitujícím faktorem v rozvoji osobnosti každého mentálně postiženého jedince (Kvapilík, 1990 in Černá, 1995).

Za mentálně postižené (retardované) považuje Iva Švarcová (Švarcová, 2000, s. 24) takové jedince (děti, mládež i dospělí), u nichž dochází k zaostávání vývoje rozumových schopností, k odlišnému vývoji některých osobnostních vlastností a u nichž se projevují obtíže v navazování sociálních kontaktů, poruchy v adaptačním chování.

Mentální retardace podle definice Ličkovy znamená stav zastaveného, opožděného nebo neúplného vývoje intelektu, který charakterizuje především podprůměrná inteligence (Ličko, 1983 in Černá, 1995).

Pod označením mentální retardace rozumíme opožděný nebo poškozený celkový normální rozvoj dítěte, a to po stránce rozumové, přičemž se velmi často vyskytují poruchy pohybové a je narušené celkové chování (Matulay, 1986).

Mentální retardace není nemoc, je to spíše stav charakterizovaný celkovým snížením intelektových schopností, který vzniká v průběhu vývoje jedince a je obvykle provázen poruchami adaptace. Nedostatek v adaptaci na prostředí souvisí také se zpomaleným, zaostávajícím vývojem, s omezenými možnostmi vzdělávání a s nedostatečnou sociální přizpůsobivostí (Černá a kol., 1995, s. 13). Uvedené příznaky mohou mít různou intenzitu a mohou se projevovat samostatně nebo ve vzájemných kombinacích.

### 1.3 Psychopedie a její zařazení v systému věd

Psychopedie je od konstituování české a československé speciální pedagogiky její samostatnou disciplínou, nestojí však ve vědním systému izolovaně. Vzhledem ke komplikovanosti mentálního postižení musí zákonitě spolupracovat s mnoha jinými vědními obory a zdaleka zde nemáme na mysli pouze obory humanitní. Na prvním místě je nutné uvést **obecnou pedagogiku** a její obory (např. **srovnávací pedagogika, didaktika, metodika předmětů** apod.), které mají k psychopedii nejbližší. Vychází ze stejných výchovně vzdělávacích cílů, metod a postupů, byť aplikovaných na oblast výchovy a vzdělávání osob s mentálním postižením. Zvláště

v současné době, kdy jsou v popředí speciální pedagogiky integrační či inkluzivní tendence a možnost výchovy a vzdělávání osob s postižením není jen zvažována, ale v pedagogické praxi již poměrně často realizována, je toto spojení aktuální a velice důležité. Dále psychopedie úzce spolupracuje s **psychologií** (obecnou, vývojovou, pedagogickou a zejména s psychopatologií), a to převážně v oblasti základních psychických procesů (myšlení, paměti, učení, vnímání, pozornosti) či v oblasti poznatků o struktuře osobnosti. Psychoped zákonitě musí mít o psychických procesech základní poznatky, neboť u mentálně postižených nabývají zcela specifických charakteristik, stejně tak mentální retardace značně ovlivňuje samotnou osobnost jedince. Psychopedie také spolupracuje s ostatními **speciálně pedagogickými subdisciplínami**, a to převážně v oblasti kombinovaných vad (např. smyslová postižení, tělesná postižení, poruchy autistického spektra). Značně frekventované vztahy však má psychopedie s **logopedií**, a to v oblasti narušení komunikačních schopností, které s sebou mentální retardace často přináší. Aktuální je také spolupráce s **etopedií**, neboť skupinu osob s mentálním postižením můžeme považovat za rizikovou z hlediska působení sociopatologických společenských jevů. Mentálně postižené osoby jsou značně znevýhodněny pro své odlišnosti ve vnímání v přístupu k informacím, mohou se stávat oběťmi šikany, méně často vystupují také v roli agresora. Dalším oborem, se kterým psychopedie úzce spolupracuje je **sociologie**, a to převážně v problematice postavení minority mentálně postižených ve většinové (majoritní) společnosti, vztahů mezi těmito dvěma skupinami. Z dalších vědních oborů je potřeba uvést medicínu. Z oblasti lékařských oborů pak jsou v případě psychopedie nejčastěji zapotřebí poznatky z pediatrie, psychiatrie (zejména dětské psychiatrie) a neurologie.



### ***Shrnutí kapitoly***

Psychopedie je speciálně pedagogickou disciplínou, zabývající se výchovou, vzděláváním a rozvojem osob s mentálním postižením a snahou o jeho plné



začlenění (pracovní, sociální) do společnosti. Název oboru vznikl z řeckého psyché – duše a starořeckého paidea – výchova. I když je psychopedie od padesátých let 20. století v Československu a česku samostatnou speciálně pedagogickou disciplínou, nestojí izolovaně, ale je zařazena do vědního systému v rámci něhož spolupracuje hlavně s pedagogikou, psychologii, sociologií, ostatními subdisciplínami speciální pedagogiky a medicínskými obory.



**Kontrolní otázky a úkoly:**

1. Definuj psychopedii jako speciálně pedagogickou subdisciplínu. Uveď, co je jejím primárním úkolem a cílem.
2. Od kterého období je psychopedie samostatnou speciálně pedagogickou disciplínou a proč k jejímu osamostatnění došlo?
3. Se kterými vědními obory nejčastěji psychopedie spolupracuje? Spolupráci stručně popiš a uveď konkrétní příklady.



**Úkoly k textu**

1. Vyhledej v odborné literatuře další definice psychopedie. Proveď srovnání s definicemi uvedenými v textu.
2. Definuj medicínské a psychologické obory uvedené v textu a charakterizuj spolupráci mezi nimi a psychopedií.



**Citovaná a doporučená literatura**

ČERNÁ, M., STEJSKAL, B. A KOL. *Kapitoly z psychopedie*. Praha: Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy, 1995. ISBN 80-7066-899-7.

ČERNÁ, M. *Česká psychopedie*. Praha: Karolinum, 2008. ISBN 978-80-2461-565-3.

EDELSBERGER, L. A KOL. *Defektologický slovník*. Jinočany: H+H, 2000. ISBN 80-86022-76-5.

FRANIOK, P. *Vzdělávání osob s mentálním postižením*. 2. vydání. Ostrava: Ostravská univerzita – PedF, 2007. ISBN 80-7368-274-5.

PRŮCHA, J. A KOL. *Pedagogický slovník*. Praha: Portál, 1995. ISBN 80-7178-029-4.

PRŮCHA, J. A KOL. *Pedagogická encyklopedie*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-546-2.

SOVÁK, M. *Nárys speciální pedagogiky*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1980.

VALENTA, M. A KOL. *Přehled speciální pedagogiky*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0602-6.

## 2 Etiologie mentální retardace a mentálního postižení



### ***Cíl kapitoly***

Po nastudování této kapitoly byste měli být schopni:

- charakterizovat základní rozvětvení příčin mentální retardace
- vymezit období, kdy může dojít k počátku poškození vedoucího k mentální retardaci
- charakterizovat jednotlivé příčiny, které se sehrávají důležitou roli ve vývoji osob s mentálním postižením
- vystihnout rozdíly mezi nimi
- charakterizovat současné tendence ve výzkumu etiologie mentálního postižení



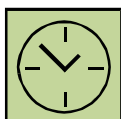
### ***Klíčová slova***

Etiologie, endogenní faktory, exogenní faktory



### ***Průvodce studiem***

Studium této kapitoly je poměrně náročné. Budeme se v ní věnovat historii a zejména současným poznatkům z oblasti příčin vzniku mentální retardace, mentálního postižení. Na závěr shrneme současné trendy ve výkladu příčin mentální retardace. Není nutně zapotřebí věnovat příliš pozornosti detailům, ale spíše si všimnout základních tendencí, které s příčinami mentálního postižení souvisejí.



### **Čas na prostudování kapitoly**

Na zvládnutí této kapitoly budete potřebovat asi 9 hodin.

Přestože u jedinců s mentálním postižením se v minulosti zkoumaly a v současné době zkoumají nejrůznější možné vlivy biologické a sociální, nelze určit příčiny mentální retardace jednotně a jednoznačně pro jejich značnou symptomatologickou variabilitu, kvalitativní a kvantitativní rozdíly v mentálním deficitu.

Mentální retardace, jak již bylo řečeno, není nemoc, je to spíše stav. Společenský status intelektově postižených lidí (dětí, mládeže i dospělých) je nižší než u jiných skupin postižení. Hlavně v posledních letech je ve světě uplatňována snaha o jejich maximální integraci do společnosti intaktních lidí (Franiok, Kysučan, 2002). Celá oblast intelektových poruch, mentálních retardací je značně rozmanitá. Jejich etiologií, diagnostikou, terapií i prevencí se zabývá hned několik medicínských oborů (genetika, pediatrie, psychiatrie, neurologie), dále kliničtí a poradenští psychologové. Vedle vlastních rodin s mentálně postiženými tráví nejvíce času další lidé. Na jejich socializaci podílejí ve značné míře speciální pedagogové ve funkcích učitelů, vychovatelů a odborných terapeutických pracovníků ve speciálně pedagogických centrech, pedagogicko-psychologických poradnách a dalších podobných zařízeních.

Mentální postižení (mentální retardace) může být způsobeno jak příčinami endogenními - vnitřními, tak příčinami exogenními – vnějšími (Matulay, 1986, s.31).

## **2.1 Endogenní příčiny**

Vnitřní příčiny jsou zakódovány již v systémech pohlavních buněk (sperme a vajíčka), jejichž spojením vzniká nový jedinec, jsou to příčiny genetické. Dědičně podmíněné postižení vzniká na základě poruchy ve struktuře nebo funkci genetického aparátu. Do této kategorie patří genové či chromozomální postižení. Když si při oplodnění s sebou spermie nebo vajíčko přinese chromozom navíc, dochází k poruše a vzniku syndromů. Dnes je jich známo sto. Nejznámější z chromozomálních aberací je Downův syndrom, který vzniká v důsledku nadbytečného 21. chromozomu (trisomie) a často bývá doprovázen vyšším věkem matky. Větší riziko nesou ženy – matky starší 35 let.

V posledních dvaceti letech hojně se rozvíjející medicínská oblast prenatalní diagnostiky už dnes není pro české matky neznámým pojmem. Atypický výsledek testu krve těhotné ženy je zapotřebí dále biochemicky zkoumat. Při podezřelém screeningu následuje podrobné vyšetření rodinné anamnézy s cílem zjistit, zda se nevyskytuje v příbuzenstvu nějaké dědičné onemocnění. Riziko stoupá s vyšším věkem matek. Běžná diagnostika, vyšetření ultrazvukem, se doplňuje o metody invazivní prenatalní diagnostiky – genetické vyšetření plodu. Provádí se odběr plodové vody, buněk z placenty nebo krev z pupečníku drobným vpichem do břišní stěny matky. Tím ovšem může být porušena integrita těhotenství, ale reálné číslo potratů v těchto případech uvádí Centrum prenatalní diagnostiky v Brně mezi 0,25 – 0,50 % případů.

Odlišný počet chromozomů způsobuje 10 – 15 % závažných vrozených vad. Naprostá většina z nich je však způsobena multifaktoriálně (v některých rodinách častější rozštěpové vady, nedostatek vitaminů - zejména kyseliny listové). V případech, kdy je postižení dítěte neslučitelné se životem (těžká srdeční vada, těžké postižení hlavičky – mozek tzv. obnažen) se naprostá většina žen rozhoduje pro přerušování těhotenství (interrupci) do možného 24. týdne těhotenství. V České republice již 95 % těhotných žen využívá systému prenatalní péče. Ultrazvukové vyšetření ve 12. týdnu těhotenství dokáže odhalit většinu fyziologických i anatomických vad s 90 % úspěšností.

„Další typickou kategorií je polygenním způsobem dědičné snížení dispozic k rozvoji mentálních schopností. Takto postižení jedinci mají malý počet funkčních genů, potřebných pro rozvoj inteligence. V tomto případě bývají obdobně postiženi i rodiče a sourozenci“ (Vágnerová, 1999, s.147).

## 2.2 Exogenní příčiny

Vnější činitelé, kteří mohou způsobit mentální retardaci, působí od početí, v průběhu celé gravidity, porodu, poporodního období, v raném dětství i v dospělosti.

Exogenní faktory mohou, ale nemusí být bezprostřední příčinou poškození mozku. Mohou také hrát činitele, který „spouští“ projevy zakódované patologie dědičnosti nebo modifikují její průběh.

O exogenních příčinách můžeme také uvažovat z hlediska jejich časového působení. Z tohoto pohledu rozlišujeme příčiny prenatální (působí od početí do narození), perinatální (působí těsně před, během a těsně po porodu) a postnatální (působící po narození do věku 2 let – domluvená věková hranice).

Prostřednictvím organismu matky, který je primárním prostředím plodu, mohou v období těhotenství působit i faktory poškozující normální vývoj dítěte. Mohou to být vlivy fyzikální (např. ionizující záření), chemické (např. některé léky, alkohol nebo jiné drogy) a biologické (např. virové a mikrobiální teratogeny). Typickým příkladem teratogenu je virus zarděnek, který naruší vývoj embrya v několika oblastech.

K poškození může dojít i při porodu, např. vlivem nedostatku kyslíku (asfyktický syndrom) nebo mechanickým stlačením hlavičky, při kterém dochází ke krvácení do mozku.

Je možné i postnatální poškození mozku, které má za následek globální narušení vývoje rozumových schopností.

Švarcová (2000) uvádí nejčastější příčiny mentální retardace:

### 1) Následky infekcí a intoxikací:

- prenatální infekce (např. zarděnková embryopatie, kongenitální syfilis)
- postnatální infekce (např. zánět mozku)
- intoxikace (např. toxemie matky, otrava olovem)
- kongenitální toxoplazmóza

### 2) Následky úrazů nebo fyzikálních vlivů:

- mechanické poškození mozku při porodu (např. novorozenecká hypoxie)
- postnatální poranění mozku nebo hypoxie

3) Poruchy výměny látek, růstu, výživy: např. mozková lipoidóza, hypothyreóza – kretenismus, fenylketonurie, glykogenózy a další

4) Makroskopické léze mozku (např. novotvarem, degenerací, postnatální sklerózou)

5) Nemoci a stavy způsobené jinými a nespecifickými prenatálními vlivy. Např.: vrozený hydrocefalus, mikrocefalie, kraniostenóza a další

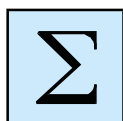
6) Anomálie chromozomů (např. Downův syndrom)

- 7) Nezralost (stavy při nezralosti bez uvedení jiných chorobných vlivů)
- 8) Vážné duševní poruchy
- 9) Psychosociální deprivace: (stavy se snížením intelektu vlivem nepříznivých sociokulturních podmínek)
- 10) Jiné a nespecifické etiologie.

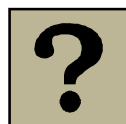
Následky poškození mozku, bez ohledu na příčiny, čas a patologicko-anatomický charakter postižení, se obvykle označují jako encefalopatie.

Výzkum příčin mentální retardace není zdaleka ukončen. Jeden z nejvýznamnějších autorů prací o mentální retardaci, K. Matulay (1986), uvádí, že všechny dosud známé i předpokládané příčiny mentální retardace vyvolávají necelou čtvrtinu této poruchy. Až 80 % případů mentální retardace, převážně v pásmu lehkého poškození, má neznámý, respektive neurčitý původ.

Další vývoj poznání v této oblasti, k němuž v poslední době přispívá i nové technické vybavení klinických pracovišť, např. počítačovými tomografy, by měl vést k odhalování dalších možných příčin mentální retardace, které jsou dosud neznámé, a k jejich prevenci.



### ***Shrnutí kapitoly***



V průběhu staletí vývoje došlo k mnoha změnám v náhledech na příčiny mentálního postižení. Etiologie mentální retardace, mentálního postižení se opírá zejména o poznatky medicínské a biologické. V textu je reflektovaná etiologie rozčleněna podle období, kdy faktory endogenní nebo exogenní pravděpodobně působily a vedly tak k mentálnímu postižení. Důraz je kladen na zařazení a možné uplatnění jednotlivých faktorů.

### ***Kontrolní otázky a úkoly:***



1. Charakterizuj jednotlivé obory, které se zabývají příčinami mentálního postižení.
2. Charakterizuj posun v prenatalní diagnostice příčin mentální retardace za posledních cca 25 let.
3. Uveď a alespoň stručně charakterizuj endogenní příčiny, které vedou k vzniku mentální retardace.
4. Uveď a alespoň stručně charakterizuj exogenní příčiny, které vedou k vzniku mentální retardace.
5. Najdi v odborné literatuře další možné členění příčin vzniku mentální retardace a mentálního postižení.
6. Jak bys charakterizoval v případě etiologie multifaktoriální charakter?
7. Charakterizuj přístupy k rozdělení příčin mentální retardace.
- 8.



#### ***Citovaná a doporučená literatura***

EDELSBERGER, L. A KOL. *Defektologický slovník*. Jinočany: H+H, 2000. ISBN 80-86022-76-5.

FRANIOK, P. KYSUČAN, J. *Psychopedie. Speciální pedagogika mentálně retardovaných*. Ostrava: Ostravská univerzita – Pedagogická fakulta, 2002. ISBN 80-7042-247-5.

FRANIOK, P. *Vzdělávání osob s mentálním postižením*. 2. vydání. Ostrava: Ostravská univerzita – PedF, 2007. ISBN 80-7368-274-5.

MATULAY, K. *Mentálna retardácia*. Martin: Osveta, 1986.

PRŮCHA, J. A KOL. *Pedagogická encyklopedie*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-546-2.

ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2000. ISBN 81-7178-506-7.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-214-9.

VALENTA, M., MÜLLER, O. *Psychopedie*. Praha: Parta, 2003. ISBN 80-7320-039-2.

### 3 Základní klasifikace mentální retardace, mentálního postižení



#### *Cíl kapitoly*

Po nastudování této kapitoly byste měli být schopni:

- rozlišovat mentální retardaci a mentální postižení (při vědomí téměř synonymity oboru termínů v češtině)
- charakterizovat starší klasifikaci mentálního postižení podle vnějšího chování těchto osob
- charakterizovat mentální postižení podle typu
- charakterizovat mentální postižení podle stupně (míry postižení)



#### *Klíčová slova*

Torpidní typ, eretický typ, oligofrenie, demence, sociokulturní podmíněnost, pseudooligofrenie, lehká mentální retardace, středně těžká mentální retardace, těžká mentální retardace, hluboká mentální retardace, neuropsychický vývoj



#### *Průvodce studiem*

V této kapitole se budeme zabývat rozlišením jednotlivých druhů mentálního postižení, především pak uvedeme klasifikaci mentálních postižení dle současných klasifikačních hledisek. Druh mentálního postižení a jeho etiologie je pro psychopeda důležitou determinantou při volbě výchovně vzdělávacího působení a je proto důležité, aby měl o klasifikaci mentálních postižení alespoň rámcovou

představu. V kapitole je také uvedeny stručné charakteristiky jednotlivých typů i stupňů.

Některé informace budou pro Vás již známé, především ty, které se týkají v praxi nejčastějšího rozčlenění mentálních poruch, neboť děti a žáci s některými z těchto poruch jsou v současnosti žáky běžných mateřských či základních škol.



### **Čas na prostudování kapitoly**

Na zvládnutí této kapitoly budete potřebovat asi 15 hodin.

Dle starší kategorizace podle typu postižení (Matulay, 1986) se uvádělo dělení, které rovněž připomíná Janotová (Janotová in Zvolský, 1998, s. 154) a které bývá uváděno v souvislosti s těžšími stupni mentální retardace:

#### **Typ torpidní** (klidný, apatický, pasivní)

Tito lidé se vyznačují výraznou pomalostí pohybů, řeči, netečností, malou aktivitou, pohodlností, sklonem k netečnosti. Tento typ je zapotřebí do činnosti neustále povzbuzovat.

#### **Typ eretický** (neklidný, aktivní, verzatilní, agresivní)

Tito lidé jsou nápadní výrazným psychomotorickým neklidem, jedinec neustále pobíhá, mění činnosti, je nesoustředěný, impulzivní, útočný. Nezvládá své reakce, proto jeho jednání korigujeme aktivitou.

Ve větší míře však jsou používány jiné klasifikace. Nabízí se kategorizace podle typu postižení. Klasifikace upřednostňuje hledisko času, vývojového období, ve kterém se porucha intelektových funkcí projevila.

Pro posuzování a hodnocení mentální retardace z hlediska současné praxe speciálně pedagogické a psychopatologické se nabízí její klasifikace ve dvou

směrech: horizontálním a vertikálním. Přičemž klasifikace ve směru horizontálním zachycuje typy mentální retardace a klasifikace ve směru vertikálním zachycuje rozdělení jednotlivých stupňů mentální retardace podle mezinárodní klasifikace 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí – Duševní poruchy a poruchy chování z roku 1992, dále jen (MNK-10).

### 3.1 Klasifikace mentálního postižení podle typu

#### **Oligofrenie**

Jde o mentální retardaci způsobenou organickým poškozením mozku v období prenatálním, perinatálním a postnatálním (Vágnerová, 1993). Pojímá se zpravidla jako opoždění duševního vývoje na dědičném a vrozeném podkladě. Pro tento typ jsou charakteristické globálně snížené intelektové schopnosti.

#### **Demence**

Tento typ mentální retardace vzniká kdykoli po druhém roce věku (dříve nazýváno také jako sekundární intelektové defekty). Jedná se o rozpad nebo postupný úpadek již nabytých intelektových schopností, které se mohou rozpadat i značně nerovnoměrně.

Z nejméně známé a popsané demence stařecké se poznatky podstatně rozšířily a dnes rozeznáváme celou řadu dalších demencí: demence posttraumatické po těžších úrazech hlavy, demence při nádorových onemocněních mozku (bohužel nevyjímá dětské pacienty), demence epileptické (jsou zřídka průvodním jevem při rezistentní medikamentózní terapii epilepsie), demence doprovázející pokročilá

stádia závislostí na alkoholu nebo jiných „tvrdých“ drogách. Demencí trpí lidé s Alzheimerovou chorobou či Creutzfeldt-Jakobovou chorobou, ve výjimečných případech lidé nemocní schizofrenií (Kafka, 1993, s.225).

### **Sociokulturní podmíněnost prostředí**

Jedná se o problematiku výchovy a vzdělávání jedinců ze sociokulturně znevýhodněného a nepodnětného prostředí. V části literárních zdrojů je tento typ nazýván pseudooligofrenií, eventuálně také ve starší literatuře jako výchovná zanedbanost nebo dokonce sociální debilita. Za mentální retardaci není ve všech případech považována už podle svého názvu – pseudooligofrenie, zdánlivá mentální retardace (Franiok, Kysučan, 2002, s.8). Pseudooligofrenie není způsobena poškozením centrálního nervového systému, ale je zapříčiněna exogenními (vnějšími ) faktory, zejména nedostatečně podnětným prostředím, které dítě v útlém dětství obklopuje. Vždy jde o dlouhodobou výchovnou a sociální zanedbanost, kdy nedochází k rozvoji psychických funkcí do té míry, aby odpovídaly věku postiženého dítěte. Pseudooligofrenie nemusí být tedy stavem trvalým a neměnným (Monatová, 1994, s. 115). Tento typ mentální retardace může mít při dodržení všech speciálně pedagogických zásad a postupů velmi dobrou prognózu v případech, kdy se dítěti začíná dostávat kvalitních podnětů. Nejlepší výsledky zaznamenáváme, pokud je s dítětem započata cílevědomá práce v předškolním období nebo na samém začátku povinné školní docházky.

### **3.2 Klasifikace mentálního postižení podle stupně postižení**

Při klasifikování mentální retardace podle stupně (míry) postižení vycházíme z několika zdrojů. Nejznámější je 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí,

zpracovaná Světovou zdravotnickou organizací, která vstoupila v platnost v roce 1992 (Švarcová, 2000, s. 27, Vágnerová, 1999, s. 148).

Kódová (MKN-10)	čísla	Slovní označení	Pásmo IQ
F 70		Lehká mentální retardace	50-69
F 71		Středně těžká mentální retardace	35-49
F 72		Těžká mentální retardace	20-34
F 73		Hluboká mentální retardace	0-19

Pod značkou F 78 je uvedena v Mezinárodní klasifikaci nemocí ještě tzv. „jiná mentální retardace“. Toto označení je v praxi použito tehdy, jestliže byla diagnostika mentální retardace zvláště obtížná pro přítomnost přidružených, kombinovaných vad (včetně autismu). Značka MKN – 10 F 79 „nespecifikovaná mentální retardace“ se použije, pokud není dostatek informací, aby bylo možné osobu zařadit do již zmíněných kategorií (Švarcová, 2001, s.30). V klinické praxi bývá někdy používáno u všech stupňů mentální retardace členění s desetinným číslem (např. F 70.0). Desetinné číslo pak vyjadřuje problémovost chování daného jedince. Míra problematického chování u jedince s mentální retardací je vyjádřena vzestupnou řadou 0 až 8.

Vymezení jednotlivých stupňů mentální retardace není jednoduchou záležitostí, jak by se na první pohled zdálo. Nejužívanějším kritériem při posuzování kvantitativní úrovně mentální retardace, i když stanovení inteligenčního kvocientu je považováno pouze za orientační, je výsledek psychologického vyšetření vyjádřený inteligenčním kvocientem. Určení stupně deficitu prostřednictvím inteligenčního kvocientu (IQ) je mechanické a nedostatečně objasňuje skutečné praktické možnosti mentálně retardovaného jedince. Důležitým faktorem intelektové úrovně

by měly být praktické, sociální a pracovní dovednosti jedince s mentálním postižením.

### 3.3 Charakteristika stupňů mentálního postižení

#### **Lehká mentální retardace**

(mild - v anglosaské terminologii)

V inteligenční testech dosahují tyto osoby výsledků na inteligenční škále v pásmu 50 – 69. U dospělých osob tento stupeň postižení odpovídá orientačně mentálnímu věku 9 – 12 let. Zastaralý název pro lehký stupeň mentální retardace byl debilita. Tento se přestal mezinárodně užívat pro svůj značný pejorativní nádech.

Jedná se o nejlehčí stupeň. I když v začátcích neuropsychického vývoje je zřejmé jisté opoždění a omezení, nedá se v této době postižení s určitostí rozpoznat. Omezení rozumového vývoje i v ostatních psychických funkcích se projeví jasněji ve věku předškolním a ještě výrazněji po vstupu do školy. Dítě je na první pohled zdravé, čilé, ovládající různé říkanky a písničky. Nedostatky tohoto dítěte jsou zvláště v rozumové oblasti při náročnějších myšlenkových operacích jako generalizaci a abstrakci, ale i v celkovém projevu je dítě méně chápavé, obtížněji se zapojuje do her, rozsah jeho postižení je do značné míry modifikován rodinným prostředím. Nižší výkony můžeme zde očekávat od dítěte z nepodnětného rodinného prostředí na nižším sociokulturním základě. Lepší výkony od jedinců z přiměřeně podněcující rodiny. Odlišení vlastního rozsahu postižení od vlivů prostředí je nutné především v zájmu dítěte. Jde o přiměřenost požadavků kladených na dítě a jeho přílišné nepřetěžování.



Jedinec s lehkým stupněm mentální retardace se naučí číst s určitými omezeními, pokud jde o porozumění přečtenému, psát, počítat. Je schopen i velmi jednoduchého abstraktního myšlení (kromě myšlení úsudkového). Řeč se vyvíjí opožděně. Některé z poruch řeči jsou diagnostikovány až u 86,5 % případů (Lechta, 2002, s.90). Zpravidla dochází k nerovnoměrnému vývoji jednotlivých psychických funkcí, bývá oslabena nebo rozladěna funkční reaktivita (Černá, 1995, Švarcová, 2000). Pokud jde o konkrétní, názorné a mechanické schopnosti, tyto jsou rozvinuty (za předpokladu vhodného sociálního prostředí, motivace, přiměřených požadavků a podnětů) zpravidla dobře.

Základní vzdělání zvládají tito jedinci pouze v mírně redukované podobě (Kysučan, 1990). Po absolvování odborného učiliště (v největším počtu případů) jsou schopni společenského a pracovního zapojení při vytvoření vhodných podmínek.

### **Středně těžká mentální retardace**

(moderate - v anglosaské terminologii)

V inteligenční testech dosahují tyto osoby výsledků na inteligenční škále v pásmu 35 – 49. U dospělých osob tento stupeň postižení odpovídá orientačně mentálnímu věku 6 – 9 let. Zastaralý název pro středně těžký stupeň mentální retardace byl imbecilita. Tento se přestal mezinárodně užívat pro svůj značný pejorativní nádech.

Vyznačuje se omezením v neuropsychickém vývoji. Dítě začíná později sedět, chodit, pohybově zůstává neobratné v důsledku nápadné nekoordinovanosti pohybů. Naučí se jíst a udržovat osobní čistotu, poznávat osoby ze svého okolí. Řeč se vyvíjí velmi opožděně a dospěje stejně jako myšlení do úrovně konkretizační. Slovník je chudý. Tito jedinci se vyjadřují nejčastěji jednoduchými větami nebo jednoslovnými větami. Nápadně působí poruchy formální stránky řeči s výskytem, který uvádí V. Lechta ve 95,4 % případů (Lechta, 2002, s.90). Citově jsou tito jedinci nevyrovnaní, labilní, někdy s nepřiměřenými afektivními výbuchy, které vedou často ke zkratkovitému jednání. Vychovatelnost a vzdělavatelnost těchto jedinců je

méně nebo více omezena. Zpravidla dobrých výsledků se nadějeme u těchto jedinců zejména v oblasti sebeobsluhy, i když i zde je zapotřebí počítat s dohledem. Povinnou školní docházku splňují tyto děti a mladiství v našich současných podmínkách nejčastěji v pomocných školách, kde se pracuje s omezeným výběrem základního učiva běžné základní školy. Učební osnovy mají v pomocné škole rámcovou platnost. Další možností pro tyto děti, jak nabýt alespoň redukováného základního vzdělání, je docházka do pomocné třídy zvláštní školy. Tato volba poskytuje zpravidla dítěti podnětější prostředí, i když v některých individuálních případech mohou být překážkou nesourodé věkové stupně jednotlivých žáků v pomocné třídě zvláštní školy. Trvalé umístění dětí se střední mentální retardací v ústavech sociální péče pro mentálně retardované (s výjimkou diagnostických pobytů) není s ohledem na jejich potřebu dalšího vzdělávání, byť podle redukováných učebních osnov, vhodné. Mimo jiné není dosud ideálně legislativně dořešeno jejich kontinuální vzdělávání v ústavu. Stávající pomocné třídy v ústavech sociální péče mají dosud spíše experimentální ráz.

Právě dětem a dospělým osobám se středním stupněm mentálního postižení by se mělo dostat ze strany naší společnosti nejvíce pozornosti, protože v minulosti byli tito jedinci značně opomíjenou skupinou mentálně postižených. Zejména pokud jde o jejich alespoň částečnou integraci do sociálního prostředí, eventuálně prostředí pracovního (pokud toho jsou schopni) tak, aby mohli rozvinout svou potencionální kapacitu třeba později v dospělém věku.

### **Těžká mentální retardace**

(severe - v anglosaské terminologii)

V inteligenční testech dosahují tito jedinci výsledků na inteligenční škále v pásmu 20 – 34. U dospělých osob tento stupeň postižení odpovídá orientačně mentálnímu

věku 3 – 6 let. Zastaralý název pro těžký stupeň mentální retardace byl idiocie prostá. Tento se přestal mezinárodně užívat pro svůj značný pejorativní nádech.

Takto postižení jedinci se vyznačují celkovým omezením neuropsychického vývoje. Ruku v ruce s omezením neuropsychického vývoje jdou i výrazná omezení motorického vývoje. Jde o častý jev u těžké mentální retardace, který je spojen se značnou pohybovou neobratností. Celkově lze zpravidla hodnotit vývoj motoriky u jedinců s tímto stupněm postižení jako výrazné opoždění hybnosti. Pohyby zůstávají i v dospělosti při zmiňované nekoordinovanosti dosti hrubé. U některých jedinců se vyskytují automatické kývavé pohyby hlavy a trupu. Psychika těchto postižených nese s sebou značná omezení v jednotlivých procesech. Nápadné jsou poruchy v koncentraci pozornosti. V myšlení se dostávají takto postižení do úrovně mechanického plnění základních úkonů a několika příkazů, a to zpravidla až v dospělosti při vhodně podnětném sociálním prostředí a kvalitní speciálně pedagogické péči. V rámci komunikativních dovedností a řeči dochází pouze k minimálnímu rozvoji. V jednoduché interakci se známou osobou použijí izolovaná slova z poměrně chudé slovní zásoby. Řeč vykazuje rovněž po formální stránce značné poruchy. Jedinci s těžkou mentální retardací zpravidla zvládají základní stereotypy chování v nejběžnějších situacích. Tyto však mohou kdykoli narušit značné poruchy afektivní sféry, vysoká impulzivita a nestálost nálad.

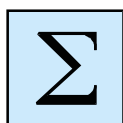
Celkově vzato: lze dosáhnout u takto postižených určitých návyků pokud jde o sebeobsluhu a elementární pracovní činnosti trvající krátkou dobu a pod stálým dohledem. Zároveň však musí být umožněno těmto jedincům získat alespoň základy školního vzdělání. Ve školské legislativě by mělo být pamatováno rovněž na to, že psychika (včetně myšlení) těchto jedinců se rozvíjí mnohdy při vhodných podnětech až později v dospělosti.

### **Hluboká mentální retardace**

(profound - v anglosaské terminologii)

V inteligenční testech dosahují tito jedinci výsledků na inteligenční škále v pásmu 0 – 19. Při testování musejí být použity neverbální testy. U dospělých osob tento stupeň postižení odpovídá mentálnímu věku pod 3 roky. Zastaralý název pro hluboký stupeň mentální retardace byl těžká idiocie. Tento se přestal mezinárodně užívat pro svůj značný pejorativní nádech.

Neuropsychický vývoj těchto jedinců je po celý život značně omezen. Minimální kapacita vývoje v oblasti senzomotorické je limitována nejčastěji neurologickými příznaky, zrovna tak i časté vady somatické (Černá, Stejskal, 1995). Typickým vnějškově pozorovatelným jevem u hluboké mentální retardace jsou nápadné stereotypní automatické pohyby celého trupu. Psychické procesy jsou porušeny v celé šíři. Úroveň myšlení a paměti i v dospělosti je u těchto jedinců minimální, eventuálně žádná. O rozvinuté řeči se nedá v rámci pásma hluboké mentální retardace hovořit. Spíše půjde o neartikulovatelné výkřiky, maximálně o echolalické opakování jednotlivých slov. Zřejmě jedinou možností v rozvoji komunikace s těmito hluboce postiženými jedinci se jeví oblast nonverbálních složek řeči při maximálním respektování individuálních zvláštností těchto jedinců. Pro totální porušení afektivní sféry dochází u těchto osob také k sebepoškozování. Možnosti socializace se omezují na základní diferenciaci osob, výjimečně jednoduché návyky sebeobsluhy. Trvalá závislost na sociálním okolí je pro tyto lidi charakteristická. Nebývá vzácností trvalé upoutání na lůžko z důvodů rozsáhlých vad somatických a neurologických.



### ***Shrnutí kapitoly***

V psychopedii rozlišujeme mentální retardaci, mentální postižení, přičemž primární rozdíl je možné v češtině spatřovat v tom, zda máme na mysli gnozeologickou

jednotku nebo osobu, která je nositelem postižení. Mentální postižení a poruchy můžeme klasifikovat podle tří klasifikačních hledisek. První popsané hledisko je dnes považováno za překonané. Třídění podle druhého hlediska (podle typu) je významné, avšak zdaleka ne vždy zejména zpočátku rozpoznatelné. Třetí způsob třídění podle stupně či míry postižení je v praxi (psychologické i speciálně pedagogické) nejvíce používaný. Třetí způsob třídění (podle stupně) bývá obvykle východiskem pro speciálního pedagoga, psychopeda při pedagogické práci s postiženým dítětem. Uvedené třídění bere v potaz celkový neuropsychický vývoj osoby s mentálním postižením.



### ***Kontrolní otázky a úkoly:***

1. Jaký je rozdíl mezi torpidní a eretickou formou (typem)?
2. Uveď základní klasifikační hlediska mentálního postižení.
3. Charakterizuj typ mentálního postižení.
4. Uveď typy mentálního postižení a charakterizuj je.
5. Klasifikuj mentální retardaci podle míry postižení.



### ***Úkoly k textu***

1. Charakterizuj lehkou mentální retardaci.
2. Charakterizuj středně těžkou mentální retardaci.
3. Charakterizuj těžkou mentální retardaci.
4. Charakterizuj hlubokou mentální retardaci.



***Citovaná a doporučená literatura***

ČERNÁ, M., STEJSKAL, B. A KOL. *Kapitoly z psychopedie*. Praha: Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy, 1995. ISBN 80-7066-899-7.

FRANIOK, P. *Vzdělávání osob s mentálním postižením*. 2. vydání. Ostrava: Ostravská univerzita – PedF, 2007. ISBN 80-7368-274-5.

KAFKA, J. A KOL. *Psychiatria*. Martin: Osveta, 1993. ISBN 80-217-0514-0.

MATULAY, K. *Mentálna retardácia*. Martin: Osveta, 1986.

PRŮCHA, J. A KOL. *Pedagogická encyklopedie*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-546-2.

ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2000. ISBN 81-7178-506-7.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-214-9.

VALENTA, M., MÜLLER, O. *Psychopedie*. Praha: Parta, 2003. ISBN 80-7320-039-2.

ZVOLSKÝ, P. A KOL. *Speciální psychiatrie*. Praha: Karolinum, 1998. ISBN 80-7184-666-X.

## 4 Specifika v klasifikaci mentálního postižení



### **Cíl kapitoly**

Po nastudování této kapitoly byste měli být schopni:

- vystihnout rozdíl mezi základní klasifikací mentálního postižení a specifickými formami
- rozpoznat teoreticky, kdy jde o mentální postižení a kdy nikoliv
- vyjmenovat a charakterizovat specifické případy v klasifikaci mentálního postižení
- charakterizovat hraniční pásmo



### **Klíčová slova**

Hraniční pásmo, kombinované postižení, klasifikace kombinovaných postižení, diagnostika kombinovaného postižení, pervazivní vývojová porucha, porucha autistického spektra



### **Průvodce studiem**

V této kapitole se budeme zabývat speciálními případy mentálního postižení, případy, kdy může být podezření na mentální postižení. Studium této problematiky předpokládá základní znalosti o speciálně pedagogické diagnostice i o klasifikaci mentálního postižení. Uvádíme zde početně nejvíce zastoupené případy, kdy může zejména u začínajících speciálních pedagogů vzniknout podezření, že dítě, žák má mentální postižení, které se aktuálně projevuje pouze některými symptomy –

hraniční pásmo. Problematika kombinovaných postižení je uvedena pouze v hrubém nárysu. Zohledněny jsou případy, kdy jde o kombinaci s mentálním postižením. Třetí podkapitola je věnována orientačnímu seznámení s poruchami autistického spektra.



### ***Čas na prostudování kapitoly***

Na zvládnutí této kapitoly budete potřebovat 8 hodin.

## **4.1 Specifické místo hraničního pásma**

Pásmo hraniční (dřívější český nepříliš šťastný název - mírná mentální retardace), kdy uvedení jedinci v inteligenčních testech dosahují výsledků v pásmu 70 – 84, zde není pojednáváno, neboť nejde o mentální retardaci v pravém slova smyslu. Tito jedinci dosahují v inteligenčních testech výkonově nad hranici 70 bodů IQ a podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN – 10) tedy nejde o mentální retardaci. Dříve bylo pro tuto skupinu osob vžitě označení pásmo slaboduchosti.

Právě popsanou a obecně přijímanou klasifikaci jednotlivých stupňů mentální retardace včetně jejich charakteristických znaků nelze přijímat dogmaticky. Speciálně pedagogická i psychologická diagnostika mentálně retardovaných by měla být pojímána spíše jako hrubý rámeček, kdy připouštíme, že dílčí nedostatek v jedné oblasti je nahrazován vyššími schopnostmi v oblasti jiné, které třeba jsou těžko měřitelné běžnými standardizovanými metodami a testy. To, že určitá oblast, např. v rozumové výchově, je nedostupná mentálně retardovanému ve věku čtrnácti let, ještě neznamená, že se např. s logickým úsudkem úspěšně nevyrovná ve svých osmnácti nebo dvaceti letech. Každý z nás je jiný a má právo na svou jinakost. Dopřejme tedy také mentálně retardovaným, aby svou jinakost, a to i v oblasti nejvíce sledované rozumové výchovy, plně rozvinuli v dospělém věku.



Psychický vývoj mentálně retardovaných musí být proto chápán biodromálně do té míry, že my, v tomto pohledu jako majoritní část společnosti, budeme schopni pojímat mentální retardaci i dekategoriovaně.

## 4.2 Kombinované postižení

Kombinovaná postižení, kombinované vady pojímají velmi rozmanité množství nedostatků. Bývají označovány také jako vady vícečetné, eventuálně sdružené, jelikož zahrnují více vad. Zasahují v různé míře oblast tělesnou, duševní a společenskou, kdy se jednotlivé nesnáze různě prolínají a vzájemně váží. Podstatným hlediskem je v případě kombinovaných vad primární postižení (duševní, pohybové, smyslové atd.) a k němu pak přidružené další nedostatky. Stále běžně používaný termín kombinovaná vada vystihuje skutečnost, že postižený jedinec nemá jen jeden typ postižení.

O kombinovaných vadách hovoříme (Edelsberger, 2000, s. 158), „když jedinec je postižen současně dvěma nebo více vadami, např. poruchou zraku a sluchu. Charakteristika postižení více vadami je uvedena ve Věstníku MŠMT ČR č.8/1997,č.j.25602/97-22:

Za postiženého více vadami se považuje dítě, resp. žák postižený současně dvěma nebo více na sobě kauzálně nezávislými druhy postižení, z nichž každé by jej vzhledem k hloubce a důsledkům opravňovalo k zařazení do speciální školy příslušného typu. Za provedení speciálně pedagogické diagnostiky odpovídá speciálně pedagogické centrum (případně pedagogicko - psychologická poradna), zařazené do sítě škol, předškolních zařízení a školských zařízení MŠMT ČR (Vítková, 2003, s.157). Sovák vymezuje pojem kombinovaná vada v tom smyslu, že jde o jedince, kteří jsou postiženi několika vadami zároveň a to takovými, které spolu příčinně nesouvisejí. Za kombinované vady se tedy nepokládají ty, které vznikly

druhotně, působením vady primární (Sovák, 1980, s. 213). Ve speciální pedagogice pod pojmem kombinovaná vada se tedy rozumí souhrn vad, kterými je postižen jedinec ve více oblastech.

### **Klasifikace kombinovaných postižení**

Pro potřeby resortu školství se žáci s více vadami člení do tří skupin (Vítková, 2003, s. 157):

1. Skupina, v níž je společným znakem mentální retardace. Ta je determinujícím faktorem pro nejvýše dosažitelný stupeň vzdělání a pro dosažitelnou míru výchovy. Proto je při rozhodování o způsobu vzdělávání pokládána za vadu dominantní.
2. Druhou skupinu tvoří kombinace vad tělesných, smyslových a vad řeči. Specifickou skupinu tvoří děti /žáci hluchoslepí.
3. Samostatnou skupinu tvoří děti/žáci s diagnózou autismus a s autistickými rysy osobnosti.

Pokud jde o kombinaci s mentálním postižením, za vedoucí postižení pokládáme vždy mentální retardaci. Mentální postižení, i jako izolovaná vada nebo v kombinaci s jinými vadami, nejvíce narušuje strukturu osobnosti dítěte s postižením a do značné míry determinuje nejvýše dosažitelný stupeň socializace. Z postižení, které se s mentální retardací v kombinaci nejčastěji sdružují, nacházíme tělesná postižení a z nich nejčastěji dětskou mozkovou obrnu (Vančová, 2001, s. 79), dále smyslová postižení, vady řeči i jiná získaná postižení (po úrazech, po nemoci). Občas se vyskytuje kombinace s epilepsií (Vančová, 2001, s. 12).

Skupina dětí s kombinovaným postižením, kde je mentální retardace závažným vedoucím postižením v kombinaci (Vítková, 2004, s.325), je

nejpočetnější. Děti jsou v neustálé zdravotní evidenci a v průběžné léčebně preventivní péči a budou dlouhodobě v péči speciálních pedagogů – psychopedů, logopedů, somatopedů a oftalmopedů. V dospělém věku jsou jako osoby se změněnou pracovní schopností v péči sociální.

Při posuzování závažnosti kombinovaných vad bývá někdy zvažováno také hledisko kvalitativní a hledisko kvantitativní. Kvalitativní hledisko se uplatní při hodnocení jednotlivých typů vad v kombinaci a zvláště pak v tom, jak jedna vada ovlivňuje vadu jinou a jak tedy její projevy zvýrazňuje. Kvalitativní hledisko ovlivňuje volbu speciálně pedagogických metod práce při výchově a výuce (Eisová in Vítková, 2003). Z kvantitativního hlediska je třeba rozlišit stupeň a rozsah dvou nejzávažnějších vad v kombinaci. U jedince posuzujeme rozsah a míru dosud získaných vědomostí, dovedností a návyků.

Při klasifikaci kombinovaných postižení, kombinovaných vad při komplexním posouzení jedince zvažujeme také sociální prostředí. Jde o klasifikaci kvality rodinných vazeb, role postiženého v rodině, schopnosti přizpůsobit se, schopnosti citových prožitků. Při dobrém a podnětném rodinném prostředí, rozumném vedení a při stanovení optimální míry požadavků a důslednosti, se může jedinec s kombinovanou vadou dobře adaptovat.

### **Výchovně vzdělávací péče o děti s kombinovaným postižením**

Oblast možností efektivních intervencí ve smyslu vzdělávání (edukace) a výchovné rehabilitace je výzkumně jen velmi málo podchycená (Vančová, 2001, s. 5). Údaje k efektivnímu vzdělávání žáků s kombinovaným postižením (kombinovanou vadou) jsou shromážděna zejména na základě empirie.

Za nejpodstatnější se považuje rozvoj vnímání a pohybu jako podstatných znaků života (Vítková, 1999, s. 55). Mohou tedy narušovat i více oblastí, přičemž dosahují jednotlivé kombinace různých stupňů a závažnosti. Častá je kombinace dvou i více závažných vad. Např. mentální postižení a pohybová vada, mentální postižení v

kombinaci se smyslovými vadami, mentální postižení sdružené s postižením pohybovým, smyslovým či dětskou mozkovou obrnou.

Na komplexní péči zajišťující výchovu a vzdělávání mentálně postižených jedinců včetně poradenské činnosti, se podílejí v současnosti resorty zdravotnictví, školství a sociálních věcí systémem speciálních škol a zařízení od věku předškolního až do stáří (stacionáře, ústavy sociální péče pro mentálně retardované, speciální mateřské školy, zvláštní školy, pomocné školy, praktické školy, odborná učiliště, speciálně pedagogická centra). Vedle těchto státních institucí vznikla po roce 1990 řada alternativních forem pomoci a podpory jedincům s mentálním postižením v podobě nestátních organizací – církví, nadací, občanských sdružení, soukromých společností atd. (Vítková, 2003, s.129).

Žáci s více vadami, pokud jednou z jejich vad je mentální postižení, se ve většině případů vzdělávají v základních školách speciálních (dříve v pomocných a zvláštních školách), případně ve speciálních třídách pro žáky s více vadami. Žáci s těžkým mentálním postižením, žáci s více vadami a žáci s autismem se mohou vzdělávat v základní škole speciální, a to se souhlasem zákonného zástupce a na základě písemného doporučení odborného lékaře a školského poradenského zařízení (zákon č. 561/2004 Sb., tzv. „školský zákon“). Jedinci s více vadami, kteří nejsou mentálně postižení, se vzdělávají v základních školách, které svým zaměřením odpovídají potřebám vyplývajícím z jejich nejzávažnějšího postižení.

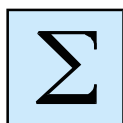
Pedagogická činnost s žáky s více vadami je mimořádně náročná a vyžaduje vysokou míru odbornosti a vytvoření optimálních podmínek (Vítková, 2003, s. 158).

Určení školní zralosti ve věku do šesti let je ve většině případů dětí s kombinovaným postižením diagnostický problém. Testovací metody nejsou tak dokonalé. Proto dochází v případech dětí s kombinovanou vadou k častějším návrhům na odložení školní docházky.

### 4.3 Poruchy autistického spektra

Poruchu autistického spektra - pervazivní vývojovou poruchu lze charakterizovat jako takovou, která proniká celou osobností jedince (dítěte) a závažným a komplexním způsobem mění, poškozují psychický vývoj dítěte. Jako pervazivní se porucha projevuje zejména v oblasti chování, výchovy a vzdělávání jedince. Nejznámější z pervazivních vývojových poruch a nejvíce diskutovaný rovněž v současné školské praxi je dětský autismus. Dříve byl uváděn pod názvem „Kannerův infantilní autismus“ (Zvolský, 1998, s. 169). V současné době pod pojmem dětský autismus rozumíme všechny ostatní formy autistického syndromu, které jsou často obtížně diferencovatelné. Dětský autismus postihuje přibližně 3 – 5 dětí z deseti tisíc a je častější u chlapců než u dívek (Vágnerová, 1999, s. 160, Schopler, 1994, s. 66). Sociální faktory plynoucí z vnějšího prostředí zde podle novějších zkoumání nehrají podstatnou roli.

Z hlediska průběhu vývoje, výchova a v současné době i vzdělávání těchto jedinců nemůžeme jednoznačně považovat za mentální retardaci, i když právě povaha zvláštností výchovy a vzdělávání má právě k výchově a vzdělávání osob s mentální retardací poměrně blízko - jde o jedince s autistickými rysy osobnosti, eventuálně jedince s autistickým spektrem poruch. Tyto poruchy se vyskytují velmi vzácně, ale znamenají pro dítě závažné narušení vývoje a omezují jeho možnosti vzdělání a zařazení do společnosti z důvodu narušení sociální interakce, omezení komunikace a stereotypního chování (Švarcová, 2000, s. 126). Pro kvalitativní poškození v sociální interakci je nutné vzdělávání osob s dětským autismem přizpůsobit jejich možnostem, pamatovat na přednost v rozvoji dovedností u těchto dětí a výrazně pro tyto žáky strukturovat výuku.



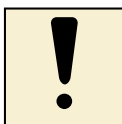
#### *Shrnutí kapitoly*

V této kapitole jsme se zabývali speciálními případy mentálního postižení, případy, kdy může být podezření na mentální postižení. Studium této problematiky vyžadovalo základní znalosti o speciálně pedagogické diagnostice i o klasifikaci mentálního postižení. Uvedeny zde byly početně nejvíce zastoupené případy, kdy může zejména u začínajících speciálních pedagogů vzniknout podezření, že dítě, žák má mentální postižení, které se aktuálně projevuje pouze některými symptomy – hraniční pásmo. Problematika kombinovaných postižení byla uvedena pouze v hrubém nárysu. Větší pozornost byla věnována případům, kdy jde o kombinaci s mentálním postižením. Třetí podkapitola orientačně seznamuje s poruchami autistického spektra.



### ***Kontrolní otázky a úkoly:***

1. Charakterizujte hraniční pásmo.
2. Které konkrétní projevy jsou spojeny s hraničním pásmem?
3. Charakterizujte kombinované postižení.
4. Proveďte klasifikaci kombinovaných postižení.
5. Jaké mohou být kombinace s mentálním postižením?
6. Charakterizujte pervazivní vývojovou poruchu.



### ***Úkoly k textu***

1. Pokuste si představit, jak se může dítě – žák mladšího školního věku, který má mentální schopnosti v hraničním pásmu, projevovat ve svém okolí.

2. Pokuste si představit, jak se může dítě – žák mladšího školního věku, který má autistickou poruchu s projevy mentálního postižení, projevovat ve svém okolí.
3. Najděte, např. na internetu informace, kde se v Moravskoslezském kraji provádí speciálně pedagogická diagnostika autistického spektra poruch.



#### **Citovaná a doporučená literatura**

ČERNÁ, M., STEJSKAL, B. A KOL. *Kapitoly z psychopedie*. Praha: Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy, 1995. ISBN 80-7066-899-7.

EDELSBERGER, L. A KOL. *Defektologický slovník*. Jinočany: H+H, 2000. ISBN 80-86022-76-5.

FRANIOK, P. *Vzdělávání osob s mentálním postižením*. 2. vydání. Ostrava: Ostravská univerzita – PedF, 2007. ISBN 80-7368-274-5.

MATULAY, K. *Mentálna retardácia*. Martin: Osveta, 1986.

SCHOPLER, E., MESIBOV, P. *Cwiczenia edukacyjne dla dzieci autystycznych*. Gdańsk: GWP, 1994. ISBN 83-85416-28-5.

SOVÁK, M. *Nárys speciální pedagogiky*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1980.

ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2000. ISBN 81-7178-506-7.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-214-9.

VALENTA, M., MÜLLER, O. *Psychopedie*. Praha: Parta, 2003. ISBN 80-7320-039-2.

VANČOVÁ, A. *Edukácia viacnásobne postihnutých*. Bratislava: Sapientia, 2001. ISBN 80-967108-7-X.

VÍTKOVÁ, M. *Somatopedické aspekty*. Brno: Paido, 1999. ISBN 80-85931-69-9.

VÍTKOVÁ, M. (ed.) *Otázky speciálně pedagogického poradenství*. Brno: MSD, 2003. ISBN 80-86633-08-X.

VÍTKOVÁ, M. (ed.) *Integrativní speciální pedagogika. Integrace školní a sociální*. Brno: Paido, 2004. ISBN 80-7315-071-9.

ZVOLSKÝ, P. A KOL. *Speciální psychiatrie*. Praha: Karolinum, 1998. ISBN 80-7184-666-X.



## 5 Edukační realita žáků s mentálním postižením



### ***Cíl kapitoly***

Po nastudování této kapitoly byste měli být schopni:

- Charakterizovat pojem integrace
- vyjmenovat stupně integrace podle WHO
- postihnout rozdíl mezi pojmy integrace a inkluze
- zamyslet se nad významem speciálního školství v 21. století v ČR
- charakterizovat vývoj speciálního školství pro mentálně postižené od 60. let 20. století v ČR
- charakterizovat v obecné rovině edukační péči pro žáky s kombinovaným postižením



### ***Klíčová slova***

Integrace, dezintegrace, reintegrace, inkluze, sociální integrace, speciální školství, speciální vzdělávání



### ***Průvodce studiem***

V této kapitole se budeme zabývat aktuálními trendy a možnostmi ve výchově a vzdělávání dětí, žáků s mentálním postižením, eventuálně žáků s kombinovaným postižením. Především pak uvedeme klasifikaci stupňů míry integrace, jak je pojímána Světovou zdravotnickou organizací (WHO). Druh mentálního postižení a jeho stupeň je v uvedené kapitole marginalizován, protože nebylo cílem poskytnout detailní přehled možností vzdělávání, který je jistě na míře postižení do značné míry závislý. Kapitola rovněž obsahuje pojednání o významu speciálního školství v 21.

století v České republice a dále jsou nastíněna některá specifika edukace žáků s kombinovaným postižením.

Kapitola není vyčerpávajícím přehledem možností vzdělávání žáků s mentálním postižením.



### **Čas na prostudování kapitoly**

Na zvládnutí této kapitoly budete potřebovat 9 hodin.

## **5.1 Cíl a možnosti integrace/inkluze osob s mentálním postižením**

Prakticky komukoli se může narodit dítě s mentálním postižením. Kdokoli, kdo se dnes cítí zcela zdravý, může v blízké budoucnosti onemocnět a může také začít ztrácet svou intelektovou kapacitu. Nebezpečí současné vyspělé civilizace, především pokud jde o zhoršování životního prostředí a stres, je dostatečně známo.

Novodobé tendence konce 20. století se odrazily i v terminologii "osoby s postižením". Tímto pojmenováním tedy zdůrazňujeme, že mentálně postižení jsou především lidské bytosti, osobnosti a teprve na druhém místě postižení. Současná anglosaská terminologie, aby zdůraznila nezbytnost výchovy a vzdělávání pro všechny mentálně postižené, je začala označovat jako jedince se speciálními potřebami ve výchově a vzdělávání. K této, i když opisné terminologii, přistupují postupně další země s vyspělejším školstvím.

Stále více začínáme zdůrazňovat významnost osobnosti každého člověka s postižením (Novosad, 1997, s. 35). Souvisí to s novou koncepcí tzv. speciálních potřeb, služeb a podpor. Mentálně postižení lidé mají postupně přiznávána práva na plnohodnotný život ve společnosti, jejíž povinností je vytvořit takový systém

podpory a speciálních služeb, aby potřeby mentálně postižených lidí byly po celý jejich život adekvátně naplňovány.

Oblast péče o jedince s mentálním postižením v současné uspěchané a přetechizované době s sebou nese mnoho nových poznatků i prohloubení znalostí v poznacích již existujících. Ve všech směrech moderního života je prosazována, alespoň nepřímo přes postmoderní směry, globální výchova a s ní související široký proces integrace.

Vedle pojmu integrace můžeme rozlišovat ještě pojmy dezintegrace a reintegrace (Jesenský, 1993, s. 59). Dezintegraci chápeme jako proces ústupu jednou získané integrace. Reintegrací rozumíme proces obnovování integrace po jejím rozpadu či ústupu. Integrace se týká jednak samotné osobnosti postiženého a jednak jeho socializace. Možnosti integrace jsou různé. Za vnější výraz integrace jsou považovány partnerské vztahy na různých úrovních a rovněž s nimi spojené společensky uznávané schopnosti a aktivity mentálně postiženého. Za podstatnou je považována schopnost, alespoň dílčím způsobem se uplatnit v hlavním proudu společenských aktivit, a zde za jednu z hlavních považujeme práci v jejich nejrůznějších podobách. Mírou těchto aktivit je obvykle podmiňován společenský status osoby s mentálním postižením.

Pro sociální integraci je typická vzájemná podmíněnost existence ve společnosti handicapovaného i intaktního člověka. Je charakterizována v zásadě dvojím způsobem. Můžeme o ní uvažovat jako o stavu určitém, ale zároveň také o stavu dynamickém. To znamená, že charakter dosaženého stavu je časově a historicky podmíněný. Zároveň s postupujícím časem tento stav podléhá změnám. Může progradovat, regrádovat, setrvávat ve stávající úrovni příznaků. Jinak vyjádřeno, má dynamický charakter.

Sociální integraci definuje Ján Jesenský (1993) jako spolužití postižených a nepostižených při oboustranně přijatelné nízké míře konfliktnosti vztahů obou skupin lidí. Sociální integrace úzce souvisí s integrací osobnosti, kterou chápeme jako zformování osobnosti v jejich všech složkách (kognitivní, volní, emotivní,

charakterové) ve schopnost cílevědomě a smysluplně s individuální mírou samostatnosti působit. Podstatným rysem sociální integrace je socializace či resocializace, tedy postupné začleňování, vrůstání člověka handicapovaného do společnosti a její kultury. Na konci procesu začleňování, vrůstání, tedy sociální integrace by měla být jednota mentálně handicapovaných a intaktních členů společnosti. Tomuto pojetí se nejvíce blíží v USA rozšířený termín "mainstreaming", který je chápán jako splývání života zdravotně postižených s hlavním proudem řešení potřeb života majoritní části lidí ve společnosti.

V našich podmínkách již v polovině sedmdesátých let Miloš Sovák vymezil a odstupňoval socializaci, eventuálně resocializaci (Sovák, 1980):

1. stupeň socializace - integrace
2. stupeň socializace - adaptace
3. stupeň socializace - utilita
4. stupeň socializace - inferiorita

Od tohoto pojetí sociální integrace se v současné době již upustilo. Propracovanější odstupňování přinesla Mezinárodní zdravotnická organizace ve své klasifikaci poruch dysadaptibilit a handicapů, kde za hlavní kritérium třídění považuje míru narušení společenských vztahů (Wood, 1980 in Jesenský, 1993) :

1. sociálně integrovaný - zahrnuje plnou účast ve všech obvyklých společenských vztazích a činnostech,
2. inhibovaná účast - zahrnuje osoby, u kterých existence poruchy, eventuálně snížení schopnosti, vyvolává ne zcela specifickou nevýhodu, která jim může bránit, avšak nikoliv znemožnit, v účasti v plném rozsahu obvyklých společenských činností, může také znamenat do určité míry odchylky v chování,
3. omezená účast - zahrnuje osoby, které se nepodílejí v plném rozsahu na obvyklých společenských činnostech (osoby s dysadaptabilitami, které nepříznivě

ovlivňují možnost uzavřít sňatek, vést rodinný život, eventuálně brání v sexuálním životě), některé poruchy osobnosti, poruchy chování,

4. zmenšená účast - zahrnuje osoby, které nejsou schopny navázat náhodné kontakty, takže jejich společenské vztahy jsou omezeny na primární a sekundární vztahy (rodina, přátelé, sousedé, spolupracovníci), osoby retardované ve fyzickém, psychickém nebo společenském vývoji s tendencí ke zlepšení,

5. omezené vztahy - zahrnují osoby, které mají potíže se zachováním sekundárních kontaktů (přátelé, sousedé, kolegové), osoby s retardací ve fyzickém, psychickém, sociálním vývoji bez tendence ke zlepšení,

6. redukované vztahy - zahrnují osoby, které jsou schopny udržovat vztahy pouze k primárně vyznačeným osobám (rodiče, manžel, manželka), osoby uzavřené do sebe s doprovodným narušeným chováním,

7. narušené vztahy - zahrnují osoby, které nejsou schopny udržovat vztahy s jinými lidmi, mají poruchu nebo disadaptabilitu bránící jim v rozvoji normálních společenských vztahů, osoby, u kterých špatná přizpůsobivost v chování znemožňuje koexistenci a integraci do obvyklého domova a rodiny, starší osoby po ztrátě rodiny a přátel s omezenou schopností navázat nové vztahy,

8. společensky izolované - zahrnují osoby, jejichž schopnost společenských kontaktů je nezjistitelná pro jejich izolovanost.

Při aplikaci klasifikace Mezinárodní zdravotnické organizace (WHO) na osoby s mentální postižením je zjevné, že tyto pro jejich jedinečnost a nerovnoměrnosti ve vývoji nelze přesně zařadit k jednotlivým osmi stupňům původní Woodovy škály. Je ovšem zřejmé, že se do značné míry na úrovni sociální integrace bude podílet míra postižení.

## **Systém škol a zařízení pro žáky se speciálními potřebami s ohledem na jejich mentální postižení**

Podkapitola o systému škol a eventuálně dalších zařízeních psychopedické péče není zařazena jako plnohodnotná, neboť právě v organizační struktuře těchto škol se očekávají v tomto školním roce změny vyplývající z několikrát novelizovaného školského zákona. V uplynulých letech byly rovněž zaznamenány změny vyplývající z inovace rámcových vzdělávacích programů a vzdělávacích programů pro žáky se speciálními potřebami ve vzdělávání s ohledem na jejich mentální postižení. Až praxe při zavádění a „usazování“ uvedených vzdělávacích programů určených především pro vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami ukáže další potřebu změn, které se mohou dotknout vnitřní organizační struktury těchto škol a zařízení. Uvedenou problematikou se zabývá odbor 24 Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy, pracovní skupina zřízená pro potřeby odboru a dále Výzkumný ústav pedagogický jako součást Národního ústavu pro vzdělávání v Praze.

### **5.2 Význam speciálního školství v 21. století**

Každá doba má své meze, své milníky. Nejinak je tomu na začátku 21. století v české společnosti, která prošla za posledních deset let rozsáhlými změnami, které se dotkly prakticky všech oblastí života jedince i společnosti. Nutně musely rozsáhlé změny poznamenat rovněž českou školu, nutně se musely promítnout do teorie a praxe výchovy a vzdělávání handicapovaných jedinců.

Dovolíme si tvrdit, že ve větší části české společnosti laiků a odborníků dochází ke změně nazírání na mentální handicap - mentální retardaci. Po změnách terminologických, týkajících se mentální retardace jako celku a jejich jednotlivých stupňů, dochází v posledních letech i k faktické změně v posuzování (ze strany

odborníků i laiků) jedince s mentální retardací z hlediska nikoli pouze jeho nedostatků, nýbrž jeho schopností, zachované a rozvíjející se kapacity. Českou odbornou veřejnost ještě stále čeká posun v pohledu na tohoto člověka. Půjde o pohled, který by nezdůrazňoval jen sníženou kapacitu, ale pohled, který bude vyzvedávat specifičnost, odlišnost, jinakost, která poslouží jako odrazový můstek k rozvoji osobnosti dítěte s mentální retardací.

Již od starověku se vyspělejší společnosti snažily vychovávat, vzdělávat, tedy socializovat svou dorůstající mladou generaci v převážné míře institucionálně, ve školách. Teprve s nastupujícími určitými prvky demokratizace ve vzdělávání, jejíž odraz nacházíme především v zavedení povinné školní docházky v jednotlivých zemích, dochází k oddělení - segregaci výchovy a vzdělávání handicapovaných dětí a mládeže. Musíme mít na zřeteli, že zejména ve druhé polovině století devatenáctého a v první polovině dvacátého století šlo o progres charakterizovaný povinnou školní docházkou rovněž pro větší část postižené mládeže, která ponejvíce v podmínkách speciálních škol, podle typu postižení, si osvojovala čtení, psaní, počítání, realie a další dovednosti potřebné pro život sám i pro uplatnění v životě.

Při zdokonalujících se metodách psychodiagnostiky a na základě faktu, že žáci, u nichž byla právě psychodiagnostickými a psychometrickými metodami objektivně diagnostikována mentální retardace, byť v lehkém stupni, si nestačili osvojit běžnými výukovými metodami a prostředky značnou část učiva probíraného v běžné škole, tak se tito žáci postupně (když se učební osnovy stávaly náročnějšími a docházelo k jejich předimenzování množstvím učiva) stávali žáky zvláštních škol. Dnes je již odborné veřejnosti známo, že zvláštní školy nebyly při svém otevření na začátku padesátých let dvacátého století určeny pro žáky mentálně nedostačující, ale pro děti rodičů řeckých politických uprchlíků, kteří se v tehdejší Československu dlouhodobě usadili a jejich školou povinné děti neznaly český jazyk. Šlo tedy o překážku způsobenou jazykovou bariérou. V dalších letech a desetiletích se objevil problém nový, i když dosti podobný. Migrace - na území českých zemí

imigrace Romů ze Slovenska, Maďarska, eventuálně z Rumunska (Sedmihradska). V mnohém se situace opakovala - děti imigrantů nemohli považovat český jazyk za jazyk mateřský, když doma, v rodině hovořili romsky. K jazykové bariéře přistoupila navíc bariéra vytvořena příchodem do prostředí nového, sociokulturně odlišného, které mělo jen málo (nebo vůbec žádné) pochopení pro sociokulturní odlišnosti a jinou hierarchii rodinných vztahů a hodnot. Etablovaná společnost nově příchozí (Romy) nechápala a dlužno dodat, že často ani chápat nechtěla, neboť nešlo o multikulturní vlivy přicházející do tehdejšího socialistického Československa ze zemí bývalého Sovětského svazu.

Jestliže se zamyslíme nad historickým kontextem školského terénu šedesátých a sedmdesátých let dvacátého století v tehdejší Československu, musíme mít na zřeteli, že rozvoj pedagogicko psychologického poradenství a diagnostiky, pěstovaný především v nově otevřených pedagogicko psychologických poradnách, pomohl k detailnější a přesnější diagnostice a nepřímo k růstu sítě zvláštních škol, do kterých byli v běžné praxi ve většině vřazováni žáci s lehkou mentální retardací (namnoze malí Romové). Za další je třeba vzít v úvahu, že náročnější učební osnovy především v hlavních vyučovacích předmětech v základních školách ve druhé polovině sedmdesátých let (tzv. Projekt dalšího rozvoje československé výchovně vzdělávací soustavy - 1976) vedl k přeřazování ze základních do zvláštních škol i těch žáků, kteří se již v prvním nebo druhém ročníku základní školy jeví jako podprůměrní, i když ještě nebyli klasifikováni stupněm nedostatečným.

Všem žákům základních škol, kteří nyní dosahují zejména na prvním stupni podprůměrné výsledky z hlediska množství a kvality osvojeného učiva v hlavních, naukových vyučovacích předmětech, by měla být dána dostatečně velká šance, aby tento svůj handicap mohli za úzké spolupráce dalších žáků, učitele, rodičů, školy a dalších odborníků postupně zmírnit a odstranit, aniž by byli hned vřazováni do škol speciálních, nejčastěji zvláštních, a vytrhováni tak z prostředí jim důvěrně známého, blízkého, ve kterém již poznali své kamarády, navázali s nimi odpovídající vrstevnické vztahy a vybudovali si v prostředí běžné základní školy mezi nepostiženými spolužáky ve třídě určitou pozici.



Úprava edukačního prostředí v běžné základní škole, postupná změna klimatu školy a koneckonců rovněž diverzifikace jednotlivých vzdělávacích programů by měly postupně vrátit alespoň část žáků s lehkou mentální retardací do běžných škol, které by se pak za přispění širšího týmu odborníků (pedagogů, speciálních pedagogů, psychologů, sociálních pracovníků a rodičů žáka) rozhodly, zda pro vzdělávání žáka se speciálními potřebami je vhodná běžná třída nebo třída speciální s nižším počtem žáků a s dalšími úpravami edukačního prostředí. Integrovaná výchova a vzdělávání žáků s lehkým (a v budoucnu jistě i středním) stupněm postižení je nutně spojena s vyšší mírou participace rodičů žáka postiženého i rodičů ostatních spolužáků ve třídě a po reformě veřejné správy rovněž s větší mírou participace obce, ve které se škola nachází. Tato opatření spolu s příslušnými finančními „tahy“ by měly zabezpečit dostatečně kvalitní, podnětné vzdělávací prostředí v běžné škole i pro žáky s handicapem. Zde nemám na mysli žáky s těžkým handicapem, kteří samozřejmě mají nezadatelné právo na vzdělání. Vzdělávání těžce postižených bude jistě i v dalších letech značně diverzifikované a zřejmě i nadále poskytované ve speciálních školských zařízeních. Ve specifickém prostředí, ve kterém tito žáci dosahují lepší výsledky při adekvátní podpoře okolí a při různosti vzdělávacích programů.

### **5.3 Výchovně vzdělávací péče o děti s kombinovaným postižením**

Oblast možností efektivních intervencí ve smyslu vzdělávání (edukace) a výchovné rehabilitace je výzkumně jen velmi málo podchycená (Vančová, 2001, s. 5). Údaje k efektivnímu vzdělávání žáků s kombinovaným postižením (kombinovanou vadou) jsou shromážděna zejména na základě empirie.

Za nejpodstatnější se považuje rozvoj vnímání a pohybu jako podstatných znaků života (Vítková, 1999, s. 55). Mohou tedy narušovat i více oblastí, přičemž dosahují jednotlivé kombinace různých stupňů a závažnosti. Častá je kombinace dvou i více

závažných vad. Např. mentální postižení a pohybová vada, mentální postižení v kombinaci se smyslovými vadami, mentální postižení sdružené s postižením pohybovým, smyslovým či dětskou mozkovou obrnou.

Na komplexní péči zajišťující výchovu a vzdělávání mentálně retardovaných jedinců včetně poradenské činnosti, se podílejí v současnosti resorty zdravotnictví, školství a sociálních věcí systémem speciálních škol a zařízení od věku předškolního až do stáří (stacionáře, ústavy sociální péče pro mentálně retardované, speciální mateřské školy, zvláštní školy, pomocné školy, praktické školy, odborná učiliště, speciálně pedagogická centra). Vedle těchto státních institucí vznikla po roce 1990 řada alternativních forem pomoci a podpory jedincům s mentálním postižením v podobě nestátních organizací – církví, nadací, občanských sdružení, soukromých společností atd. (Vítková, 2004, s. 129).

Žáci s více vadami, pokud jednou z jejich vad je mentální postižení, se ve většině případů vzdělávají v základních školách speciálních (dříve v pomocných a zvláštních školách), případně ve speciálních třídách pro žáky s více vadami. Žáci s těžkým mentálním postižením, žáci s více vadami a žáci s autismem se mohou vzdělávat v základní škole speciální, a to se souhlasem zákonného zástupce a na základě písemného doporučení odborného lékaře a školského poradenského zařízení (zákon č. 561/2004 Sb., tzv. „školský zákon“). Jedinci s více vadami, kteří nejsou mentálně postižení, se vzdělávají v základních školách, které svým zaměřením odpovídají potřebám vyplývajícím z jejich nejzávažnějšího postižení.

Pedagogická činnost s žáky s více vadami je mimořádně náročná a vyžaduje vysokou míru odbornosti a vytvoření optimálních podmínek (Vítková, 2003a, s. 158).

Určení školní zralosti ve věku do šesti let je ve většině případů dětí s kombinovaným postižením diagnostický problém. Testovací metody nejsou tak dokonalé. Proto dochází v případech dětí s kombinovanou vadou k častějším návrhům a následnému odložení školní docházky a výuky.



### ***Shrnutí kapitoly***

Psychopedie je speciálně pedagogickou disciplínou, zabývající se výchovou, vzděláváním a rozvojem osob s mentálním postižením a snahou o jeho plné začlenění (pedagogické – školní, sociální, pracovní) do společnosti. Oblast péče o jedince s mentálním postižením v současné uspěchané a přetechnizované době s sebou nese mnoho nových poznatků i prohloubení znalostí v poznacích již existujících. Ve všech oblastech moderního života je prosazována, alespoň nepřímo přes postmoderní směry, globální výchova a s ní související široký proces integrace a inkluze. Od šedesátých let 20. století v Československu a následně v České republice se vyvíjelo speciální školství a speciální vzdělávání pro žáky s mentálním postižením specifickým způsobem, odlišným od většiny okolních zemí. Současné požadavky na vzdělávání žáků s těžšími (kombinovanými) formami postižení vyžadují větší míru speciálně pedagogických intervencí.



### ***Kontrolní otázky a úkoly:***

1. Charakterizuj pojem integrace podle Jesenského a srovnej s obsahem totožného pojmu u Miloše Sováka. Pokus se uvést, co bylo jeho primárním významem.
2. Uveď stupně sociální integrace podle Jesenského a zkus jednotlivé stupně charakterizovat.
3. Najdi rozdíly v obsahu pojmů integrace a inkluze.
4. Jaký význam má speciální školství v 21. století v ČR?

5. Jaký význam má speciální vzdělávání v 21. století?



**Úkoly k textu**

Na webových stránkách Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy vyhledej aktuálně platné rámcové vzdělávací programy, podle kterých se vyučují žáci s mentálním postižením v úrovni základního vzdělávání.



**Citovaná a doporučená literatura**

EDELSBERGER, L. A KOL. *Defektologický slovník*. Jinočany: H+H, 2000. ISBN 80-86022-76-5.

FRANIOK, P. *Vzdělávání osob s mentálním postižením*. 2. vydání. Ostrava: Ostravská univerzita – PedF, 2007. ISBN 80-7368-274-5.

JESENSKÝ, J. *Prostor pro integraci*. Praha: ComeniaConsult, 1993.

NOVOSAD, L. *Některé aspekty socializace lidí se zdravotním postižením*. Liberec: Technická univerzita – PdF, 1997. ISBN 80-7083-268-1.

SCHOPLER, E., MESIBOV, P. *Cwiczenia edukacyjne dla dzieci autystycznych*. Gdańsk: GWP, 1994. ISBN 83-85416-28-5.

SOVÁK, M. *Nárys speciální pedagogiky*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1980.

ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2000. ISBN 81-7178-506-7.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-214-9.

VALENTA, M., MÜLLER, O. *Psychopedie*. Praha: Parta, 2003. ISBN 80-7320-039-2.

VANČOVÁ, A. *Edukácia viacnásobne postihnutých*. Bratislava: Sapiaentia, 2001. ISBN 80-967108-7-X.

VÍTKOVÁ, M. (ed.) *Otázky speciálně pedagogického poradenství*. Brno: MSD, 2003. ISBN 80-86633-08-X.

VÍTKOVÁ, M. (ed.) *Integrativní speciální pedagogika. Integrace školní a sociální*. Brno: Paido, 2004. ISBN 80-7315-071-9.

Název: Psychopedie 1

Autor: Doc. PaedDr. Petr Franiok, Ph.D.

Vydavatel: Ostravská univerzita v Ostravě – Pedagogická fakulta

Rok: 2014

Vydání: první

Tisk: elektronicky

ISBN 978-80-7464-645-4

