



INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

TEHTO PROJEKT JE SPOLUFIHANCOVÁN EVROPSKÝM SOCIÁLNÍM FONDĚM A STÁTNÍM ROZPOČTEM ČESKÉ REPUBLIKY.

Název: Speciální pedagogika osob s mentálním postižením – vybraná základní témata.

Autor: Kateřina Janků

Jazyková korektura nebyla provedena, za jazykovou stránku odpovídá autor.

Recenzent: PhDr. et PhDr. Martin Kaleja, Ph.D., Ostravská univerzita v Ostravě

© Mgr. Kateřina Janků, Ph.D.

© Ostravská univerzita v Ostravě

ISBN 978-80-7464-640-9

Obsah

## **#Slovo úvodem**

### **#1 Fenomén mentální retardace**

#### **#1.1 Definice a vymezení základních termínů**

#### **#1.2 Etiologie mentální retardace**

##### **#1.2.1 Endogenní faktory vzniku mentální retardace**

##### **#1.2.2 Exogenní faktory vzniku mentální retardace**

#### **#1.3 Klasifikace mentální retardace**

##### **#1.3.1 Klasifikace mentální retardace podle formy a doby vzniku**

##### **#1.3.2 Klasifikace mentální retardace podle stupně**

## **#Shrnutí**

### **#2 Osobnost člověka s mentálním postižením**

#### **#2.1 Specifika struktury osobnosti jedince s mentálním postižením**

#### **#2.2 Zvláštnosti sensorického vnímání u osob s mentálním postižením**

##### **#2.2.1 Zrakové vnímání u jedince s mentálním postižením**

##### **#2.2.2 Sluchové vnímání u jedince s mentálním postižením**

##### **#2.2.3 Taktilní percepce u jedince s mentálním postižením**

##### **#2.2.4 Čichové a chuťové vnímání u jedince s mentálním postižením**

## **#Shrnutí**

### **#3 Edukace dětí s mentálním postižením**

#### **#3.1 Edukace zaměřená na školství**

##### **#3.1.1 Edukace osob s těžkým mentálním postižením a souběžným postižením více vadami**

#### **#3.2 Edukace zaměřená na instituce**

## **#Shrnutí**

## **#Závěr**

Slovo úvodem

Vážení studenti,

Tento studijní text vznikl v rámci finanční podpory z projektu ESF OP VK s názvem Podpora terciárního vzdělávání studentů se specifickými vzdělávacími potřebami na Ostravské univerzitě v Ostravě (reg.č. CZ.1.07/2.2.00/29.0006). Cílem výše uvedeného

projektu bylo zejména zpřístupnění studia studentům se specifickými vzdělávacími potřebami na fakultách Ostravské univerzity v Ostravě.

Speciální pedagogika osob s mentálním postižením je jednou z hlavních částí studia oboru speciální pedagogika. Poznání fenoménu mentální retardace, charakterizování osobnosti s mentálním postižením, jeho specifických zvláštností a procesu edukace, je bazální nejen pro tuto studijní oporu.

Studijní materiál obsahuje v každé kapitole úkoly k textu a úkoly k zamyšlení, popřípadě doplnění informací i z dalších odborných materiálů. Tyto dílčí úkoly slouží nejen k lepšímu zapamatování naučeného, ale rovněž k prohloubení vědomostí. Na konci každé kapitoly pak najdete shrnutí všeho, co pokládáme za podstatné. Text je doprovázen grafickými ikonami, které slouží k lepší zrakové orientaci v textu, a k vyznačení záměru autora. Tento materiál byl také adaptován do podoby elektronického dokumentu, který mohou využívat i studenti se zrakovým postižením.

Student by měl být v konečné fázi studia schopen:

Vymezit a definovat mentální retardaci z různých úhlů pohledu a zejména pro potřeby speciálního pedagoga;

Popsat příčiny endogenního i exogenního charakteru vedoucí ke vzniku mentálního postižení;

Charakterizovat základní klasifikace a dělení mentální retardace podle doby vzniku, typu a stupně uvedeného v mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN 10);

Popsat jedince s lehkým stupněm mentální retardace, jedince se středně těžkým stupněm mentální retardace, jedince s těžkým stupněm mentální retardace a jedince s hlubokým stupněm mentální retardace;

Definovat obecné zvláštnosti osobnosti jedince s mentálním postižením;

Diskutovat o sensorické percepci člověka s mentálním postižením se zaměřením na zrakovou, sluchovou, taktilní, chuťovou a čichovou percepci;

Posoudit výchovu a vzdělávání – tj. edukační proces osob s mentálním postižením;

Strukturovat školská zařízení podle možností dětí a žáků s mentálním postižením a jejich věku;

Vymezit základní problematiku, která se týká zařazování jedinců s mentálním postižením do institucionální péče a tzv. sociálních zařízení.

Znalost základní problematiky vztahující se k edukaci osob s mentálním postižením vede zcela jistě ke zkvalitňování práce budoucích speciálních pedagogů, tedy studentů, pro které je text primárně určen. Správné porozumění dané tematiky je prvním krokem ke zlepšení a rozšíření aktivit speciálního pedagoga. V době, kdy se postupy a metody speciální pedagogiky mění, ať už mluvíme o transformaci péče o jedince s mentálním postižením nebo o transformaci celkové podpory a vzdělávání osob se zdravotním postižením, je širší povědomí odborné i laické veřejnosti více než důležité.

I přestože tento studijní materiál nevede k plnému zajištění všech kompetencí a schopností v rámci disciplíny psychopedie, lze jej využít jako úvodní text, na který je možné navázat dalšími rozvíjejícími informacemi.

Přeji vám příjemné studium.

Kateřina Janků

# #1 Fenomén mentální retardace

## Cíl kapitoly

Po nastudování této kapitoly byste měli být schopni:

Definovat a vymežit mentální retardaci z různých úhlů pohledu;

Charakterizovat souvislosti endogenních i exogenních příčin vzniku mentálního postižení;

Objasnit dělení mentální retardace podle formy a doby vzniku;

Umět popsat rozdělení mentální retardace podle stupně

Objasnit konkrétní stupně mentální retardace podle klasifikace WHO.

## Klíčová slova

Mentální retardace, mentální postižení, osoba s mentálním postižením, endogenní příčiny, exogenní příčiny, primární mentální postižení, sekundární mentální postižení, lehká mentální retardace, středně těžká mentální retardace, těžká mentální retardace, hluboká mentální retardace, jiná mentální retardace, nespecifikovaná mentální retardace, hraniční pásmo, WHO.

## Čas na prostudování kapitoly

10 hodin

## Průvodce studiem

V úvodu této první kapitoly, a vlastně na začátku tohoto studijního materiálu, bych chtěla, abyste se zamysleli nad samotným mentálním postižením. Není vaše aktuální povědomí obestřeno nějakými nereálnými zastaralými informacemi, stejně jako historie psychopedie a osobnost člověka s mentálním postižením? Ověřování pravd a zavrhování mýtů, které o mentální retardaci víte, je velkou součástí této disciplíny. Informace budou na sebe v textu navazovat a vzájemně se rozvíjet, čtěte tedy pozorně, opakujte si text, dělejte si své vlastní poznámky. Psychopedie je jeden z nejzajímavějších oborů speciální pedagogiky, pojďme se tedy něco nového dozvědět.

Mentální retardace patří mezi jednu z nejčastějších odchylek vývoje centrální nervové soustavy. Jedinci s mentální retardací byli v historii segregováni, likvidováni a odmítáni zejména z důvodu nedostatečného společenského chování porozumět jejich životní realitě, potřebám a projevům. Novodobé přístupy k osobám s mentálním postižením se dají charakterizovat integračními a socializačními tendencemi, a také vzrůstajícím zájmem o inkluzi do intaktní společnosti. I přes velký pokrok dneška zůstává množství otázek stále nezodpovězených. Velmi složité zákonitosti skrývají kombinované a těžké mentální vady, které vytvářejí novou dimenzi postižení. Pokusme si tedy shrnout fakta a informace týkající se fenoménu mentální retardace.

## #1.1 Definice a vymezení základních termínů

Mentální retardace je jev nesmírně složitý vzhledem k celé řadě faktorů a kritérií, kterými může být determinován – posouzením inteligenčního kvocientu biologickými faktory, psychickými funkcemi a sociálními hledisky. Už z tohoto pohledu vyplývá

jednoznačně interdisciplinární charakter problematiky týkající se mentální retardace, která vyjadřuje určitý stupeň zaostávání duševního vývoje.

Již na začátku si uvědomme, že ke stanovení diagnózy mentální retardace nepatří jen selhávání člověka v testech inteligence (IQ), ale současně musí dojít k selhávání věku přiměřených očekávání a všeobecně přijatelnému chování a jednání podle platných společenských norem.

Co tedy vyjadřuje pojem mentální retardace, jaké jsou jeho souvislosti ať už historického či axiomatického charakteru?

Termín mentální retardace byl zaveden do odborných profesionálních kruhů Americkou společností pro mentální deficienci (AAMD – American Association of Mental Deficiency) přibližně ve 30tých letech minulého století. Ovšemže tento počin nebyl první zmínkou o tomto druhu postižení u nás, ani ve světě. Do této doby převládala, podle historických dokumentů, škála pojmů, které se spíše obracely k symptomatice a etiologii daného postižení, jež vyjadřovalo, pro tehdejší dobu, srozumitelně podstatu mentální retardace v rámci chápání a použitelnosti populace. Mentální retardace znamená v překladu z latiny „opožďenost mentálního vývoje“ („mens“ = mysl, rozum; „retardare“ = opožďovati se) .

Tento název byl závazně přijat zástupci jednotlivých vědních oborů na mezinárodní konferenci v Miláně v roce 1959, kterou pořádala Světová zdravotnická organizace (WHO).

V našich zemích se v počátcích rozvoje speciální pedagogiky používal nejvíce termín oligofrenie. Přičemž termín oligofrenie pochází z řečtiny a mohl by být rozdělen na „oligo“ a „phrén“, což ve volném překladu do českého jazyka znamená „málo“ a „duše, mysl“, čili slabomyslnost.

Pokud bychom chtěli uceleně prozkoumat definice, které se vyjadřují k charakteristice mentální retardace, mohli bychom tyto rozčlenit do minimálně dvou skupin, které se snaží popsat tento jev z různých hledisek a postojů odlišným způsobem.

Prvním velkým oddílem definic mentální retardace jsou stručná podmíněná uspořádání, která se snaží vyzdvihnout zejména příčinu jako podstatu tohoto fenoménu.

Mezi nejvýstižnější, nejdelsí a nejstarší definice patří popis mentální retardace podle Dolejšího: „Mentální retardace je vývojová porucha integrace psychických funkcí různé hierarchie s variabilní ohraničeností a celkovou subnormální inteligencí, závislá na některých z těchto činitelů: na nedostacích genetických vloh; na porušeném stavu anatomicke-fyziologické struktury a funkce mozku a jeho zrání; na nedostatečném nasyčování základních psychických potřeb dítěte vlivem deprivace sensorické, emoční a kulturní; na deficitním učení; na zvláštnostech vývoje motivace, zejména negativních zkušenostech jedince po opakovaných stavech frustrace a stresu; na typologických zvláštnostech vývoje osobnosti.“ (1973, s. 36)

Mezi novější, spíše psychologické, definice vztahující se také k faktorům etiologickým patří popis Krejčířové: „Mentální retardace je závažné postižení vývoje rozumových schopností prenatální, perinatální nebo časně postnatální etiologie, které vede i k významnému omezení v adaptivním fungování postiženého dítěte či dospělého v jeho sociálním prostředí.“ (1998, s. 151)

Etiologická vymezení uzavřeme například definicí I. Švarcové (2006): „Mentálním postižením nebo mentální retardací nazýváme tedy trvalé snížení rozumových schopností, které vzniklo v důsledku organického poškození mozku. Mentální postižení

není nemoc, je to trvalý stav, způsobený neodstranitelnou nedostatečností nebo poškozením mozku.“ (2006, s. 25)

Druhou podstatnou skupinu tezí tvoří definice autorů, jejichž cílem není vytknout příčinu, a tím podnět a pohnutku vzniku této poruchy, ale naopak symptom, odraz a problém člověka v sociokulturních socializačně – integračních souvislostech.

Výstižná a všezahrnující definice Vágnerové patří k těm, které podávají o mentální retardaci kompletní obraz: Mentální retardace je souhrnné označení vrozeného defektu rozumových schopností. Postižení je definováno jako neschopnost dosáhnout odpovídajícího stupně intelektového vývoje (méně než 70% normy), přestože byl takový jedinec přijatelným způsobem výchovně stimulován. Nízká úroveň inteligence bývá spojena se snížením či změnou dalších schopností a odlišností ve struktuře osobnosti.

Hlavní znaky jsou:

Nízká úroveň rozumových schopností, která se projevuje především nedostatečným rozvojem myšlení, omezenou schopností učení a obtížnější adaptací na běžné životní podmínky.

Postižení je vrozené.

Postižení je trvalé, přestože je v závislosti na etiologii možné určité zlepšení. Horní hranice dosažitelného rozvoje takového člověka je dána jak závažností a příčinou defektu, tak individuálně specifickou přijatelností působení prostředí, tj. výchovných a terapeutických vlivů. (1999, s. 146)

Za zmínku určitě stojí jedno z posledních vymezení mentální retardace z roku 2002 podle Americké asociace pro mentální retardaci (American Association on Mental Retardation – AAMR, dřívější AAMD), která chápe mentální postižení na tzv. podpurném modelu a na ekonomických východiscích: „Mentální retardace je snížená schopnost charakterizovaná výraznými omezeními v intelektových funkcích a také v adaptačním chování, což se projevuje v pojmových, sociálních a praktických adaptačních dovednostech.“ Dále Americká asociace pro mentální retardaci stanovuje pět předpokladů pro aplikaci této definice:

snížení aktuální funkčnosti musí být posuzováno v souvislosti s prostředím komunity typické pro daný věk a kulturu jedince

bere v úvahu kulturní a jazykovou rozmanitost a také individuální rozdíly v komunikaci, vnímání, pohybových možnostech a chování

u každého jedince se vedle omezení vyskytují i jeho silné stránky

zjišťování limitů má jít ruku v ruce s vypracováním systému cílené podpory.

Mentální retardace zde zjevně není chápána jako absolutní charakteristika vymezená jednotlivcem, ale je chápána jako interakce jedince a prostředí s dalšími faktory. U tohoto modelu se rozlišují čtyři stupně podpory – občasná, omezená, rozsáhlá, pervazivní (všepromokávající), které se využívají místo čtyř tradičních stupňů klasifikace (tj. lehká, středně těžká, těžká a hluboká mentální retardace). Stupeň potřebné podpory však nemusí nutně vyjadřovat hloubku postižení intelektu. Člověk s lehkým stupněm postižení může dočasně vyžadovat větší míru podpory při svém zapojení do náročnější pracovní činnosti než člověk s těžším postižením intelektu, který se rychle adaptoval na jednoduchou pracovní činnost. Výhoda tohoto modelu spočívá ve větší využitelnosti v praktickém životě. Popis možností (kompetencí) člověka, namísto popisu jeho omezení, umožňuje vytvořit si přesnější představu o jeho schopnostech zapojit se do

určitého prostředí. Časová dimenze nás navíc nutí k vnímání člověka v kontextu dynamiky jeho individuálního vývoje.

V lednu roku 2004 byla Americkou asociací pro mentální retardaci vydána standardizovaná škála, která měří právě míru podpory, kterou člověk potřebuje k tomu, aby mohl žít v běžném prostředí (Support Intensity Scale). Diagnostika mentální retardace je tedy kromě měření inteligence a posuzování adaptivního chování obohacena ještě o měření potřebné míry podpory. Právě kvalitní diagnostika podpory je pro práci s lidmi s mentálním postižením nejvíce prakticky využitelná. (Gargiulo, 2007)

Závěrem tohoto krátkého definičního shrnutí je nutné říci, že autoři, kteří se fenoménem mentální retardace zabývali, či zabývají, se snaží vytknout vždy subjektivně důležitý faktor a hledisko popisující tento jev. Ne vždy jsou definice ucelené a komplexní. Někdy jde pouze o hledisko zdůrazňující inteligenční kvocient (IQ), někdy jde o zdůraznění biologických faktorů, někdy naopak sociálních, a některé z definic uvádějí hledisek více. V dnešní době humanizačního a integračního rozvoje speciální pedagogiky je, podle mého názoru, stěžejní vyjádřit spojitost mentální retardace s adaptačními poruchami a celkovým komplexním fungováním osobnosti, na rozdíl od uvádění výše inteligenčního kvocientu a přesného vymezení etiologických faktorů, které bez sociokulturních souvislostí nemusí nutně evokovat handicap člověka ve své vlastní podstatě. S tímto je také spojena podstata používání termínu mentální retardace, který je nahrazován termíny „člověk (osoba) s mentálním postižením“, což evokuje na prvním místě lidskou bytost a humanizační postoje společnosti směrem k postiženým.

Snad by další systém definic měl, podobně jako u americké definice AAMR 2002, spíše směřovat k vyjádření určité speciální podpory, kterou jedinec s mentální retardací potřebuje, tak, aby si i neodborník v dané profesi uměl představit reálné možnosti tohoto člověka v konkrétním životě.

#### Etiologie mentální retardace

Fenomén mentální retardace byl v popředí zájmu lidí již v průběhu a prvopočátcích vývoje společnosti. Vůbec první otázkou badatelů a myslitelů zabývajících se touto problematikou byla primární kauzální otázka: „Proč? Proč jsou někteří lidé jiní než ostatní? Co tyto změny způsobuje?“. Po příčinách mentální retardace pátraly v historii civilizace mnohé osobnosti, které přisuzovali nedostatečné rozumové schopnosti nadpřirozeným jevům, odmítání bohů, trestům matkám a otcům, nedostatkům materiálním, psychickému strádání, zákeřnému momentálnímu šílenství nebo naopak daru bláznům a věčnému dětství. V dnešním moderním světě vědy bylo již ověřeno a získáno množství poznatků o etiologii mentálního postižení, které vyvrátily, nebo naopak potvrdily, některé historické teze. Poznání těchto příčin přispělo nejen k lepšímu rozvoji a výchově jedince s mentální retardací, ale také k odvrácení některých rozumových vad celkově. Závěrem, který byl vytvořen pod vlnou informací a dat získaných o původu tohoto jevu, je fakt, že mentální retardace není nemoc, ale spíše stav jedince, který je ve většině případů nezvratný, měnící se vývojem a vytvářející komplex odlišné struktury člověka.

Etiologické faktory dělíme podle základních speciálněpedagogických souvislostí na endogenní (vnitřní) a exogenní (vnější).

Zde je ale nutné podotknout a uvědomit si, že vznik mentální retardace podmiňuje takřka vždy vzájemné ovlivňování více faktorů (multifaktorialita postižení).

## # 1.1 Endogenní faktory vzniku mentální retardace

Mezi stěžejní vnitřní etiologické faktory patří zjevně dědičnost a genetické vlohy jedince.

Genetická výbava jedince z hlediska časového může být utvořena již dávnými procesy (dědičností) spontánních mutací genů v zárodečných buňkách, ale také náhlou a aktuální spontánní mutací v průběhu prenatálního vývoje. (srov. Penrose, In: Černá, 1995, Pipeková, 2003) Přičemž Zvolský (1996) uvádí, že intelektové schopnosti dítěte jsou výslednicí průměru intelektového nadání rodičů. V tomto případě se jedná o nedostatek funkčních genů. Lehká mentální retardace vzniká většinou v důsledku zděděné inteligence a vlivů rodinného prostředí. Odchylka struktury CNS může být také odhalena jako působení specifických genetických příčin. Podle Zvolského mohou být tyto příčiny dominantně podmíněné, které podmiňují vznik velmi vzácných poruch – např. fakomatóza, neurofibromatóza. Dále recesivně podmíněných, které patří mezi nejčastější z této skupiny a zahrnují typické dědičné metabolické poruchy – fenylketonurie, galaktosemie, Hurlerův syndrom. Podmíněných poruchou sex chromozomů, které se vyskytují u 25% častěji u mužů než u žen, a častěji se vyskytuje nadbytečný X chromozom. Kupříkladu zde patří Klinelfelterův syndrom (XXY), Turnerův syndrom (XO), Lesch – Nyhanův syndrom. Chromozomální abnormalitou je také podmíněn nejznámější Downův syndrom (trizomie 21. chromozomu). Velmi častým jevem je skrytá a někdy neobjevená chromozomální vada (chromozomální aberace), která patří do skupiny nespecificky podmíněných poruch.

V České republice je již hojně využívána prenatální diagnostika (95 % těhotných žen), která ať už odběrem plodové vody, buněk z placenty nebo krve z pupečníku, zjišťuje zdravotní stav plodu a geneticky jej vyšetřuje. Ultrazvukem dokážeme již ve 12. týdnu odhalit většinu anatomicko-fyziologických vad (nad 90 %). Tato medicínská oblast odhalila také větší rizikovost žen nad 35 let. (srov. Franiok, 2005)

## #1.2 Exogenní faktory vzniku mentální retardace

Vývoj mozku a CNS probíhá souvisle ve fázích období těhotenství (prenatální fáze), období porodním (perinatální fáze) a období raného vývoje, přibližně do dvou let – někteří autoři uvádějí i do 1,5 roku (postnatální fáze). V těchto periodách, ale také v raném dětství i dospělosti mohou působit na jedince také příčiny vnějšího charakteru – exogenní příčiny. Podle podstaty a míry mohou určitým způsobem vývoj dítěte ovlivnit, popř. úplně zastavit, eventuálně narušit takovým způsobem, že je následkem nižší rozumová schopnost a mentální retardace.

Mezi tyto vnější faktory patří extrémní podmínky sociálního výchozího prostředí dítěte, které ovlivňují zrání mozkových buněk a vývoj rozumových schopností podle soudobé literatury až o 10-20 bodů inteligenčního kvocientu. Ve skutečnosti to znamená, že nesprávná výchova, nestabilní vztahy v primární rodině, chudoba a odlišnosti pramenící z kulturní deprivace je ve vzájemném vztahu k růstu a rozvoji nervové soustavy dítěte. Nejpodstatnější skupinou těchto sociálních příčin jsou psychosociální

deprivace, čili dlouhodobé strádání a neuspokojování potřeb dítěte v raném věku. I v dnešní době existují bohužel rodiny, které o své děti nemají zájem nebo neumí naplňovat jejich osobní potřeby.

Markantní rozvoj medicíny v posledním století vede k úbytku vlivu nemocí a infekcí, které způsobovaly mentální postižení, popřípadě jejich následky zmírňuje a následně s nimi pracuje. Na druhou stranu se ovšem objevují nemoci a infekce neprozkoumané, neobjasněné, které způsobují regresi v rozumových schopnostech i v průběhu života člověka. Mezi ně patří záněty mozku, encefalitidy, v prenatálním stádiu také zarděnkové embryopatie, novorozenecký syfilis, toxoplasmóza, ad. Velkým problémem jsou intoxikace, ať už opět v nitroděložním stádiu vztahově skrze matku na dítě nebo samostatně ve stádiu raného dětství (otravy toxickými látkami, alkoholismus, kouření, abúzus drog a léčiv). Neopomenutelným faktorem vyplývajícím z modernizace technologií a technického pokroku společnosti jsou vlivy záření, běžně používané v medicíně a dalších oborech (UVB, rentgenové paprsky, laser), které zejména v časně prenatálním (embryonálním) období ovlivňují zárodek dítěte. Bohužel nejsou výjimkou ani úrazy a mechanická poranění mozku, které jsou ve většině případů ireverzibilní, stejně tak jako výskyt nádorových onemocnění zejména v dětském věku.

Nepříliš optimistickým závěrem této podkapitoly je přiznání společnosti, že u 80% případů jde o neznámý, resp. neurčený původ mentální retardace. (srov. Švarcová, 2006, Franiok, 2005, Pipeková, 1998, ad.)

### **#1.3 Klasifikace mentální retardace**

Výzkumný vývoj mnoha vědeckých oborů nám pomohl objevit diferenční specifika jednotlivých druhů mentální retardace. Odborná populace došla k názoru, že mentální retardaci rozumíme množství stavů, které se liší faktoriálně, etiologicky, symptomaticky i pragmaticky. Lidé s mentálním postižením mohou prokazovat určitou similaritu, která vyplývá ze snížených rozumových schopností, na druhou stranu to jsou lidé velmi individuálně specifičtí, nejen z důvodu lidské originality, ale také z důvodu různého typu, stupně, popř. druhu této vady. Tedy přístup intaktní a profesně odborné společnosti k populaci osob s mentálním postižením musí být podpořen skutečným poznáním a prozkoumáním jedinečně proměnné mentální retardace. Jedině takto může být započata relativně správná cesta k odpovídajícím postojům, intervencím, vzdělávání, výchově a péči.

#### **#1.3.1 Klasifikace mentální retardace podle formy a doby vzniku**

Původní a prvotní klasifikace mentální retardace vycházely z dostupných výzkumů zejména lékařského rázu – neurologie, psychiatrie, pediatrie. Tato první dělení třídí mentální retardaci podle prvních známek symptomů na:

primární mentální postižení

sekundární mentální postižení.

Za primární mentální retardaci lze považovat určité poškození CNS, které je způsobeno abnormálním vývojem nervové soustavy, odlišnou strukturou nebo dalšími etiologickými faktory, které narušují systém CNS v průběhu období od oplození do dvou let života



dítěte (přibližně). Jedná se tedy o mentální postižení vrozené nebo získané časně, následkem orgánového poškození mozku.

Prenatální, perinatální a raně postnatální stádium vývoje jedince patří k nejkritičtějším obdobím lidského života. Vlivem různých příčin a jejich kombinací a komplexností vzniká mentální postižení, které je známé pod pojmem oligofrenie – slabomyslnost (viz podkapitola o definici mentální retardace).

Termín oligofrenie byl poprvé použit zakladatelem moderních psychiatrických klasifikací Emilem Kraepelinem ve vrcholném vydání jeho Učebnice psychiatrie, kde pojem nahradil předcházející kategorií tzv. vývojových inhibicí, do kterých spadala imbecilita a idiocie. (Černoušek, 1994, In: Valenta, Müller, 2003, s. 15) Tento typ mentální retardace má tedy organickou bázi, která je specifická globálním snížením intelektových schopností. (srov. Vágnerová, 1997, Franiok, 2005, Pipeková, 2004, In: Vítková, (ed.), 2004, ad.) Vezmeme-li v potaz starší literaturu nestorů speciální pedagogiky, pak např. Sovák (1972) píše o oligofrenii takto: „Příznaky vystupují nejzřetelněji v oblasti rozumové jako omezení, přerušení nebo zastavení vývoje. Jsou postiženy i jiné psychické funkce: navozování podmíněných reflexů a spojů je prodlouženo úměrně stupni mentální poruchy. Zatímco zdravému dítěti stačí podmíněný spoj (např. úchopovou reakci na sluchový podnět) 1 až 2krát navodit, bývá u oligofrenních nutno navozovat reakci 100 až 300krát....“. Kysučan (1988), který se podílí již na publikaci Speciální pedagogika pro učitele prvního stupně základní školy (Edelsberger, Kábele a kol., 1988), navíc ještě rozlišuje slabomyslnost na tzv. diferencovanou a nediferencovanou, ve které se příčinné faktory prolínají natolik, že nelze přesně určit, který z nich je dominantní a etiologicky hlavní. Odtud zjevně také pochází myšlenka „...multikauzality, multidimenzionality a multifaktoriality etiologie postižení“. (Kysučan, Kuja, 1996, s. 20)

Za sekundární mentální postižení považujeme na prvním místě demenci (z lat. de – (předpona) = se, ze, od; mens = mysl), která má v porovnání s oligofrenií většinou progredující charakter s tendencí postupného zhoršování a prohlubování symptomů. V Defektologickém slovníku nalezneme pod termínem demence: „ ...později vzniklý úpadek duševních schopností rozumových i povahových, na rozdíl od oligofrenie, tj. trvalého snížení rozumových schopností od počátku života.“ Z lékařského (psychiatrického) hlediska patří demence mezi skupinu duševních poruch organicky podmíněných, včetně symptomatických (tj. podle Mezinárodní klasifikace nemocí – dále jen MKN pásmo F00 – F09). Toto chápání pojmu demence stojí v rozporu širšího speciálněpedagogického chápání mentální retardace, navíc, podle MKN- 10 je tato diagnóza chápána podle doby vzniku až do 18. roku života. V případech školních a předškolních dětí je podle této zdravotnické klasifikace možné použít jak sekci F00 – F09, tak sekci mentální retardace F70-F79 (viz dále), která je vhodnější právě pro svou podstatu mentálního postižení. Podle Vágnerové (2004) je demence označení pro syndrom, který je typický úbytkem komplexu kognitivních funkcí, především inteligence a paměti. Základním příznakem tohoto závažného organicky – psychického postižení je podle Jiráka (In: Zvolský, 2003) tzv. intelektová deteriorace – ostrůvkovitý úbytek schopností a vědomostí jedince. Obecně je demence snížení intelektu od původní (premorbidní) kapacity minimálně o 20%. Podle Krejčířové (1997) se tento úbytek rozumových schopností velmi liší u dětí a dospělých. Proto odborně rozlišujeme demenci a demenci u dětí, která svými charakteristikami, rozložením postižených funkcí i průběhem, neodpovídá demenci jakožto jednotnému patologickému obrazu.

U dítěte, po druhém roce života, se jedná velmi často o kombinaci vlivů nemocí a vývojových změn v CNS dynamického a nestálého charakteru. U dospělého jedince se vyskytuje spíše stacionární postižení, které bývá důsledkem regresivních chorob. Bohužel demence má v mnoha případech progredující charakter s tendencí postupného zhoršování a prohlubování symptomů, i přestože se nezdá tento proces pozastaví, zpomalí nebo směřuje k výchozímu stavu, jak poznamenává Valenta (2003). Mezi diagnosticko – symptomatická východiska vzniku demence patří (srov.

Vágnerová, Zvolský, Jirák, Krejčířová, Valenta, ad.):

úbytek rozumových schopností a funkcí obecně (myšlení se celkově přetváří ve stereotypní, nekreativní, bradypsychické, vyskytuje se nekoherentní – nesouvislé, zmatené a nesmyslné uvažování, mizí schopnost úsudku a abstraktního myšlení),  
úbytek paměťových funkcí (narušené učení nových informací, porucha vybavování a osvojování),  
porucha poznávání, vnímání a sensorických funkcí,  
porucha pozornosti, soustředění (váže se na poruchu paměti),  
porucha orientace v prostředí (dezorientace v běžném známém prostředí, mezilidských vztazích, může dojít až k nesoběstačnosti a nutnosti trvalého dohledu),  
poruchy emotivity a motivace (poruchy chování, nápadnosti v citovém ladění, výskyt nekontrolovatelných úzkostných, depresivních a labilních stavů, zvýšené emoční napětí, ale také apatie a citová oploštělost, ztráta iniciativy a zájmu pro cokoli),  
poruchy spánku,  
poruchy řeči (poruchy verbální i neverbální komunikace, afatické poruchy a problémy celkového komunikačního procesu, o který člověk ztrácí zájem a není schopen se adekvátně vyjádřit),  
poruchy osobnosti (úpadek a celková degradace postiženého).

Demence se v populaci vyskytuje podle Vaška (1994) až čtyřikrát méně než mentální retardace oligofrenního typu. V dětském období se vyskytují velmi často demence infekční, traumatologické (vlivy úrazů), nádorové a epileptické. V dospělém věku pak nejčastější a nejnebezpečnější sekundární demenci zajišťuje Alzheimerova choroba.

Jisté místo v klasifikacích, které se týkají mentálních postižení, má mentální retardace, která je získaného charakteru a má obraz čistě neorganické výchovné zanedbanosti. Pojem pseudooligofrenie (zdánlivá slabomyslnost, z řec. pseudés = lživý, nepravý) je nepřiliš vhodné označení typu mentálního postižení, které pokládáme za snížení inteligenční úrovně vlivem nepodnětného, kulturně a sociálně znevýhodněného prostředí a nesprávné výchovy a vzdělávání. Tato vada není způsobena poruchou vývoje CNS, ani poškozením struktury mozku, její příčina je pouze exogenního charakteru. Nedostatečná stimulace prostředí dítěte může mít charakter zanedbávání, týrání a dlouhodobé deprivace, která má za následek snížení IQ až o 20 bodů.

Pseudooligofrenie (starší název sociální debilita) není stavem neměnným a trvalým, je dokázáno množství i laicky známých historických příběhů, ve kterých figurují osoby, které se ocitly na okraji společnosti, popřípadě mimo lidskou společnost vůbec, a u kterých tyto dokonalé podmínky absence výchovné a vzdělávací složky způsobily zastavení nebo přerušení vývoje rozumové složky osobnosti (Viktor – divoch z Aveyronu, vlčí děti – Romulus a Remus, týrané děti dnešního třetího světa).

Extrémním případem je mentální retardace způsobená těžkou deprivací (citovou, kulturně-sociální, sensorickou a motorickou). Ovšemže, při změně výchozího prostředí,

a vlivem vhodného výchovného působení, může dojít ke srovnání vývoje a zlepšení stávajícího stavu takových jedinců. (srov. Franiok, 2005, Franiok, Kysučan, 2002, Pipeková, 2005, Valenta, 2003, Monatová, 1994, Švarcová, 2006, ad.)

### **#1.3.2 Klasifikace mentální retardace podle stupně**

Velmi důležitým kritériem pro posouzení následné edukační péče – výchovy a vzdělávání dětí s mentálním postižením - je rozsah a míra změn struktury CNS a rozumového vývoje. Speciální pedagogika jakožto vědní obor celosvětově zvažuje důležitost jednotného třídění všech postižení podle rozsahu a stupně, a tím také práce s lehkým až hlubokým postižením, primárním a nekombinovaným, a s mnohačetnými, i sekundárními, variantami přidružených vad. Česká speciální pedagogika vychází v dnešní době z členění mentální retardace, podle míry a rozsahu postižení, z ustálené evropské klasifikace MKN – 10 a americké varianty DSM IV.

Novodobé a platné dělení stupňů mentálního postižení a jejich charakteristika vyplývá, jak již bylo řečeno, z Mezinárodní klasifikace nemocí (WHO, 10. revize), která zařadila toto postižení pod duševní poruchy a označila je písmenem F 7. Výše mentálního postižení je dána orientačně měřitelným inteligenčním kvocientem. Nejvýznamnější kódování mentální retardace si shrneme takto:

F 70: Lehká mentální retardace (IQ 50 - 69)

F 71: Středně těžká mentální retardace (IQ 35 - 49)

F 72: Těžká mentální retardace (IQ 20 - 34)

F 73: Hluboká mentální retardace (IQ 0 - 19)

F 78: Jiná mentální retardace

F 79: Nespecifikovaná mentální retardace

Kromě stupně mentálního postižení rozlišuje tato klasifikace také odlišné a poruchové chování těchto osob (agrese, sebepoškozování, afekty, negativní citovou vazbu, ad.), a to způsobem přidání číslice za tečku s číslicí vyjadřující stupeň poškození (př.: F 71. 0 bez poruch chování; F 71. 1 s výraznou poruchou chování).

Zde je také nutné zdůraznit, že speciální pedagogika se již v minulosti s touto kombinací poruchy chování vypořádala diferenciací jedinců s mentální retardací na eretický a torpidní typ. Oba tyto názvy se používají výhradně v psychopedické terminologii a vyjadřují maximální a minimální osu problematického chování jedince.

Charakteristika jedince s lehkým stupněm mentální retardace (F 70)

Pakliže máme na mysli lehký stupeň mentálního postižení, pak jde o nejnižší stupeň postižení, který je rozpoznatelný v určitém opoždění a omezení neuropsychického vývoje. Nejvýrazněji se tento deficit projevuje v raném dětském období (již od kojeneckého obd.) a v předškolním věku, kdy má obecně rozumový a psychický vývoj dítěte nejrychlejší vzestup. Ovšem, na první pohled se dítě projevuje běžným způsobem, je schopné zapamatovat si nejrůznější říkanky, písničky, osvojit si návyky a reagovat konkrétní formou. Problémy se začínají objevovat obvykle v rychlosti učení, v teoretických činnostech ve škole. Většina těchto jedinců se umí orientovat v každodenním životě, velmi prospívá v manuálních a praktických zaměstnáních. Konkrétní mechanické myšlení, slabší paměť, vážnoucí analýza a syntéza myšlenkových pochodů, obtíže v generalizaci tvoří největší obtíže osob s lehkou mentální retardací.

Na druhou stranu, tito lidé nemívají problém se socializačním začleněním, jsou schopni plně a účelně užívat řeč a plyně konverzovat, jak podotýká Švarcová (2006), zvládnou se podrobit klasickému interview, i přestože si mluvu osvojují opožděně. Bohužel velmi často jsme svědky malé kreativity, nízkého potenciálu tvořivosti, která souvisí s abstraktním myšlením, a projevuje se například při rozvoji her a zapojování se do kolektivu. Velmi důležitým prvkem v životě jedince s mentální retardací lehkého stupně je podněcující vnější prostředí, zejména rodina a nejbližší osoby dítěte, protože rozsah rozvoje závisí především na správných sociokulturních podmínkách, emocionální stabilitě, motivaci a vhodném působení. Vágnerová (1991) uvádí v charakteristice takto postiženého jedince také emocionálně citovou nezralost, neadekvátnost citů vzhledem k podnětům, nízkou kontrolu a značnou sugestibilitu, což ovšem odpovídá patrně všem stupňům mentální retardace. Podstatným rysem tohoto stupně mentálního deficitu je naděje reálného společenského i pracovního zapojení do společnosti a tím úspěšné integrace.

Charakteristika jedince se středně těžkým stupněm mentální retardace (F 71) Tomuto stupni mentální retardace je přiřazen inteligenční kvocient 35 – 49 a v anglosaské terminologii je nazýván „moderate“ (z angl. mírný, průměrný). Vývoj těchto jedinců je jednoznačně opožděn a zjevně omezen a roztříštěn. Motorické i psychické schopnosti a dovednosti jsou osvojovány pomalu a nekoordinovaně. V rámci svých možností se dítě naučí jíst, udržovat osobní hygienu, chodit a pohybovat se s určitými obtížemi. Do dospělosti přetrvává výrazně opožděný vývoj řeči i myšlení, které má pouze konkrétní charakter a je stereotypní, rigidní a nepřesné. Jedinec není schopen vyjadřovat se rozvinutými větami, jeho slovník je formálně i obsahově velmi chudý, převládají jednoslovné a jednoduché věty a nonverbální komunikace. Rozvoj schopnosti „starat se sám o sebe“ – sebeobsluhy závisí na podnětnosti a nutnosti dohledu, a jak uvádí Franiok a Kysučan (2002) bývá limitována, ale osoba se středně těžkou mentální retardací dosahuje zpravidla dobrých výsledků. V dospělosti je v jejich životě nezbytný stereotyp, organizace a struktura, při níž jsou schopni vykonávat jednoduché manuální činnosti. Samostatný život je zřídka možný, i přestože jsou tito jedinci většinou plně mobilní a fyzicky aktivní. Rozmezí a šířka dosaženého inteligenčního kvocientu (35 – 49) velmi ovlivňuje rozdíly ve schopnostech a dovednostech těchto osob. Existují velmi významné odlišnosti v osobnosti každého jedince. Kupříkladu někteří jsou schopni vést reálný rozhovor v sociální interakci, někteří vynikají v sensoricko – motorických dovednostech, na rozdíl od dovedností verbálních, někteří jsou schopni zapamatovat si množství informací, zatímco jiní, jak podotýká Švarcová (2006), nejsou schopni porozumět svým vlastním potřebám. Podle Pipekové (2010) je nutno některé zbavit svéprávnosti nebo je omezit v právních úkonech. Hrozbou i reálnou pravdou je ztížení situace kombinací dalších postižení a vad. Velmi častým jevem jsou přidružené pervazivní poruchy, dětský autismus, neurologická a psychiatrická onemocnění, epilepsie, ad. (Zvolský, 1996) Bohužel vzhledem k limitovaným rozumovým schopnostem jsou závěry sekundární diagnózy velmi ztížené neschopností samostatně verbalizovat, a tím nemožností analyzovat stav klienta. Nicméně i tito jedinci jsou schopni se vzdělávat skrze redukované a přizpůsobené osnovy nejčastěji v základní škole se speciálním programem, popřípadě v rehabilitačních třídách základní školy speciální. Orientačně můžeme říci, že v dospělosti odpovídá tento stupeň postižení mentálnímu věku 6 – 9 let. Jak uvádí

Franiok (2005) právě těmto osobám bychom měli ze strany intaktní společnosti věnovat více pozornosti z důvodu již „historicky“ velmi opomíjeného zájmu o tuto skupinu osob, která je rozhodně schopná alespoň částečného začlenění do společnosti (ať už pracovního či sociálního rázu).

#### Charakteristika jedince s těžkým stupněm mentální retardace (F 72)

Nejdůležitějším specifikem osoby s těžkým stupněm mentální retardace je celoživotní závislost a celková omezenost schopností a funkcí. Zastaralý název „prostá idiocie“ vyjadřuje limitované inteligenční schopnosti v rozmezí IQ 20 – 34, které znamenají v přirovnání dospělého jedince mentální věk 3 - 6 let. Celkové poškození CNS, zvláště příčinami vrozeného charakteru (postižení zárodečné buňky embrya, plodu a novorozence) způsobuje zaostání ve všech oblastech psychické, motorické i sociální stránky osobnosti. (Pipeková, In: Vítková a kol., 2004) Psychomotorický vývoj je opožděn od raného dětského věku a v nejlepším případě dovedou tito jedinci chápat základní souvislosti a vztahy zhruba na úrovni batolete (srov. Vágnerová, 2003, s. 148). Poruchy hybnosti a motoriky se projevují významně od nekoordinovaných a hrubých pohybů po celkové výrazné opoždění a omezení hybnosti. Odborníci se také shodnou na automatizaci kývavých pohybů hlavy a trupu (nevědomé stereotypní pohyby). (Sovák, 1972, Kysučan, 1988, Franiok, 2005, Valenta, 2003). Ve většině případů jde o kombinované postižení CNS, motoriky, smyslů, apod. Úroveň myšlení, učení a komunikace je velmi nízká. Jsou schopni osvojit si pouze několik, většinou nesprávně artikulovaných výrazů, které používají nepřesně, respektive generalizovaně, dochází zde k minimálnímu rozvoji komunikativních dovedností a řeči. Používají izolovaná slova z poměrně chudé slovní zásoby, přičemž také formální stránka řeči je poškozena a vykazuje značné poruchy. (Kysučan, Franiok, 2002) Někdy se nenaučí mluvit vůbec. Ve výuce je prioritní zaměření na zvládnutí základní komunikace, ať už verbálního či alternativního komunikačního systému. V myšlení dosahují takto postižení pouze úrovně mechanického plnění úkolů a něco málo příkazů. Nutností je však vhodná stimulace prostředí, která musí být dlouhodobá, kvalitní a podnětná. Správné chování těchto jedinců je podmíněné a závislé na vypěstovaných základních stereotypech, které jsou bohužel ovládnuty emocionální a psychickou stránkou osobnosti, která je nestálá, afektovaná, většinou impulzivní a značně narušená. Celoživotní učení vyžaduje značnou trpělivost, úsilí a přiměřenost vychovatele, který může dospět ke zvládnutí základní sebeobsluhy, plnění některých příkazů, vytvoření určitých návyků či elementárních a krátkodobých pracovních činností. Kvalitní a cílená podpora a péče má u těchto jedinců zřetelný efekt, který se projevuje v klidnějším chování bez přidružených problémů, v dospělosti pak dobré zapojení do některých pracovních činností pod supervizí. (Krejčířová, In: Říčan, Krejčířová, 1997) Podle moderních speciálně pedagogických cílů jsou také tito jedinci zařazeni do procesu výchovy a vzdělávání zařazováním do rehabilitačních tříd, které ve své podstatě individuálně rozvíjejí osobnost dítěte do reálné maximálně možné míry, která je tímto postižením limitována.

#### Charakteristika jedince s hlubokým stupněm mentální retardace (F 73)

Terminologie anglosaských zemí označuje tento stupeň názvem „profound“ (z angl. hluboký, dalekosáhlý). Inteligenční kvocient, který je nižší než 20 bodů odpovídá spolu s postižením intelektu také rozsáhlým těžkým postižením motoriky a hybnosti.

Typickou vnější charakteristikou takového dítěte je minimální pohyblivost či úplná imobilita a stereotypní pohyby celého trupu. Postižení jedinci jsou velmi limitováni v porozumění požadavkům či instrukcím a jejich vlastní schopnost komunikovat spočívá v expresivním, neartikulovaném, maximálně pak v echolálickém, vyjadřování slov a rudimentární neverbální komunikaci. V tomto pásmu mentální retardace nelze hovořit o rozvoji řeči. (srov. Franiok, 2005, Švarcová, 2006) Děti s tímto postižením jsou velmi citlivé zvláště na taktilní podněty a zvuky, zejména na emoční tón hlasu, reakce na zrakové podněty bývají mnohdy omezené a lze dosáhnout pouze nejzákladnějších jednoduchých zrakově-orientačních dovedností. Pipeková (1998) uvádí fakt, že téměř všichni jedinci s hlubokou mentální retardací nejsou schopni sebeobsluhy a vyžadují péči ve všech základních úkonech. Množství autorů a odborníků se také shoduje na „totálním“ porušení afektivní složky a velmi častém sebepoškozování. Poznávací schopnosti se u těchto jedinců nerozvíjejí skoro vůbec, v nejlepším případě jsou schopni rozeznávat známé a neznámé podněty a reagovat libostí a nelibostí, která je vyjadřována zejména bazálními a pudovými expresivními prvky (úsměv, pláč, napětí, apod.). Speciálně pedagogická intervence se zaměřuje zvláště na ranou intervenci, rehabilitační péči a na metody, které přibližují kupříkladu momenty intrauterinního života (prenatální místnosti) anebo využívají rozvoje základních bazálních smyslů, pudovosti, expresivní složky, emocionálních prostředků apod. (metoda bazální stimulace, Snoezelen, ad.). (srov. Opatřilová, 2005, 2010, Švarcová, 2006, Vítková, 2004, Zvolský, 1996)

#### Jiná a nespecifikovaná mentální retardace (F 78, F 79)

Poslední dva body klasifikace MKN-10 označují diagnosticky obtížně zjišťovanou mentální retardaci, která je v prvním případě kombinována přidruženými vadami (včetně autismu), a v případě druhém jde o nedostatečnost informací, které by dovolovaly zařadit stupeň mentální retardace podle inteligenčního kvocientu. (srov. Švarcová, 2006, Franiok, 2005, Janotová, In: Zvolský, 2003)

Tyto dvě specifické kategorie mentální retardace – „jiná a nespecifikovaná“ - vyjadřují neschopnost a nemožnost správně ohodnotit stupeň postižení jedince. Termín „Jiná mentální retardace“ se ve skutečnosti používá tehdy, pokud stanovení stupně intelektového postižení je pomocí obvyklých metod nesnadné nebo nemožné z důvodu přidružené sensorické nebo somatické vady, poruchy chování či autismu těžkého rázu. Podle MKN 10 se kategorie „nespecifikovaná mentální retardace“ užívá tehdy, pokud není možné přesně vymezit stupeň inteligenčního kvocientu z důvodu nedostatku informací o postižení, přičemž mentální retardace je prokázána.

#### Hraniční pásmo – mentální subnorma

Diagnosticky i terminologicky problémovou skupinou osob jsou takzvaní jedinci s „hraničním pásmem inteligence“, která se vyskytuje mezi normálem (průměrnou inteligencí) a diagnosticky dokumentovanou mentální retardací. Právě těchto osob (zvláště dětí) si všímají již nestoři speciální pedagogiky z důvodu jejich neúspěšnosti ve školním vzdělávacím procesu. Terminologický a výkladový slovník „Speciální pedagogika“ (1994) pod heslem „hraniční pásmo mentální retardace“ uvádí: „...mezi mentální retardací a průměrnou inteligencí se nachází relativně početná vrstva populace, kterou ani v nejhorším případě nemůžeme zařadit do pásma mentální retardace, ale ani v nejlepším případě nedosahuje průměrnou mentální úroveň.“

Orientačně jde o pásmo mezi IQ 70 – 85.“ (In: Horňák, 2001, s. 12) Podle Vágnerové: „...existuje v rámci široké normy skupina dětí, jejichž inteligenci označujeme jako podprůměrnou (je vymezena přibližným rozpětím 71 – 85 IQ). Nejde ještě o mentální defekt, ale jde o určité snížení předpokladů, přibližně na úroveň 71 – 85 % normální, průměrné funkce. Těchto dětí je v populaci asi 13%. To znamená, že v běžné školní třídě, která má 25 – 30 žáků, budou tak 3 – 4. Jsou to děti viditelně méně disponované. Za normálních okolností nemohou ve škole uspět.“ (1999, s. 150) „Jedinci s touto inteligencí zpravidla nestačí běžným školním a společenským nárokům, nejsou však v pravém slova smyslu slabomyslní (oligofrenní), aby se na ně vztahovala všechna sociální opatření zaměřená ve prospěch mentálně opožděných. Dostávají se tedy častěji do situace konfliktu a frustrace, a proto se u nich častěji objevují neurotické potíže nebo poruchy chování.“ (Edelsberger, 2000, s. 320) Müller (2001) vyslovuje pravděpodobně nejdůležitější myšlenku týkající se tohoto problému a to, že tyto děti z hraničního pásma jsou schopny, za vhodných vnějších okolností, absolvovat běžnou základní školu, a jsou nevhodnější skupinou (z množiny lidí s mentální retardací) pro současný integrační trend.

## #Shrnutí

Podstatným a primárním oborem speciální pedagogiky je psychopedie, disciplína, která se zabývá edukací, rozvojem a integrací osob s mentálním postižením do společnosti. Mentální retardace je fenoménem, který provází lidstvo od svých prvopočátků. Jev, který je mnohdy nevysvětlitelný, dokonce i v dnešní moderní době, má své příčiny jednak v genetických a dědičných faktorech, jednak může vzniknout v celém rozsahu vývoje člověka za pomoci exogenních vlivů. Jeho kauzalita je multifaktoriální a multidimenzionální. Eliminovat můžeme mentální retardaci v rámci jednotlivých klasifikací podle formy, doby vzniku a příslušnosti k určitému stupni v klasifikaci WHO. Zcela odlišná je primární a sekundární forma mentálního postižení, s čímž souvisí odlišné postupy speciálních pedagogů, odlišné vzdělávání a problematika běžného života lidí s mentálním postižením vrozeným nebo získaným.

Kontrolní otázky a úkoly:

Definujte mentální retardaci vlastními slovy.

Jaký je přesně rozdíl mezi primárním a sekundárním mentálním postižením?

Vyjmenujte všechny typy mentálního postižení.

Jakou souvisí sociální deprivace s mentální retardací?

Co přesně si představujete pod exogenními příčinami?

Který stupeň mentální retardace předchází prvnímu pásmu normy IQ stupnice?

Definujte jej.

Úkol k textu:

Vyhledejte další informace ohledně dědičných genetických syndromech, které jsou uvedeny v části textu o endogenní etiologii mentální retardace.

Vyhledejte v odborné literatuře osobnosti, které se zabývaly klasifikací osob s mentálním postižením podle různých kritérií (např. podle stupně, IQ, dovedností, apod.).

Otázka k zamyšlení

Co si myslíte o budoucnosti disciplíny psychopedie?

Citovaná a doporučená literatura

ČERNÁ, M. Česká psychopedie. Speciální pedagogika osob s mentálním postižením.

Praha: Karolinum, 2009. ISBN 978-80-246-1565-3.

ČERNÁ, M., NOVOTNÝ, J., STEJSKAL, B., ZEMKOVÁ, J. Kapitoly z psychopedie. Praha: UK, Pdf, 1995. ISBN 978- 80-7066-899-7.

DOLEJŠÍ, M. K otázkám psychologie mentální retardace. Praha: Avicenum, 1978.

EDELSBERGER, L. a kol. Defektologický slovník. Praha: HaH, 2000. ISBN 978-80-86022-76-5.

EDELSBERGER, L., KÁBELE, F. a kol. Speciální pedagogika pro učitele prvního stupně základní školy. Praha: SPN, 1988. ISBN 14-664 –88.

FRANIOK, P. Vzdělávání osob s mentálním postižením. Ostrava: OU v Ostravě, Pdf, 2005. ISBN 978- 80-7368-150-1.

FRANIOK, P., KYSUČAN, J. Psychopedie. Speciální pedagogika mentálně retardovaných. Ostrava: OU v Ostravě, Pdf, 2002. ISBN 978-80-7042-247-5.

GARGIULO, R., M. Special Education in Contemporary Society. An Introduction to Exceptionality. 2. uprav.vyd. Birmingham: Thomson Wadsworth, 2007. ISBN 0-495-25750-8.

JANKŮ, K. Využívání metody Snoezelen u osob s mentálním postižením. Ostrava: OU Pdf, 2010. ISBN 978-80-7368-915-5.

KREJČÍŘOVÁ, O. Estetická výchova mentálně retardovaných. Olomouc: Netopejr, 1998. ISBN 978- 80-86096-12-2.

KYSUČAN, J. Psychopedie. Teorie výchovy mentálně retardovaných. Olomouc: UP, 1990.

KYSUČAN, J., KUJA, J. Kapitoly z teoretických základů speciální pedagogiky. Olomouc: UP, 1996. ISBN 978- 80-7076-677-9.

MONATOVÁ, L. Pojetí speciální pedagogiky z vývojového hlediska. Brno: Paido, 1998. ISBN 978-80-85931-60-5.

MÜLLER, O. Lehká mentální retardace v pedagogikopsychologickém kontextu. Olomouc: Pdf UP, 2002. ISBN 978- 80-244-0207-6.

OPATŘILOVÁ, D. Metody práce u jedinců s těžkým postižením a více vadami. Brno: MU, Pdf, 2005. ISBN 978- 80-210-3819-5.

OPATŘILOVÁ, D. Pedagogická intervence v raném a předškolním věku u jedinců s mozkovou obrnou. Brno: MU, 2010. ISBN 978-80-210-5266-6.

PIPEKOVÁ, J. Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů. Brno: MSD, 2006. 1.vyd. ISBN 978-80-86633-40-3.

PIPEKOVÁ, J., VÍTKOVÁ, M. Terapie ve speciálně pedagogické péči. Brno: Paido, 2001. ISBN 978-80-7315-010-7.

PIPEKOVÁ, J.a kol. Kapitoly ze speciální pedagogiky. Brno: Paido, 1998. ISBN 978- 80-85931-65-6.

SOVÁK, M. Nárys speciální pedagogiky. Praha: SPN, 1972,1976.

ŠVARCOVÁ, I. Mentální retardace. Vzdělávání, výchova, sociální péče. Praha: Portál, 2000. ISBN 978- 80-7178-506-7.



- ŠVARCOVÁ, I. Mentální retardace. Vzdělávání, výchova, sociální péče. Praha: Portál, 2006. ISBN 978- 80-7367-060-7.
- VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Variabilita a patologie lidské psychiky. Praha: Portál, 1999. ISBN 978- 80-7178-678-0.
- VÁGNEROVÁ, M. Vývojová psychologie I. Dětství a dospívání. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 978-80-246-0956-8.
- VÁGNEROVÁ, M., HADJ-MOUSSOVÁ, Z., ŠTECH, S. Psychologie handicapu. Praha: Karolinum, 2004. ISBN 978- 80-7184-929-4.
- VALENTA, M. a kol. Přehled speciální pedagogiky a školská integrace. Olomouc: UP PdF, 2003. ISBN 978- 80-244-0698-5.
- VALENTA, M. Dramaterapie. Praha: Portál, 2000. ISBN 978- 80-7178-586-5.
- VALENTA, M., KREJČÍŘOVÁ, O. Psychopedie. Kapitoly z didaktiky mentálně retardovaných. Olomouc: Netopej, 1997. ISBN 978- 80-902057-9-8.
- VALENTA, M., MÜLLER, O. Psychopedie. Teoretické základy a metodika. Olomouc: Parta, 2003. ISBN 978- 80-7320-063-5.
- VAŠEK, Š. Speciálnopedagogická diagnostika. 2. vyd. Bratislava: SPN, 1995. ISBN 978-80-08-02056-3.
- VÍTKOVÁ, M. a kol. Integrativní speciální pedagogika. Integrace školní a sociální. Brno: Paido, 2004. ISBN 978-80-7315-071-9.
- ZVOLSKÝ, P. a kol. Obecná psychiatrie. Praha: Karolinum, 1996. ISBN 978- 80-7184-494-2.
- ZVOLSKÝ, P. a kol. Speciální psychiatrie. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 978- 80-7184-203-6.

## **#2 Osobnost člověka s mentálním postižením**

### Cíl kapitoly

Po nastudování této kapitoly byste měli být schopni:

Charakterizovat obecné znaky a zvláštnosti v osobnosti jedince s mentálním postižením;

Vystihnout a popsat specifické znaky sensorické percepce osob s mentálním postižením;

Stručně vymezit zvláštnosti zrakového vnímání a rozdíl u dětí s mentálním postižením;

Stručně vymezit zvláštnosti sluchového vnímání a rozdíl u dětí s mentálním postižením;

Stručně vymezit specifika taktilní percepce u dětí s mentálním postižením;

Charakterizovat podstatu čichového a chuťového vnímání u osob s mentálním postižením.

### Klíčová slova

Vnímání, sensorická (smyslová) percepce, zvláštnosti osobnosti, paměť, pozornost, myšlení, emoce, vůle, řeč, zraková percepce, sluchová percepce, hmatové vnímání, taktilní percepce, čichové a chuťové vnímání.

Čas na prostudování kapitoly

15 hodin

Průvodce studiem

Ve druhé kapitole tohoto textu blíže prozkoumáme osobnost jedince s mentálním postižením. Budeme se zde zabývat osobností, zákonitostmi psychiky, myšlením, vnímáním člověka s mentálním postižením. Jistě je přínosem této kapitoly vědomí, že zákonitosti psychiky člověka s mentálním deficitem jsou opravdu velmi odlišné v celé své šíři. Snad vám tyto informace, a později také znalosti, pomohou identifikovat chování a prožívání těchto lidí. Cílem práce speciálního pedagoga je empatické vidění člověka, které je založeno na povědomí, a co největším prozkoumáním, dané problematiky. Kapitola je poměrně dlouhá, a její jednotlivé části spolu úzce souvisí. Buďte tedy trpěliví a pečlivě studujte!

## **#2.1 Specifika struktury osobnosti jedince s mentálním postižením**

Lidský mozek a jeho činnost je nejsložitějším systémem našeho organismu. Odhaduje se, že člověk může mít v mozku až sto miliardů synapsí (spojů mezi jednotlivými neurony). Informace v synapsích si nervové buňky předávají chemicky, prostřednictvím nervových přenašečů, které tvoří přibližně šedesát různých chemických látek. Nikdo neví, proč jich lidský mozek užívá tak velký počet. Radost, smutek, štěstí, zuřivost, hlad i touhu podmiňují účinky chemických přenašečů v miliardách synapsí našeho mozku. Ovlivňujeme je léky, alkoholem i drogami, stresem a naším psychickým stavem, stejně tak dotyky, zvukem hlasu, slyšenými nebo viděnými obrazy a slovy. Ovlivňujeme je na dobu několika vteřin stejně jako na celý život. (Koukolík, 1997) Lidský mozek je křehký systém. Dosud není plně dokázáno množství příčin, které způsobují nemoci, poruchy a v neposlední řadě mentální postižení. Speciální pedagogika jakožto vědní obor nezkoumá synapse ani chemické přenašeče, i přestože si je vědoma důležitosti výzkumů vedených tímto neurologickým směrem. Zatím můžeme říci jen to, že z různých důvodů podobností mentálních postižení se osobnosti s mentálním postižením projevují podobně. I přestože charakteristika mozkových funkcí, charakteristika schopností a dovedností těchto jedinců vykazuje určitou similaritu, je každý jedinec s mentálním postižením svébytnou, individuální bytostí a naprostým originálem. Důležitým faktorem, který vytváří celkový obraz o mentálním postižení je ale také druh, stupeň, rozsah a hloubka postižení, doba vzniku, etiologie, přidružené vady, poruchy a rovnoměrnost vývoje komplexně.

Profesionálové z oblasti speciální pedagogiky a psychologie se shodují v těchto různě variabilních a hierarchicky uspořádaných specifických znacích osobnosti s mentálním postižením:

- zvýšená závislost na rodičích;
- infantilnost osobnosti;
- pohotovost k úzkosti a neurastenickým reakcím;
- sugestibilita a rigidita chování;
- zpomalená chápavost, jednoduchost, konkrétnost úsudků;
- snížená schopnost až neschopnost komparace a vyvozování logických vztahů;
- nedostatky v osobní identifikaci a ve vývoji „já“;
- opoždění a nerovnoměrnosti v psychosexuálním vývoji;
- nerovnováha aspirace a výkonu;
- snížená mechanická a zejména logická paměť;
- těkavá pozornost;

zvýšená potřeba uspokojení a bezpečí;  
poruchy v interpersonálních a skupinových vztazích a v komunikaci;  
emocionální labilita;  
impulzivita, hyperaktivita nebo celková hypoaktivita v chování a jednání;  
poruchy vizuomotoriky a pohybové koordinace;  
snížená přizpůsobivost k sociálním požadavkům;  
ulpívání na detailech.

(srov. Dolejší, 1978, Černá, 1995, Kysučan, 1990, Švarcová, 2006, Vágnerová, 1997, Valenta, 2003, Franiok, 2005, ad.)

Všichni odborníci také svorně připomínají nutnost kvalitativně i kvantitativně odlišného vnímání osobnosti s mentální retardací, jejíž opožděný vývoj nelze přirovnávat k opoždění vývoje intaktní osobnosti. (Právě z tohoto důvodu se přirovnání mentálního věku ke stupni poškození pokládá pouze za orientační.)

Základním předpokladem života je poznávání vnějšího okolí organismu. U jedince s mentální retardací jde o omezení a opoždění neuropsychického vývoje, který způsobuje odlišnosti ve vnímání reality a užívání smyslů v prvotním poznávání. Tento deficit je pravděpodobně způsoben nesprávným a hlavně neukončeným vývojem mozku dítěte, který se v okamžiku narození stále vyvíjí a strukturuje, místo aby svou činnost zaměřil na aktivní vnímání podnětů a poznávání. Švarcová (2006) dále uvádí, že u kojenců s nedostatečně vyvinutou mozkovou kůrou je orientační činnost a potřeba nových vjemů a dojmů velice nízká. Bezprostřední poznávání je zajištěno smyslovou percepcí, pamětním fixováním a aktivováním paměťových stop. Podkladem této části lidské psychiky je funkčnost první signální soustavy, která zajišťuje odraz reality a představy sdružené s určitými jevy. Problémem je také nediferencovanost podnětů, která způsobuje nerozlišování vjemů, nenacházení rozdílů, špatně postihuje souvislosti a vztahy mezi předměty. Velmi znatelný rozdíl se také projevuje ve zvědavosti a chtění poznávat. Pipeková (2004) uvádí příklad dítěte, které si nesáhne na obraz nebo předmět, který vidí, neprojeví snahu prohlédnout si jej, a to právě z důvodu hypoaktivního, až neaktivního charakteru poznávání, a také neschopnosti pozorně se dívat, nacházet rozdílnosti a výběrově si prohlížet část předmětu.

S bezprostředním vnímáním a poznáním úzce souvisí kognitivní funkce osobnosti – pozornost, která vychází fylogeneticky z orientačně – pátracího nepodmíněného reflexu. Pozornost je možné rozlišovat podle záměrnosti na nepodmíněnou, která se mimovolně zaměřuje na silné podněty, a podmíněnou, která je vázána na vůli a má charakter podmíněného reflexu. (Krejčířová, Valenta, 1997) Záměrná pozornost těchto osob vykazuje nízký rozsah sledovaného pole, nestálost a snadnou unavitelnost, sníženou schopnost zaměřit se na více činností. S nárůstem kvantity výkonu narůstá samozřejmě i množství chyb. Z hlediska speciálně pedagogického vzdělávacího procesu je velmi důležitá relaxace, která stabilizuje proces záměrné pozornosti a schopnosti soustředit se. Maximální délka udržení pozornosti se pohybuje u jedinců s mentální retardací v rozmezí 15 – 20 minut. Ovšem, je zde nutné počítat s dalšími faktory, které mohou tento časový úsek omezit, a to zvláště přidružené vady typu LMD, ADHD, DO, smyslové vady, ale také specifika časové křivky dne, aktuální psychomotorický stav dítěte, věk, ad.

Velký vliv na rozvoj jedince, zvláště jeho rozumové stránky, má řeč. Lidská mluva je nástrojem myšlení. Podle Logopedického slovníku (Dvořák, 1998) je člověk schopen vyjádřit jazykem veškeré dění a představy o reálném světě, ale i jeho vlastní prožitky.

Komunikaci a vlastnímu bytí v přirozeném světě se každá lidská bytost musí učit. Učení dětí s mentální retardací je převážně mechanické, asociační. Dětem s těžkým postižením trvá velmi dlouho, než se něco naučí. Stejně tak je u všech jedinců s mentálním postižením typické nízké zaujetí prací, zvýšená dráždivost, necílevědomá snaha plnění úkolů, zvýšená unavitelnost, ad. Dovednosti si děti osvojují rigidním způsobem, jejich fixace bývá neúplná, souvisí také s nedostatečnou funkčností paměťové složky osobnosti. Velké problémy působí změny prostředí, návyků a přizpůsobení. Typickým rysem těchto jedinců je také určitá poznávací pohodlnost, která souvisí se sklonem ke stereotypnímu jednání. Podle Vágnerové (1997) musí být učení podmíněno primárně emotivně, a jeho motivační hodnotou je pozitivní vztah k dospělému, čili můžeme říci, že efektivita učení je determinována citovou vazbou. Rozvoj řeči a komunikace dítěte ovšem nezáleží pouze na správné schopnosti učit se, ale také na rozvoji diferenciacích spojů sluchového i zrakového analyzátoru, tedy také na sensorické percepci. U dětí s mentální retardací se sluchové rozlišování i vyslovování slov a vět vytváří později než u dětí zdravých. Nedostatky fonemického sluchu se prohlubují zpomaleným tempem vývoje artikulace. Motorické impulzy, nezbytné pro zřetelné vyslovování jednotlivých hlásek, musí být velmi přesné. Správné rozlišování hlásek sluchem obvykle přispívá ke správné výslovnosti. Je důležité podotknout, že také slovní zásoba je velmi chudá, děti používají zřídka různá přídavná jména, slovesa a spojky. Mluvnická stavba řeči je nedokonalá. Lze tudíž říci, že komunikační schopnost dítěte s mentálním postižením může být více či méně narušena ve všech jazykových složkách zastoupených ve formální i obsahové stránce řeči.

Skrze zprostředkování slova a skrze řeč, jakožto nástroj, se dostáváme k zobecněnému poznání – ke kognitivní funkci myšlení. Základní schéma vývoje myšlení lze znázornit takto: na počáteční slovo (pojem) navazuje spojení pojmů (soud) a spojováním soudů pak docházíme k úsudku. Tyto vztahy se vytvářejí na základě indukci a dedukci, čili zobecňováním z jednoduchostí a vyvozováním jednotlivostí z obecných faktů. Mezi myšlenkové operace patří podle stupně: rozlišování a třídění, komparace (srovnávání), analýza, syntéza a zobecnění (generalizace). Podle druhů můžeme myšlení rozdělit na prvosignálně konkrétní a druhosignálně abstraktní a logické myšlení. Tento krátký výčet charakteristik lidského myšlení nám vytváří představu o specifických poznávacích složkách myšlení jedinců s mentálním postižením. Jejich myšlení je podle Valenty (2003) zatíženo přílišnou konkrétností, je neschopno vyšší abstrakce a generalizace, nepřesností a chybami v analýze a syntéze. Právě na těchto nedostatcích stojí hodnota skutečného myšlení, které se v tomto případě ubírá cestou chudou, neproduktivní a nekreativní. Nejvýznamnějším následkem poškození mozku je právě neschopnost zobecňování, která souvisí se špatným osvojováním pravidel a pojmů. Tento fakt úzce souvisí také s nekritičností – s neschopností komparace činů, myšlenek a požadavků, a také se slabou řídicí úlohou myšlení – s neschopností použití již osvojených rozumových operací. (Pipeková In: Vítková a kol., 2004) V neposlední řadě se vyskytuje v myšlení dítěte s mentální retardací také velmi zřetelná unavitelnost, která podle Švarcové (2006) souvisí s nesoustavností, která se drží ruku v ruce s výkyvy v pozornosti, soustředění a kolísajícím tonu psychické aktivity. U jedinců s mentální retardací je funkce myšlení značně narušena, a i přestože souvisí se stupněm a typem postižení, nelze předpokládat „běžná“ schémata řešení „běžných“ situací bez podpory, kontroly a minimální pomoci.

Jednoznačně rozhodujícím systémem osobnosti člověka je paměť. V rámci diagnostiky a pro potřeby speciální pedagogiky je nutné rozlišovat krátkodobou a dlouhodobou paměť. V odborné literatuře můžeme najít grafické modely, které strukturu a paměťový proces znázorňují zjednodušeně kupříkladu takto: díky příjmu informací a podnětů, které procházejí skrze sensorický registr, dochází nejprve ke krátkodobému uchovávání s „rychlým výpadkem“, poté ke dlouhodobému uchovávání „bez rozpadu paměťových stop“, a následně k vybavování a reprodukci. Paměť nám zaručuje, že každým okamžikem nepoznáváme nové věci. Z hlediska vývoje mluvíme o geneticky uložených informacích (na bázi DNA) a paměti individuální, která je v rámci vzdělávacího procesu podstatnější. Paměť je selektivní a nemá charakter technického záznamu. (Valenta, 2003). Jedinci s mentální retardací vykazují množství specifických paměťových rysů. Již při primárním procesu zapamatování a vštěpování informací sledujeme pomalé tempo a snahu o mechanické zapamatování. Děti se nesnaží učivu porozumět a vlivem nedostatku schopnosti abstraktního myšlení a představitivosti, nejsou schopny dojít k logickým závěrům. Potřebují již v této fázi, samozřejmě v závislosti na hloubce postižení, množství opakování. Ve druhé fázi zapamatování a podržení v paměti se rovněž liší jak kvantita, tak kvalita operace. Zapomínání probíhá intenzivněji než u intaktní populace, přičemž také poměr zapamatovaného je mnohem nižší. Typické „nestálé uchovávání“, jak uvádí Švarcová (2006), se často označuje „zapomnětlivostí“, a je spojeno s nepřesnostmi v uchovávání. Vybavování a reprodukce probíhá u všech jedinců s mentální retardací dlouho a často s chybami. Ke zvláštnostem patří zjevně také neschopnost třídění paměťových stop, které s vybavováním úzce souvisí, ať už máme na mysli třídění podle důležitosti, potřeby nebo významu, jak uvádí Pipeková (In: Vítková, 2004). Na závěr je nutné říci, že cvičení paměti těchto jedinců by se mělo stát samozřejmostí speciálněpedagogické péče. Paměť napomáhá celkově rozvoji kognitivního procesu, při kterém je důležité umět třídit, hodnotit a srovnávat informace, které si na prvním místě musíme osvojit a vybavit. Všechny tyto výše uvedené nedostatky vychází ze zvláštností vyšší nervové činnosti, z tendence podmíněných spojů vyhasínat rychleji, než u intaktní populace. Jednou z nejdůležitějších oblastí osobnosti každého jedince je jeho emocionální prožívání a chování. Emoce se projevují ve dvou hladinách – první zážitkové a druhé somatické (doprovodné fyziologické změny, zejména útrobní, ale i motorické, pohybové, zahrnující i výraz obličeje a mimika). Jejich podstatným znakem je polarita, protikladný pól, který každá emoce má: radost – smutek, úcta – opovržení, závist – přejícnost, lítost – zlomyslnost, ad. Emocionální chování je charakterizováno zeslabením nebo vyloučením korové činnosti a kontroly a vyjadřuje apetenci nebo averzi k podněcující situaci, tedy typickou libost versus nelibost. Pokud jde o jedince s mentální retardací, pak ve většině případů jde celoživotně o emočně nevypělého jedince, který je vybaven menší schopností ovládat se v porovnání s nepostiženými jedinci stejného věku. Obecná psychologie dělí city a emoce na tzv. vyšší a nižší. U osob s mentální retardací se běžně rozvíjejí zejména nižší city, které slouží k uspokojování základních potřeb, na rozdíl od vyšších, které slouží k uspokojování duchovních potřeb. Spolu s kognitivní složkou a percepčními schopnosti regulují emoce chování a prožívání člověka. Podle Vágnerové (2005) vyvolávají emocionální prožitky u jedinců s mentálními defekty zejména konkrétní podněty, avšak v důsledku nedostatečnosti racionálního hodnocení a sebeovládání přetrvává nutnost ovlivňovat chování takových lidí obvykle prostřednictvím druhé osoby. Zvýšená sugestibilita je

jedním ze zásadních faktorů, který determinuje autoregulaci těchto jedinců. Podle současných odborníků můžeme uvést tato specifika emocionální sféry osoby s mentální retardací:

dlouhodobá nediferencovanost citů, rozsah prožitků je minimální, buď převládá jednostranné uspokojení či jednostranné neuspokojení, chybí jemné citové odstíny a detailní nuance;

neadekvátnost dynamiky a intenzity citů směrem k podnětům, vnímání je buďto povrchní nebo neúměrně silné;

egocentrismus, egoistické chování podstatně ovlivňuje hodnoty a postoje;

nedostatečné řízení citů intelektem (nekorigovanost citů vzhledem k situaci,

neschopnost kompenzace neuspokojených potřeb náhradní činností);

opožděnost obecně, obtížné vytváření vyšších citů (svědomí, pocit povinnosti, pocit odpovědnosti, soucit,...);

živelné převládání nižších elementárních potřeb postupující s věkem (závisí samozřejmě na hloubce postižení);

rozvoj patologických citových projevů – neadekvátní výkyvy nálad – dysforie – mohou směřovat až do euforických a manických stavů, popřípadě jsou doprovázeny lhostejností a apatií.

Velmi silnou emocionální potřebou je pocit citové jistoty a bezpečí, které taktéž ovládají chování a prožívání jedince. U mentálně retardovaných je citová jistota dána vztahem s blízkým člověkem a může sloužit, podle Vágnerové (1997), jako zdroj rovnováhy, narušované pocitem ohrožení okolním světem, který je pro postiženého už tak často obtížně srozumitelný. Potřeba emoční podpory se i v dospělosti projevuje určitou formou infantilismu. Nenastávají ani časově – hormonální změny, které mění vztahy, citové vazby a postoje k jednotlivým členům rodiny běžně v období puberty a dospívání. Fixace na rodinu přetrvává bez zjevných odlišností, člověk s mentální retardací nemá potřebu emancipace. U některých jedinců (zvláště z ústavní péče) můžeme pozorovat i velmi častou psychickou deprivaci, která v sobě skrývá nedostatek citů, vazeb, podnětů a také doteků (citová, sensorická, taktilní deprivace). Na tento fenomén „ústavních dětí“ upozornil již Dolejší (1973), který zjistil, že intelektově podprůměrné děti jsou ve svém duševním vývoji citlivější na situace podmiňující citovou deprivaci, než je tomu u dětí s průměrným a nadprůměrným intelektem. Všechny tyto děti potřebují láskyplné, podněcující a celkově příznivé prostředí. Velmi výrazný prvek sugestibilita (snadná ovlivnitelnost) je u takto postižených v rozporu s jejich rigidností a imunností ke změnám a požadavkům okolí. Tento protipól v jednání ukazuje typické příznaky nedostatku vůle (dysbulie, abulie), která je příznačná neschopností řídit své vlastní jednání a překonávat běžné překážky života. Podle Švarcové (2006) se slabost vůle projevuje v situacích, kdy děti vědí, jak mají jednat, ale nejsou schopny jednat požadovaným způsobem. Nerozhodnost a neschopnost odhadování svých možností s touto zmíněnou zvláštností úzce souvisí. Ve fázi rozhodování má pak přednost aktuálně atraktivní motiv, protože odstup od citového prožitku je pro tyto jedince příliš náročným procesem.

## **#2.2 Zvláštnosti sensorického vnímání u osob s mentálním postižením**

Poznávání prostředí, jeho vlastností, rozpoznávání objektů a situací, vztahů, změn a pohybu, které se v prostředí projevují, jsou nutným a základním předpokladem

adaptace člověka na vnější okolí. Jinými slovy, abychom začali rozlišovat, poznávat, pamatovat si a rozhodovat se, musí do našeho mozku nejprve vstoupit základní informace.

Základní poznávání člověka se týká prvotně smyslového vnímání, tj. smyslové percepce. Lidský sensorický systém tvoří 5 základních smyslů, pomocí kterých vnímáme naše okolí. Vnímání (a to zejména smyslové) je v ontogenezi člověka ukotveno jako základní činnost dlouho předtím, než začne mluvit a myslet.

Vnímání znamená poznávání. Základní poznávání člověka se týká právě primárního smyslového vnímání, tj. primární smyslové percepce. Kromě vnímání zrakového máme vnímání akustické, čichové, chuťové, kožní, polohové a pohybové. Vnímání je základní biologickou potřebou organismu. (Odchylku ve funkci a hlavně v kvantitě vnímání nazýváme „sensorickou deprivací“).

Za bazální ve vývoji považujeme blízké smysly:

Hmat, pohyb, rytmus, rovnováha, chuť, vnímání sebe, tepla.

Za rozvíjející považujeme distanční smysly:

Zrak, čich, sluch.

Poznávání prostředí a učení je neúčinnější za pomoci mnoha smyslů (multismyslově).

Velký vliv na kvalitu vnímání má kromě jiných také učení a individuální zkušenost.

Percepce není hotovou aktivitou ve vývoji jedince, ale vyvíjí se v interakci se zkušenostmi a zážitky, jejichž zdrojem je motorická aktivita subjektu. Veškeré psychické projevy jedince, včetně percepce, jsou závislé na vývoji a zrání CNS.

Pokud nelze z různých důvodů, a působení exogenních i endogenních vlivů, shrnout psychický vývoj jedince znaky posloupnosti navazujících fází, určitého zákonitého pořadí změn, celistvosti a vzájemné interakci, kontinuální diferenciaci, plynulosti a rovnoměrnosti, pak se jedná o narušenou strukturu CNS a poruchu vývoje, která má pravděpodobné nedozírné následky ve veškerém psychickém dění, procesu myšlení i vnímání.

### **#2.2.1 Zrakové vnímání u jedince s mentálním postižením**

Systém vidění a zrakového vnímání je v současnosti jedním z nejlépe prozkoumaných systémů mozku. Přesto, že zrakové vnímání patří mezi nejdůležitější lidské schopnosti (člověk vnímá zrakem až 80% životní reality), vyvíjí se zrak jako jeden z posledních smyslů. Zrakové vnímání novorozence, který se musí v krátkém časovém úseku přizpůsobit vnitřním i vnějším podmínkám, je pro rozvoj poznávacích procesů nejdůležitější, protože podněty tohoto druhu jsou četné, dostatečně variabilní a dostupné. Zejména v počátcích života je zrakové vnímání nezbytným prostředkem orientace a zdrojem mnoha informací, které mu umožňují nejen orientaci v novém prostředí, ale také postupné rozpoznávání percipovaných objektů na základě minulé zkušenosti.

Dítě s mentální retardací se, stejně jako ostatní děti, učí dívat a vnímat předměty a osoby kolem sebe, učí se je vidět a diferencovat. Již v této prvotní fázi je vidění určitou fyziologickou záležitostí a také výsledkem určité životní zkušenosti, která souvisí s komplexním vývojem CNS. Závisí samozřejmě na hloubce a typu mentálního postižení, které komplikuje tento celkový vývoj CNS, čímž brzdí a často modifikuje i tuto prvotní fázi „učení se vidět“. Vážící se poruchy zraku, které s vážností a typem mentální retardace souvisí, pak způsobují v minimálním případě zrakovou deprivaci,

kteřá souvisí s globální senzoričkou deprivací a zasahuje vývoj dítěte, co se týče zraku, již v postnatální období.

Rané zkušenosti dítěte s mentálními postižením se vlivem změněného zrakového vnímání velmi liší od zkušeností jeho vrstevníků. Smyslem prvních životních období je získat, podle Eriksonova modelu, základní pocit důvěry v život a zbavit se negativně působící nejistoty a nedůvěry v lidi a ve svět. Bohužel, u dětí s mentálními deficity může dojít k různě závažným deprivacím plynoucím z poruch vývoje zrakového vnímání. (Langmeier, Matějček, 1974) Nedostatek podnětů ze zrakových analytických center brzdí rozvoj vnímání dítěte, zpomaluje rozvíjení jeho myšlení, a tím prohlubuje mentální retardaci.

Zcela specifické je zrakové vnímání barev. Předpokládá se, že zdravé děti rozlišují zelenou a červenou barvu již od narození, ve 2. měsíci dokáží diferencovat základní barvy, přednost dávají červené a modré před zelenou a žlutou, také se předpokládá, že preference určitých barev může být vrozená. (Vágnerová, 2005, Šimíčková Čížková, 2005) U dětí s mentální retardací lze pouze říci, že diferenciace barev patří mezi již složitější myšlenkové operace, které závisí na stupni postižení a době jeho vzniku. Jak uvádí Švarcová (2006), je rozlišování barev pokládáno za významný kvalitativně důležitý ukazatel úrovně myšlení. Jestliže dítě dokáže abstrahovat určitý znak sady předmětů – například stejnou barvu – je to důkazem rozvoje jeho myšlení. Některé děti s vývojovými a rozumovými nedostatky se nedokáží celý život oprostít od konkrétního myšlení, které s barvou spojují (zelený jako tráva a modrý jako nebe). Navíc, pokud normální děti zařazují do jedné skupiny jenom stejné barvy, mentálně postižené děti spojují za stejných podmínek množství málo podobných odstínů. (Šif In: Krejčířová, 1998)

Velmi výjimečné je u dítěte s mentální retardací vnímání prostoru. Základní vjem prostoru se podle Hyvärinenové (1993) začíná vyvíjet již v momentě, kdy dítě dokáže pozorovat vlastní ruce ve středové čáře. Vnímání binokulární nastává ve fázi rozrůznění nervových drah z oka do mozku. Prvotně postupují informace z obou očí stejnou dráhou do vizuálního kortexu a teprve po určité době (cca 4. měsíc) se oddělí. (Sekuler, Blake, 1990, Koukolík, 2002) Snížený rozsah vnímání u dítěte s mentálním deficitem se projevuje tedy právě ve vnímání prostoru. Krejčířová (1998) uvádí, že dítě běžné populace vidí prostor globálně, mentálně retardované jej vnímá postupně, čímž se ztěžuje jeho orientace. Zmíněna autorka dále popisuje vnímání estetických předmětů, například obrazů, u kterých dítě s mentální retardací není schopno pochopit perspektivu, částečné překrývání kontur, nerozlišuje polostíny, je porušena diskriminace figury i pozadí. Spíše tedy, než aktuální význam, je vnímání podnětů ovlivněno u deficitního jedince jejich nápadností, jako je barva, tvar a velikost. Z hlediska estetických hodnot zaujme dítě s mentální retardací častěji subjektivně zajímavý detail, který nehodnotí vztahy k celku, ale má význam pouze individuální.

### **#2.2.2 Sluchové vnímání u jedince s mentálním postižením**

Sluchové vnímání má příliš velký význam v životě každého jedince, nejen pro jeho rozumový, duševní, řečový, tělesný i sociální vývoj, abychom mu neumožnili, v co možná největší kvantitě i kvalitě, přísun sluchových zkušeností.



Mezi jeden z nejdůležitějších faktorů sluchového vnímání patří neodmyslitelně také vnímání lidské řeči. Bohužel, pro jedince s mentálním postižením je z důvodu postižené rozumové složky a myšlení, toto vnímání zvláště specifické.

Schopnost sluchového vnímání se vyvíjí podle většiny odborníků mezi prvními ze všech operací a procesů vnímání. Již lidský plod je obdařen schopností sluchového vnímání. Ke konci 4. týdne embryonální fáze dítěte lze rozeznat vytvářející se základy pro oči a uši. Od třetího měsíce můžeme pozorovat důkazy o schopnosti učit se, a ve fázi fetální, tj. od 5. měsíce těhotenství umí dítě reagovat diferencovaně na různé zvukové podněty.

(Bylo potvrzeno, že nenarozené děti reagují klidně na hudbu Vivaldiho a Mozarta, zatímco na Beethovena a Brahmse reagují neklidem a kopáním. (srov. Šimíčková Čížková, 2003)).

Sluchové vnímání hraje v psychickém vývoji dítěte velkou úlohu zejména související s rozvojem řeči. Pipeková (In: Vítková, 2004) uvádí, že diferenciační podmíněné spoje v oblasti sluchového analyzátoru se utvářejí pomalu, vedou k opožděnému vývoji řeči, což opět způsobuje opoždění psychického vývoje. Běžný novorozenec je schopen odlišit zvuk lidského hlasu, řeč, hlasové projevy matky od jiných druhů zvuku. Podle Atkinsona (1995) dokáže měsíční dítě neuvěřitelně rozpoznat rozdíly mezi hláskami p a b, z čehož vyplývá, že se děti rodí s mechanismy vnímání, které jsou již naladěny na charakteristiky lidské řeči, a které jim pomáhají učit se mluvit.

Ovšem, u dítěte s mentální retardací je i schopnost sluchového vnímání značně modifikována a ozvláštěna. Souvisí právě s velmi brzkým vývojem sluchového receptoru i mozkových center, která se vyvíjejí v souladu se spolupůsobící mentální retardací. Jak uvádí Švarcová (2006) jsou sluchové vjemy výsledkem dříve podmíněných spojů, dítě se učí skládat jednotlivé zvuky, tóny hudby apod. To, co dítě slyší a vnímá jako zvuk, je v podstatě závislé na kvalitě i kvantitě podmíněných spojů, které se vytvořily v mozkové kůře. Tento proces je ovlivněn vývojem CNS, stejně tak jako etiologií, dobou vzniku i typem mentálního deficitu. Podobně, jako proces vidění, je i slyšení naučeným procesem rozlišování zvuků. Stav sluchového vnímání ovlivňuje také vnímání času, prostoru a polohy vlastního těla.

Sluchová percepce dozrává podle Matějčka (1987) až mezi 5. - 7. rokem a je rozvíjena každodenní zkušeností dítěte. Z uvedeného výčtu posloupnosti učení slyšení a sluchového vnímání běžného jedince můžeme v odstupu vyjádřit opožděné schopnosti dítěte s mentální retardací. Existuje zde jistá možnost ustrnutí v určité fázi vývoje nebo výskyt abnormalit a výkyvů v chování, schopnostech a projevech jedince, které se sluchovou percepcí souvisí, a jsou závislé na stupni mentální retardace a tím dosaženém stupni inteligence.

### **#2.2.3 Taktilní percepce u jedince s mentálním postižením**

Ze všech lidských smyslů je k poznávání okolního světa pravděpodobně nejlépe vybaven hmat. Čidla pro vnímání hmatu jsou totiž rozmístěna po celém těle a v záplavě rozličných impulsů přicházejících neustále do mozku jako proud zpráv o bezprostředním styku našeho těla s okolím.

Pocit hmatu je spojen se specifickým druhem smyslových čidel uložených uvnitř kůže v různých úrovních. Taktilní vnímání a poznávání je součástí činnosti somatosenzorického systému, který rozlišuje dotyky a jejich kvalitu.

Informace o teplotě a bolesti snímají volná nervová zakončení (vlákna), a reagují tak na jemný tlak, regulují teplo a chlad. Uzavřená nervová zakončení bezprostředně zaznamenávají tlak a jiná reagují na vibrace a natažení. Tepelná čidla v kůži reagují na pocity horka, či chladu, a dávají tak znamení mozku, aby upravil tělesnou teplotu. Míra senzitivity mechanoreceptorů v kůži souvisí s různými částmi našeho těla. Podle Blakea (1990) a dalších autorů souvisí nejen počet, ale také druh těchto specifických buněk, s rozdíly vnímání podle pohlaví, vývoje a různých fyzikálně – chemických vnějších vlivů.

Dotyk je z hlediska ontogeneze i fylogeneze primitivní formou neverbální komunikace, s níž se setkáváme dokonce u zvířat.

Dotyk je základním prvkem každodenní péče o dítě a veškerých činností souvisejících také s hraním a hrou. Verbální komunikace – řeč – nám poskytuje alternativní sdílení pocitů, sdělování záměrů a vyprávění příběhů, ale dotyk je nedílnou součástí sociálního života, vytváření vztahů a socializace. U intaktního novorozence je dokonce hmat nejvýkonnější; je ze všech smyslů nejlépe vyvinut.

Vnímání, sensorická percepce osob s mentálním postižením se vyznačuje inaktivitou, pomalým tempem, rigiditou, sníženou diferenciační schopností, poruchami rozsahu, celistvosti a výběrovosti vnímání, stereotypností, přičemž relativně nejméně je poškozené hmatové vnímání, čichové a chuťové vnímání. (Vančová, 2005) Možná právě proto je velmi významným neverbálně komunikačním prvkem dětí s mentální retardací právě dotyk. Bartoňová (2005) upozorňuje u osob s mentální retardací na obvyklou sníženou citlivost hmatových vjemů, což souvisí s opožděným vnímáním tělového schématu a pozdější špatnou koordinací pohybů.

Receptory kůže (pro vnímání dotyku, tlaku, tepla, chladu bolesti) jsou obecně, jak upozorňuje dobře vyvinuty již při narození dítěte a reakce na jejich podráždění se objevují již v prvním týdnu života. Nové výzkumy prokazují, že činnost některých analyzátorů je již v prvních okamžicích života bohatší, než jsme se dosud domnívali. Vývojový zvrat sahání dítěte po předmětech znamená přibližně ve čtvrtém měsíci života počátek hmatových reakcí. Účelné chápavé pohyby si vyžadují koordinaci zraku a hmatu s pohybovým aparátem. Mezi první hmatové úkony patří hmatové počítky ústy, které můžeme pozorovat nejen v období kojeneckém, ale také později, přibližně do třetího roku života (např. dumlání palce, strkání předmětů do úst). (srov. Vágnerová, 2002) Špička jazyka, jakožto jedno z nejcitlivějších míst lidského těla, slouží dítěti nejenom při vnímání chuti, ale v prvních fázích vývoje také k identifikaci dalších charakteristik předmětů, sání a strkání věcí do úst, což Freudova psychoanalytická teorie nazývá orální fází vývoje.

Dotyk v životě dítěte s mentálním postižením nehraje pouze úlohu související s péčí o jeho vlastní potřeby, ale výrazně se odráží na tělesné, sociální, emoční a intelektuální pohodě. (Doherty-Sneddon, 2005)

U dětí s těžkým mentálním postižením trvá i po čtvrtletí silný stisk, doprovázející úchopový reflex, který jinak u intaktních dětí slábne, neboť počáteční primitivní úchop je nahrazován inervací ruky z vyšších mozkových center, umožňujících vykonávat množství nejrůznějších pohybů. U těžkých forem vývojové retardace bývají již tyto prvotní reflexy porušeny. Průchod mozkových drah z kožních receptorů bývá značně modifikován a změněn. Dítě s mentálním deficitem má problém s rozlišováním informací z různých kožních receptorů, ať už se jedná o bolest, teplo či chlad, změny povrchových struktur, ad.

Dotyk úzce souvisí u dětí s mentálním postižením se senzoricou (zejm. haptickou) deprivací. Zvláště u dětí institucionalizovaných v raném věku způsobuje tuto specifickou deprivaci nedostatečné lidské pouto, blízkost matky a bezpečí, které je upevňováno pohledem, zvukem a hlavně dotykem. Podle Šimíčkové Čížkové (2005) má plod vyvinut smysl hmatu a reaguje na lehký tlak a dotek již v prenatalním období – někdy pracuje nervový systém již od 7 a půl týdne. Proto jsou doteky, dotýkání a hlazení břicha matky prospěšné pro zdravý psychický i fyzický vývoj dítěte. Dítě tímto navazuje spojení s rodiči, i dokonce se sourozenci, a cítí se být milováno. Houpání, chování a hlazení jsou podle Bowlbyho (In: Doherty-Sneddon, 2005) základem vytváření správných sociálních vazeb člověka. Je-li tento primární kontakt nedostatečný nebo nevyhovující, jsou děti vždy negativně ovlivněny. Děti, které jsou častěji hlazeny a podrobeny většímu množství dotyků lépe prospívají i po intelektuální stránce. Toto tvrzení naznačují podle Fielda (1998) některé závěry studií, zkoumající dotyky stimulující tlakové receptory, které mají zvláštní vliv na nervovou soustavu a uklidňují fyziologické rozrušení. Díky tomu jsou i děti s mentální retardací uvolněnější, dochází k poklesu produkce stresových hormonů a k lepší činnosti imunitního systému. (In: Doherty-Sneddon, 2005) Závěrem je nutné podotknout, že schopnosti, které se rozvíjejí v součinnosti s určitým druhem smyslového poznání, jsou samozřejmě nerozvinuty nebo rozvinuty méně, pokud chybí některý zdroj podnětů, například haptických. (Vágnerová, 2004)

#### **#2.2.4 Čichové a chuťové vnímání u jedince s mentálním postižením**

Chuť a čich nazýváme chemickými smysly a jejich receptory definujeme jako chemoreceptory, z důvodů reakcí na chemické látky – substance z potravy rozpuštěné ve slinách, a látky ze vzduchu, které jsou rozpouštěny v tekutém hlenu na povrchu nosní sliznice. Chuť i čich jsou velmi často pokládány za nedůležité lidské smysly, i přestože patří do základní pětičky nejpodstatnějších sensorů. Informace, které nám tyto smysly zprostředkovávají, jsou bezprostředně důležité pro lidský život. Při nerozpoznání kouře, spáleného a čerstvého jídla nebo voňavého vypraného prádla, bychom ztratili nejen spoustu životně důležitých pozitivních a negativních emočních zážitků, ale mohli bychom se navíc pohybovat neustále v nebezpečných a neidentifikovatelných podmínkách prostředí.

Ačkoliv se to na první pohled vůbec nezdá, chuť a čich jsou velmi úzce propojeny. Ztráta čichu tak může způsobit omezení či dokonce ztrátu vnímání chuti. (Zouzalík, 2004)

Čichové a chuťové vnímání, i přestože patří mezi základní smyslové vnímání člověka, nenalezneme v popředí zájmu příliš zkoumaných oblastí člověka, zvláště pak u osob s mentální retardací. Pokusme se alespoň zčásti shrnout nalezená fakta a nastínit informace o tomto druhu vnímání jak z domácí, tak zejména z literatury zahraniční. Přestože základní smyslové periferní analyzátory jsou dostatečně rozvinuty již při narození, nerozvíjejí se u dítěte s postižením stejnoměrně. Souvisí to s dozráváním centrálního nervového systému, který specificky u dítěte s mentálním postižením prokazuje jisté nedostatky. Chuť i čich se vyvíjejí velmi brzy a jsou ve funkci již od narození. Jejich citlivost roste až do předškolního věku, kdy dosahují u běžné populace plně vyvinuté funkční schopnosti. (srov. Vojtík, Machová, Břicháček, 1990) Z vývojové psychologie dítěte víme, že zvláště v poslední třetině těhotenství dítě neustále polyká.

Na základě empirických zjištění se ukázalo, že přimícháním sacharinu se spotřeba plodové vody zvyšuje, zatímco přimícháním kontrastní látky je spotřeba tekutiny omezena. Dítě v prenatálním i raně postnatálním období reaguje pozitivně na cukr a sladkou chuť, všechny ostatní chuťové varianty jsou vnímány jako nepříjemné. Odpovědí dítěte na sladkou tekutinu je uvolněný výraz v obličeji. Identifikace kontrastní chuti (hořko nebo kyselo) rovněž odpovídá reakci mimických svalů. (srov. Šimíčková Čížková, 2003)

Dítě pozná matku čichem již 45 hodin po narození. Samozřejmě, pokud mělo možnost být v její blízkosti. Intenzita a vnímání čichových podnětů je experimentálně ověřena kontrolou srdeční činnosti a dechovým tempem. Například i novorozenci s mentální retardací mají tendenci otáčet hlavu směrem ke sladké vůni (srdeční akce a dech se zpomalí, což dokazuje zklidnění, upoutání pozornosti). Agresivnější zápachy, třeba čpavek, způsobují odvrácení hlavičky a zrychlení dechu, srdeční činnosti, což signalizuje úzkost. Je také zcela jistě zajímavé, že již po několika dnech kojení rozpozná kojenec vůni matčina mléka (tj. výsledek pokusu, kdy kojenec obracel hlavičku k chomáči vaty namočenému do matčina mléka, místo k jinému chomáči namočenému do mléka jiné matky).

Rozvoj čichového a chuťového vnímání má velký význam v adaptaci jedince. Umožňuje rozpoznání nebezpečí a rizikových situací v životě každého člověka. (srov. Vágnerová, 2005, Šimíčková Čížková, 2003)

Co se týče čichového a chuťového vnímání u dětí a dospělých s mentální retardací, uvádím zde například studii, která se tímto problémem zabývala: Chuťové a čichové výzkumné centrum na Univerzitě ve Filadelfii, ve státě Pensylvánie, uveřejnilo v roce 1989 závěry z výzkumu dvaceti dospělých mentálně retardovaných osob, u kterých byl diagnostikován Downův syndrom, a kteří byli srovnáni se skupinou dvaceti intaktních osob a dvaceti osob s mentální retardací jiného druhu. Respondentům tohoto výzkumu byly testovány jejich čichové schopnosti a byla zjištěna snížená schopnost čichového vnímání u jedinců s Downovým syndromem. Tato snížená schopnost byla porovnána také s již prokázanými a ověřenými sníženými čichovými schopnostmi osob s degenerativní Alzheimerovou chorobou. Odborníci došli k závěru, že u dospělých osob s trizomií 21. chromozomu je prokazatelně nižší schopnost čichové percepce než u osob intaktních, a u osob s jinou mentální retardací. Dále bylo prokázáno, že osoby s Alzheimerovou chorobou vykazují stejné výsledky v testech jako osoby s Downovým syndromem v dospělosti.

Je známo, že vůně mají nesporný vliv na vývoj krátkodobé i dlouhodobé paměti, na city i na rozvoj myšlení, jak uvádí kupříkladu Dyeová (1995). Vnímání vůní i nelibých pachů může ovlivnit lidskou psychiku a přimět CNS, díky aktivaci a stimulaci různých center a oblastí, pracovat lépe, a neustále se cvičit, což je obzvláště u osob s mentální retardací velmi důležité. Na druhou stranu ale můžeme předpokládat, že právě v souvislosti s operacemi myšlení a schopnostmi čichového a chuťového vnímání, bude osoba s mentálním deficitem prokazovat určité opoždění minimálně v rámci vztahů poznávání a rozlišování vůní a chutí.

## #Shrnutí

Již v počátcích moderní vědy dospěli odborníci k určité hierarchii znaků a zvláštností osobnosti s mentálním postižením. Specifika poškození centrální nervové soustavy se projevují ve všech dílčích složkách osobnosti člověka. Tím, že dítě nevnímá svými smysly stejně od začátku svého raného vývoje, je jeho budoucí životní realita zcela odlišná. Mentální postižení se projevuje v myšlení, pozornosti, paměti, citové a volní složce, v řeči i v komunikaci.

Dítě postupně poznává objekty různé úrovně a komplexnosti, vnímá jejich tvary, barvy, umístění ve vztahu k jiným objektům, interpretuje směr i význam různých zvuků, odpovídá také na pestré chutě, vůně a na různé doteky. Ukazuje se, že vnímání světa je organizováno již od narození, má své prvky vrozené, ale neméně důležité je zrání a získávání zkušeností. Rozlišování různých chutí, vůní, barev, prostorových vztahů, zvuků a doteků je zjiitelné u dětí velmi záhy. Již po několika týdnech dochází k jemnějšímu rozlišování vnímaných jevů, avšak rozvoj vnímání nemusí vždy probíhat příznivě. Příkladem odlišného vnímání, které má svá specifika, své zvláštnosti a kvantitativní rozdíly, je vnímání člověka s mentálním postižením. Percepci jedince s vrozenou nebo vývojovou vadou centrálního nervového systému, která způsobuje mimo jiné snížení kvality i kvantity kognitivní složky, je nutné hodnotit individuálně a nepředpojatě. Vzhledem k nemožnosti nalezení dvou absolutně stejných osobností intaktních, nemůžeme ani plně generalizovat charakteristiku osobnosti s mentálním postižením.

Kontrolní otázky a úkoly:

Pokuste se shrnout odlišnosti v osobnosti člověka s mentálním postižením.

Definujte a vysvětlete na příkladech pojmy: rigidita, stereotyp a sugestibilita.

Jak byste popsali proces myšlení? Které operace myšlení znáte?

Popište podstatu taktálního vnímání pro dítě s mentálním postižením. Zdůvodněte, proč je vývoj hmatu důležitý pro celý život jedince.

Charakterizujte vlastními slovy důležité rozdíly ve zrakovém vnímání člověka s mentálním postižením a člověka intaktního.

Úkoly k textu

Prostudujte, z odborné literatury, rozdíl mezi bazálními a distančními smysly.

Zamyslete se nad dalšími druhy percepce – viz podkapitola 2.2.

Otázky k zamyšlení:

Pokuste se charakterizovat podstatu ztráty schopnosti vnímání různého druhu (zrakové, sluchové, atd.).

Citovaná a doporučená literatura

ATKINSONOVÁ, R., L., ATKINSON, R., C., SMITH, E., E., BEM, D., J. Psychologie. Praha: Victoria Publishing, 1995. ISBN 978- 80-85605-35-X.

BARTOŇOVÁ, M. Současné trendy v edukaci dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami v České republice. Brno: MSD, spol.s.r.o., 2005. ISBN 978- 80-86633-37-3.

ČERNÁ, M. Česká psychopedie. Speciální pedagogika osob s mentálním postižením. Praha: Karolinum, 2009. ISBN 978-80-246-1565-3.

DOHERTY-SNEEDDON, G. Neverbální komunikace dětí. Jak porozumět dítěti z jeho gest a mimiky. Praha: Portál, 2005. ISBN 978-80-7367-043-7.

DOLEJŠÍ, M. K otázkám psychologie mentální retardace. Praha: Avicenum, 1978.

DVOŘÁK, J. Logopedický slovník. 2.vyd. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 2001. ISBN 978- 80-902536-2-8.

DYEOVÁ, J. Aromaterapie pro ženu a dítě. Praha: Alternativa, 1995.

EDELSBERGER, L. a kol. Defektologický slovník. Praha: HaH, 2000. ISBN 80-86022-76-5.

FRANIOK, P. Vzdělávání osob s mentálním postižením. Ostrava: OU v Ostravě, Pdf, 2005. ISBN 978- 80-7368-150-1.

FRANIOK, P., KYSUČAN, J. Psychopedie. Speciální pedagogika mentálně retardovaných. Ostrava: OU v Ostravě, Pdf, 2002. ISBN 978-80-7042-247-5.

HALPERN, D., F. Sex differences in cognitive abilities. 3.ed. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates Publishers London, 2000.

JANKŮ, K. Využívání metody Snoezelen u osob s mentálním postižením. Ostrava: OU Pdf, 2010. ISBN 978-80-7368-915-5.

KOUKOLÍK, F. Lidský mozek. Funkční systémy. Norma a poruchy. 2.vyd. Praha: Portál, 2002. ISBN 978- 80-7178-632-2.

KOUKOLÍK, F. Mozek a jeho duše. 2.vyd. Praha: Macropulos, 1997. ISBN 978- 80-86003-08-6.

KREJČÍŘOVÁ, O. Estetická výchova mentálně retardovaných. Olomouc: Netopejr, 1998. ISBN 978- 80-86096-12-2.

KYSUČAN, J. Psychopedie. Teorie výchovy mentálně retardovaných. Olomouc: UP, 1990.

LANGMEIER, J., MATĚJČEK, Z. Psychická deprivace v dětství. Praha: Avicenum, 1974.

PIAGET, J., INHELDEROVÁ, B. Psychologie dítěte. 3. vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-608-X.

PIPEKOVÁ, J. Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů. Brno: MSD, 2006. 1.vyd. ISBN 978-80-86633-40-3.

PIPEKOVÁ, J., VÍTKOVÁ, M. Terapie ve speciálně pedagogické péči. Brno: Paido, 2001. ISBN 978-80-7315-010-7.

SEKULER, R., BLAKE, R. Perception. 2. ed. New York: McGRAW – HILL Publishing Company, 1990. ISBN 0-07-056065-X.

ŠIMÍČKOVÁ ČÍŽKOVÁ, J. a kol. Přehled vývojové psychologie. Olomouc: UP, 2005. ISBN 978-80-244-0629-2.

ŠVARCOVÁ, I. Mentální retardace. Vzdělávání, výchova, sociální péče. Praha: Portál, 2006. ISBN 978- 80-7367-060-7.

VÁGNEROVÁ, M. Vývojová psychologie I. Dětství a dospívání. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 978-80-246-0956-8.

VÁGNEROVÁ, M., HADJ-MOUSSOVÁ, Z., ŠTECH, S. Psychologie handicapu. Praha: Karolinum, 2004. ISBN 80-7184-929-4.

VALENTA, M. a kol. Přehled speciální pedagogiky a školská integrace. Olomouc: UP Pdf, 2003. ISBN 978- 80-244-0698-5.

VALENTA, M., KREJČÍŘOVÁ, O. Psychopedie. Kapitoly z didaktiky mentálně retardovaných. Olomouc: Netopejr, 1997. ISBN 978- 80-902057-9-8.

VALENTA, M., MÜLLER, O. Psychopedie. Teoretické základy a metodika. Olomouc: Parta, 2003. ISBN 978- 80-7320-063-5.

VANČOVÁ, A. Základy pedagogiky mentálně postihnutých. Bratislava: Sapientia, 2005. ISBN 978- 80 – 968797-6-6.

VÍTKOVÁ, M. a kol. Integrativní speciální pedagogika. Integrace školní a sociální. Brno: Paido, 2004. ISBN 978-80-7315-071-9.

VOJTÍK, V., MACHOVÁ, J., BŘICHÁČEK, V. Poruchy vývoje dětí a mladistvých a jejich projevy v rodině a ve škole. Praha: SPN, 1990. ISBN 978- 80-04-24650-8.

ZOUZALÍK, M. Lze nahradit lidské smysly? 2004. [cit.2014-08-28 ] Dostupné na: <http://www.21století.cz/>.

### **#3 Edukace osob s mentálním postižením**

#### Cíl kapitoly

Po nastudování této kapitoly byste měli být schopni:

Popsat realizaci aktuálního systému školství, které se týká vzdělávání dětí a žáků s mentálním postižením;

Vymezit legislativní zázemí školství pro osoby s mentálním postižením různého stupně;

Stručně charakterizovat specifika edukace osob s těžkým stupněm mentálního postižení a souběžným postižením více vadami;

Definovat institucionální péči v ČR podle zákona o sociálních službách (č. 108/2006 Sb. ve znění pozdějších předpisů);

Realizovat diskuzi o edukaci osob s mentálním postižením v našich podmínkách.

#### Klíčová slova

Edukace, výchova, vzdělávání, školský zákon č. 472/2011 Sb., zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb., transformace školství, integrace, rámcový vzdělávací program, osoba s těžkým mentálním postižením, souběžné postižení více vadami, předškolní vzdělávání, základní vzdělávání, domovy pro osoby se zdravotním postižením, sociální péče, institucionalizace.

#### Čas na prostudování kapitoly

10 hodin

#### Průvodce studiem

Dostali jste se ke třetí kapitole, která se více než předchozí, zaměřuje na vlastní život člověka s mentálním postižením. Podíváme se v ní na celoživotní proces edukace – tj. výchovy a vzdělávání. Dozvíte se, jak obecně funguje edukace ve školství a jak souvisí s institucionalizací. Můžete si vytvořit vlastní názor o transformaci služeb pro osoby s mentálním postižením, což je problém ve společnosti velmi aktuální a často diskutovaný. Doufám, že vás nástin této problematiky povede k hlubšímu zkoumání, vlastnímu rozvíjejícímu studiu a účasti na diskuzích odborníků z teorie i praxe.

### **#3.1 Edukace zaměřená na školství**

Modernizace speciální pedagogiky je velmi rychlý a proměnlivý proces. Edukace, která zahrnuje ve své podstatě výchovu i vzdělávání a celoživotní, se svými výchovně vzdělávacími složkami a cíli, směřuje zejména k celoživotnímu učení a kvalitnímu

soustavnému rozvoji jedince, protože jedním z nejcharakterističtějších znaků člověka je schopnost „učit se“. Jak uvádí Jesenský (2000), Kučerová (1996), Palouš (1990), a další odborníci, mluvíme o typických znacích 21. století, které je označováno jako „informační věk“, „čas výchovy“ a lidstvo je „učící se společnost“. Edukace osob s postižením má zásadní význam pro rozvoj a existenci handicapovaného člověka v postmoderní době vůbec. (Jesenský, 2000)

Vraťme se ale zpět ke vzdělávacímu procesu osob s mentálním postižením. Novodobé tendence zdůrazňují nezbytnost výchovy a vzdělávání lidí s mentálním postižením, kteří mají přiznána veškerá práva na plnohodnotný život ve společnosti, ale také povinnost intaktní společnosti vytvořit systém podpory a speciálních služeb, které by potřeby těchto jedinců adekvátně naplňovaly po celý jejich život. (srov. Franiok, 2005, Novosad, 1998)

Nejvýraznějším krokem v rozvoji edukačního procesu posledních let, je integrace osob s mentálním postižením do škol i společnosti. Myšlenkou, že je třeba vychovávat všechny děti, tj. i s postižením společně, se zabýval již geniální Jan Ámos Komenský ve své Vševýchově. (Jak uvádí Franiok (2005) segregace tenkrát neexistovala a nepřipadala v úvahu, tenkrát žádné školy pro mládež vyžadující zvláštní péči nebyly. (Franiok, 2005))

Legislativně byl prvně tento krok podpořen na základě ukončení pokusného ověřování Integrace žáka s mentálním postižením do základní školy 29. 2. 2004. Sdělení MŠMT o ukončení tohoto pokusného ověřování doprovází změna původního paragrafu 3 Vyhlášky č. 291/1991 Sb. o základní škole. Tento paragraf byl dále rozšířen o nový odstavec, na základě kterého mohl ředitel základní školy integrovat i žáka s mentálním postižením: „Žáka s mentálním postižením může ředitel školy zařadit do příslušného ročníku školy na základě žádosti zástupce žáka a vyjádření příslušného odborného lékaře a pedagogicko - psychologické poradny nebo speciálně pedagogického centra. Zařazení je možné pouze při zajištění nezbytné speciálně pedagogické podpory stanovené v individuálním vzdělávacím programu. Její rozsah i obsah určí na základě odborného posouzení žáka po dohodě se zástupci žáka pedagogicko-psychologická poradna nebo speciálně pedagogické centrum.“ (Sdělení MŠMT o ukončení pokusného ověřování „Integrace žáků s mentálním postižením do základních škol“)

Momentálně je realizace vzdělávání osob s mentálním postižením upravena Školským zákonem č. 472/2011 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání. V paragrafu 16 tohoto zákona je blíže specifikováno vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními potřebami, přičemž mentální postižení je zahrnuto mezi zdravotní postižení. Ve znění tohoto zákona je dále v odstavci 8 paragrafu 16: „ Vyžaduje-li to povaha zdravotního postižení, zřizují se pro děti, žáky a studenty se zdravotním postižením školy, popřípadě se souhlasem krajského úřadu v rámci školy jednotlivé třídy, oddělení nebo studijní skupiny s upravenými vzdělávacími programy.“ Cílem školského zákona je ale zejména individuální integrace dětí, žáků a studentů do běžných škol, žáky s mentálním postižením nevyjímaje.

Následně se problematiky vzdělávání osob s mentální retardací týká Vyhláška 147/2011 Sb., která stanovuje speciální vzdělávání těchto dětí a to: v mateřské škole speciální, základní škole praktické, základní škole speciální, odborných učilištích a praktických školách. Tyto instituce slouží zejména jedincům s lehkým a středně těžkým stupněm mentální retardace. Žáci s těžkým mentálním postižením, žáci s více vadami a



žáci s autismem se mohou vzdělávat v základní škole speciální, pakliže nejsou vzdělávání jinak, například individuálně, tj. bez pravidelné účasti na vyučování. Vzdělávání všech dětí v České republice, stejně tak dětí a žáků s mentálním postižením, se řídí kurikulárními dokumenty (a jejich rozpracovaným systémem), které jsou utvářeny na podkladě Národního programu rozvoje vzdělávání v České republice (tzv. Bílá kniha) a zakotveny v již zmíněném školském zákoně (původně č. 561/2004 Sb., dnes 472/2011 Sb.) o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání. Kurikulární dokumenty jsou vytvářeny na dvou úrovních – státní a školní. Na úrovni státní jde zejména o tzv. rámcové vzdělávací programy (RVP) a na úrovni školní pak tzv. školní vzdělávací programy (ŠVP).

Rámcové vzdělávací programy byly vytvořeny i pro vzdělávání žáků s mentálním postižením. Diferenciace zde probíhá podle tzv. stupně mentálního postižení. Pokud se týká vzdělávání žáků s lehkým mentálním postižením, pak byl vytvořen, a využívá se, Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání – příloha upravující vzdělávání žáků s lehkým mentálním postižením (RVP ZV – LMP). Tento dokument představuje modifikaci rámcového vzdělávacího programu základní vzdělávání (RVP ZV) pro vzdělávání žáků s lehkým mentálním postižením, a respektuje sníženou úroveň rozumových schopností žáků, jejich fyzické a pracovní možnosti a předpoklady. Dále také vymezuje podmínky pro toto speciální vzdělávání, a specifikuje přesně úroveň klíčových kompetencí, jež by měli žáci na konci tohoto vzdělávání dosáhnout. Mezi jiným podporuje přípravu na společenské a profesní uplatnění a umožňuje uplatňování speciálně pedagogických metod a postupů, forem a prostředků, i míru užívaných podpůrných opatření. (srov. Vítková, 2007 In: Bartoňová, Pipeková, Vítková, 2007) Pro žáky se středně těžkým mentálním postižením, těžkým mentálním postižením a souběžným postižením více vadami byl sestaven Rámcový vzdělávací program pro obor vzdělávání základní škola speciální (RVP ZŠS). Tento dokument navazuje svým pojetím na přílohu RVP ZV-LMP upravující vzdělávání žáků s lehkým mentálním postižením. Stejně jako u předchozího dokumentu tento rámcový vzdělávací program vymezuje podmínky vzdělávání pro skupinu dětí s těžším než lehkým mentálním postižením a umožňuje mu využívat speciálních opatření, která jsou pro tento typ postižení nesporně důležitá. RVP pro obor ZŠS obsahuje dva díly, z nichž první je určen pro vzdělávání žáků se středně těžkým mentálním postižením a druhý pro vzdělávání žáků s těžkým mentálním postižením a souběžným postižením více vadami.

Pro ilustraci a dokreslení situace nabízíme přehledné schéma, které zobrazuje možnosti vzdělávání dětí a žáků s mentálním postižením podle věku (v závorkách jsou navíc uvedeny příslušné rámcové vzdělávací programy).

Předškolní věk:

mateřská škola (RVP PV)

mateřská škola speciální (RVP PV)

Školní věk:

základní škola (RVP ZV)

základní škola praktická (RVP ZV-LMP)

základní škola speciální (RVP ZŠS)

Adolescenti:

střední odborné učiliště

odborné učiliště dvouleté a tříleté

praktická škola jednoletá a dvouletá.

### **#3.1.1 Edukace osob s těžkým mentálním postižením a souběžným postižením více vadami**

Vzdělávání žáků s těžkým mentálním postižením je velmi náročný proces. Kromě tohoto svého postižení vykazují žáci také často poruchy komunikačních schopností, motoriky, různá zdravotní omezení a další, proto je nutné, aby jejich vzdělávání mělo nejen jiný obsah, ale také odlišné metody práce, speciálně upravené podmínky a co největší možnou míru individualizace ve vzdělávání. (srov. např. Vítková, 2007, Bartoňová, Pipeková, Vítková, 2007, Vítková, 2009 In: Hájková, 2009) Setkáváme se zde mnohem více s využíváním alternativních a augmentativních komunikačních technik a systémů, rehabilitačními a relaxačními činnostmi a intenzivní individuální péčí. Často se v rámci tohoto RVP používají různé terapeutické a facilitační metody. Vzdělávání žáků s těžkou a hlubokou mentální vadou je umožněno také na základě Vyhlášky č. 147/2011 Sb. o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných. Těmto žákům, samozřejmě s ohledem na rozsah speciálních vzdělávacích potřeb, pak náleží nejvyšší míra podpůrných opatření, kterými se rozumí využití speciálních metod, postupů, forem a prostředků vzdělávání, kompenzačních, rehabilitačních a učebních pomůcek, speciálních učebnic a didaktických materiálů. Mezi tato opatření dále patří zařazení předmětů speciálně pedagogické péče, poskytování poradenských služeb, zajištění služeb asistenta pedagoga, snížení počtu žáků ve třídě nebo jiná úprava organizace zohledňující speciální vzdělávací potřeby žáka. (Sbírka zákonů, 147/2011) Od r. 2005 jsou již jedinci s těžkou a hlubokou mentální retardací vzděláváni v postupně zřizovaných rehabilitačních třídách základních škol speciálních.

Edukace, výchova i vzdělávání a různé druhy intervence jsou u dětí s těžkým mentálním postižením a souběžným postižením více vadami zaměřeny zejména na zajištění individuálních potřeb. Nesoustředujeme se na deficity dětí, na těžká postižení tolik, jako na zjišťování a zajišťování modifikací kvalitního života. V dnešní době již mezi samozřejmě patří i možnost samostatného bydlení (s podporou nebo asistencí) a možnost seberealizace v rámci pracovní příležitosti.

Přibližně od devadesátých let se v této oblasti edukace osob s těžkým stupněm postižení prosazují nové přístupy a alternativy, což souvisí se změnou původního stereotypního vzdělávání v minulosti. Tradiční vzdělávání bylo tedy vystřídáno alternativní nabídkou forem a metod vzdělávání. Systém se více zaměřuje na podpůrná opatření při speciálním vzdělávání, speciální stimulace, kompenzace a korekce. Je nutné přizpůsobit všechny vyučovací předměty a umožnit dětem alternativní komunikaci (Bliss, Makaton, Znak do ruky, Piktogramy, Obrázková metoda, apod.). A vlastně celý individuální vzdělávací plán těchto dětí musí vycházet z jejich individuálních potřeb a požadavků.

Vzdělávání žáků s těžkým mentálním postižením a souběžným postižením více vadami má tyto cíle (viz dále Rámcový vzdělávací program pro základní školu speciální – RVP ZŠS):

osvojení základních hygienických návyků a sebeobsluhy;  
rozvoj pohyblivosti, samostatnosti a orientace;

rozvoj komunikačních dovedností využíváním systémů alternativní a augmentativní komunikace;

rozvoj spolupráce s blízkými osobami a využívání jednoduchých úkonů;

rozvoj možné adekvátní samostatnosti;

rozvoj emocí a pozitivních citů;

rozvoj pozornosti, vnímavosti a poznání.

Důraz klademe zejména na tyto klíčové kompetence: komunikativní, sociální a personální, pracovní!

Na závěr si ještě připomeňme speciální metody zprostředkování informací, které u dětí a žáků s mentálním postižením těžkým využíváme:

Vícenásobné opakování informace;

Nadměrné zvýraznění informace;

Zapojení více kanálů k přijímání informace;

Optimální kódování;

Intenzivní zpětná vazba;

Algoritmizace obsahu edukace, ad.

### **#3.2 Edukace zaměřená na instituce**

Výchova a vzdělávání jedinců s mentálním postižením, kteří nemají možnost strávit život v rodinné péči je v naší republice ošetřena možností institucionálního umístění těchto osob do domovů nebo denních, týdenních nebo celoročních pobytových zařízení. Sociální péče o osoby s postižením zaznamenala po roce 1989 také množství změn a transformací. Institucionální péče dneška souvisí jednak s hledáním alternativ, jednak s modifikací stávajících struktur a také se změnou financování (zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb.). Rovněž institucionální zařízení mají za úkol zlepšit kvalitu a podmínky života, podpořit socializaci a integraci všech osob, které je využívají, do společnosti. Příslušná zařízení a domovy pro zdravotně postižené jsou dnes hlavně určeny pro občany s těžkým mentálním postižením a souběžným postižením více vadami, kteří stále nejvíce ústavní péči potřebují. V této souvislosti je nutné hledat nové metody a alternativní formy práce, které by těmto lidem vyhovovaly, dokázaly uspokojovat jejich potřeby, využívaly jejich možností a zkvalitnili tak jejich život. Celý systém sociálních služeb, včetně stávající legislativy, prošel za posledních dvacet let významnými změnami. Jak uvádí Kozlová (2005) došlo především ke kvantitativnímu nárůstu objemu poskytovaných služeb, zavedly se nové metody, formy práce s klienty, vznikla nová zařízení jiného typu. (Kozlová, 2005)

Sociální služby se dnes řídí dle Zákona o sociálních službách (č. 108/2006 Sb. ve znění pozdějších předpisů). Zmíněný zákon upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb a příspěvků na péči, podmínky pro vydání oprávnění k poskytování sociálních služeb, výkon veřejné správy v oblasti sociálních služeb, a předpoklad pro výkon činnosti v sociálních službách. (srov. Vítková, 2011 In: Opatřilová, Vítková, 2011) Zákon s sebou přináší novou kategorizaci sociálních služeb, víceméně převzatou z německé právní úpravy. Sociální služby se tak podle funkce, kterou ve společnosti plní, dělí do tří základních skupin: sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. (V zákoně dále najdeme úpravu na dva druhy sociálního poradenství, třináct druhů služeb sociální péče a osmnáct druhů služeb sociální prevence.)

Pokud bychom se krátce pozastavili nad jednotlivými skupinami, pak smyslem sociálního poradenství je poskytnout jedinci potřebné informace, které by měly přispět k řešení jeho tíživé sociální situace. Co se týká služeb sociální péče, pak ty jsou službami pomoci při zajišťování psychické a fyzické soběstačnosti lidí. Konkrétní typy služeb sociální péče a jejich počty v roce 2014 v ČR uvádíme v původním dokumentu v tabulce č. 1. Pro potřeby tohoto textu bez tabulky pouze výčet jednotlivých typů služeb.

Počet služeb sociální péče a jejich typy v ČR v roce 2014.

Služby sociální péče:

Centra denních služeb – 98.

Denní stacionáře – 302.

Domovy pro osoby se zdravotním postižením – 225.

Domovy pro seniory – 511.

Domovy se zvláštním režimem – 261.

Chráněné bydlení – 183.

Odlehčovací služby – 299.

Osobní asistence – 248.

Pečovatelská služba – 791.

Podpora samostatného bydlení – 51.

Průvodcovské a předčitatelské služby – 26.

Tísňová péče – 22.

Týdenní stacionáře – 73.

Posláním služeb sociální prevence je předcházet sociálnímu vyloučení osob. Služby jsou orientovány na jevy sociálně patologické, kam spadá například kriminalita, bezdomovectví, krize v rodině, apod. Jak je z následující tabulky zjevné, jsou nejvíce zastoupené služby sociální rehabilitace, sociálně aktivizační služby, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež a terénní programy.

Počet služeb sociální prevence a jejich typy v ČR v roce 2014 rovněž uvádíme v původním dokumentu v tabulce.

Služby sociální prevence:

Azylové domy – 231.

Domy na půl cesty – 46.

Intervenční centra – 18.

Kontaktní centra – 61.

Krizová pomoc – 51.

Nízkoprahová denní centra – 60.

Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež – 273.

Noclehárny – 78.

Raná péče – 47.

Služby následné péče – 53.

Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi – 290.

Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením – 259.

Sociálně terapeutické dílny – 140.

Sociální rehabilitace – 340.

Telefonní krizová pomoc – 42.

Terapeutické komunity – 17.

Terénní programy – 251.

Tlumočnické služby – 41.

Hlavní trendy, které se oblastí života jedince s mentálním postižením týkají, by měly směřovat ke:

zkvalitňování a zvýšení dostupnosti stávajících služeb;

zajišťování návaznosti kvalitních služeb s ohledem na vývoj potřeb v průběhu života jedince;

podpoře zajišťování doplňkových služeb;

spolupráci a provázanosti jednotlivých rezortů při zajišťování služeb;

podpoře života osob s mentálním postižením v jejich přirozeném prostředí; zajišťování podporovaného zaměstnávání a iniciaci vzniku sociálně terapeutických dílen. (Galko In: Spoustová, ed., 2009)

## #Shrnutí

Závěrem celé kapitoly, která se týká edukace, čili výchovy a vzdělávání osob s mentálním postižením, můžeme říci, že v aktuálních přístupech se promítají nejvíce poznatky, které souvisí s inkluzivními přístupy moderní speciální pedagogiky. Tato moderní vědní disciplína, která se vyvíjí bezmála již více než 100 let, prošla mnoha změnami ve své teorii i praxi. V posledních letech je zde ovšem patrný také určitý nástin globalizace a strukturalizace ve smyslu podobných modelů a strategií řešení problémů v celoevropském (popř. celosvětovém) měřítku.

Transformační trendy vidíme nejen ve vzdělávání obecně (viz aktuální školský zákon č. 472/2011 Sb.), ale rovněž ve zvláště specifických přístupech k osobám s těžkým mentálním postižením a souběžným postižením více vadami.

Institucionální péče, která je zajištěna zákonem o sociálních službách (č. 108/2006 Sb.) se snaží v rámci různých pobytových i preventivních a poradenských zařízení, poskytnout žádanou kvalitu života všem, kteří ji využívají (zejména osobám s těžkým a kombinovaným mentálním postižením).

Kontrolní otázky a úkoly:

Popište strukturu školství pro děti a žáky s mentálním postižením podle věku.

Která legislativa a dokumenty se týkají zařazení dítěte s mentálním postižením do školy příslušného typu?

Které klíčové kompetence je nutné zvláště rozvíjet u dětí a žáků s těžkým mentálním postižením?

Jak dělí zákon o sociálních službách svá zařízení a instituce?

Úkoly k textu:

Prozkoumejte podrobněji RVP ZV – LMP a popište rozdíl mezi RVP ZV.

Co znamená „transformace sociálních služeb“?

Otázky k zamyšlení:

Jak by asi měla vypadat transformace vzdělávacího procesu podle vás? Pokuste se na základě informací z této kapitoly i dalšího studia, nastínit východiska.

Citovaná a doporučená literatura

- BARTOŇOVÁ, M., PIPEKOVÁ, J., VÍTKOVÁ, M. (eds.) Strategie ve vzdělávání žáků s mentálním postižením v odborném učilišti a na praktické škole. Brno: MSD, 2007. ISBN 978-80-7392-011-1.
- FRANIOK, P. Vzdělávání osob s mentálním postižením. Ostrava: OU v Ostravě, Pdf, 2005. ISBN 978- 80-7368-150-1.
- HÁJKOVÁ, V. (ed.) a kol. Bazální stimulace, aktivace a komunikace v edukaci žáků s kombinovaným postižením. Praha: Somatopedická společnost, 2009. ISBN 978-80-904464-0-3.
- JANKŮ, K. Terapie ve speciální pedagogice – zaměření na osoby s těžkým postižením. Ostrava: Pdf OU, 2013. ISBN 978-80-7464-326-2.
- JANKŮ, K. Využívání metody Snoezelen u osob s mentálním postižením. Ostrava: OU Pdf, 2010. ISBN 978-80-7368-915-5.
- JESENSKÝ, J. Základy komprehenzivní speciální pedagogiky. Hradec Králové: Gaudeamus, 2000. ISBN 978- 80-7041-196-1.
- KOZLOVÁ, Lucie. Sociální služby. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-725-4662-7.
- KUČEROVÁ, S. Člověk, hodnoty, výchova. Prešov: ManaCon, 1996. ISBN 978- 80-85668-34-3.
- NOVOSAD, L. Základy speciálního poradenství. Struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním. Praha: Portál, 2000. ISBN 978- 80 – 7178-197-5.
- OPATŘILOVÁ, Dagmar, Marie VÍTKOVÁ at al. Speciálně pedagogická podpora dětí a mládeže se speciálními vzdělávacími potřebami mimo školu. Brno: MU, 2011. ISBN 978-80-210-5693-0.
- SPOUSTOVÁ, Andrea (ed.). Sborník RaVŠ za akademický rok 2008/2009. Brno: Rašínova vysoká škola, s.r.o., 2009. ISBN 978-80-87001-15-8.

## **#Závěr**

Speciální pedagogiku osob s mentálním postižením – tedy psychopedii podle původní Sovákovy klasifikace - lze pokládat z výchozí speciálněpedagogickou disciplínu. Fascinace mentální retardací v historii dnes vystřídaly speciální a individuální přístupy odborníků, ve finále podtržené snahou o co největší možnou integraci lidí s mentálním postižením do společnosti. Ovšem, co se týče příčin, kombinací poruch a podstaty mentální retardace, stále stojíme na úzkém ledu a ani super moderními metodami neumíme mentálnímu postižení plně předejít. Soustředíme se tedy alespoň na veškerá preventivní opatření, v primární i sekundární rovině, a na humanizaci a kvalitu života těchto lidí, které můžeme ovlivnit.

Věřím, že speciální pedagog bez praxe s člověkem s mentálním postižením není schopen správně aplikovat poznatky speciální pedagogiky a plně využít zásady, metody a techniky speciálněpedagogického přístupu. Bohužel, co se týká samotného obsahu práce, je péče a rozvoj člověka s mentálním postižením jedna z nejsložitějších a časově nejnáročnějších prací. Všichni, kteří se dobrovolně této práci věnují, zaslouží naši úctu.

Mnoho zdaru v práci.  
Vaše autorka.