



INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

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

Průvodka dokumentem:

Počet úrovní nadpisů 2

Názvy stylů:

úroveň 1 styl Nadpis 1

úroveň 2 styl Nadpis 2

Znak # označuje začátek kapitoly.

Znak \$ je na začátku a na konci odlišně formátovaného textu.

Vložený komentář a popis odstraněného obrázku je umístěn mezi znaky §.

V dokumentu je na začátku automaticky vytvořený obsah.

Popisy obrázků jsou vyjádřeny slovně.

Tabulky jsou v textu pouze symetrické, vloženy mezi znaky @...&.

Jazyková korektura nebyla provedena, za jazykovou stránku odpovídá autor.

Základní bibliografické údaje:

Název: Kapitoly ze speciální pedagogiky 2

Autor: doc. PaedDr. et Mgr. Eva Zacharová, Ph.D.

Vydání: první, 2013

Ostravská univerzita v Ostravě

ISBN 978-80-7464-370-5

Studijní opora k inovovanému předmětu: Kapitoly ze speciální pedagogiky 2 (KRE/SPET2)

Recenzent: Mgr. et Mgr. Miroslava Hermanová

Další informace o textu:

Studijní opora je jedním z výstupů projektu ESF OP VK.

Číslo Prioritní osy: 7.2

Oblast podpory: 7.2.2 – Vysokoškolské vzdělávání

Příjemce: Ostravská univerzita v Ostravě

Název projektu: Podpora terciárního vzdělávání studentů se specifickými vzdělávacími potřebami na Ostravské univerzitě v Ostravě

Registrační číslo projektu: CZ.1.07/2.2.00/29.0006

Délka realizace: 6. 2. 2012 – 31. 1. 2015

Řešitel: PhDr. Mgr. Martin Kaleja, Ph.D.

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

OBSAH:

Úvod

1 Logopedie

- #1.1 Pojetí logopedie
- #1.2 Řeč - komunikace
- #1.3 Klasifikace narušené komunikační schopnosti
- #1.4 Systém poskytování logopedické intervence v ČR
- #1.5 Přístup k člověku s narušenou komunikační schopností
- #Shrnutí kapitoly - Logopedie

#2 Surdopedie

- #2.1 Pojetí surdopedie
- #2.2 Klasifikace sluchových vad
- #2.3 Komplexní péče o sluchově postižené
- #2.4 Komunikační formy jedinců se sluchovým postižením
- #2.5 Přístup k člověku se sluchovým postižením
- #Shrnutí kapitoly - Surdopedie

#3 Specifické poruchy učení

- #3.1 Vymezení pojmu
- #3.2 Etiologie specifických poruch učení
- #3.3 Poruchy chování
- #3.4 Reeducace specifických poruch učení
- #3.5 Přístup k člověku se specifickou poruchou učení
- #Shrnutí kapitoly – Specifické poruchy učení

#4 Somatopedie

- #4.1 Pojetí somatopedie
- #4.2 Klasifikace pohybových vad
- #4.3 Charakteristika vybraných onemocnění
- #4.4 Význam rané intervence
- #4.5 Přístup k člověku s tělesným postižením a dlouhodobým onemocněním
- #Shrnutí kapitoly - Somatopedie

#5 Oftalmopedie

- #5.1 Pojetí oftalmopedie
- #5.2 Klasifikace zrakových vad
- #5.3 Charakteristika častých zrakových vad
- #5.4 Vliv zrakového postižení na rozvoj osobnosti
- #5.5 Speciálně pedagogické poradenství jedinců se zrakovým postižením
- #5.6 Přístup k člověku se zrakovým postižením
- #Shrnutí kapitoly - Oftalmopedie

#6 Psychopedie

- #6.1 Pojetí psychopedie
- #6.2 Mentální retardace
- #6.3 Dawnův syndrom
- #6.4 Výchova a vzdělávání jedinců s mentálním postižením
- #6.5 Pracovní uplatnění osob s mentálním postižením

#6.6 Přístup k člověku s mentálním postižením nebo psychickou poruchou
#Shrnutí kapitoly - Psychopedie

#7 Autismus

#7.1 Vymezení pojmu autismus
#7.2 Prevalence a etiologie autismu
#7.3 Triáda příznaků
#7.4 Přehled autistických poruch
#7.5 Edukace dětí s autismem
#7.6 Speciálně pedagogická intervence
#7.7 Přístup k člověku s poruchou autistického spektra
#Shrnutí kapitoly - Autismus

#8 Etopedie

#8.1 Pojetí etopedie
#8.2 Praxe etopedie
#8.3 Současné názvosloví v etopedii
#8.4 Edukace jedinců s poruchami emocí a chování
#Shrnutí kapitoly - Etopedie

#9 Těžké postižení a souběžné postižení více vadami

#9.1 Vymezení pojmu těžké postižení
#9.2 Zásady podpory jedinců s těžkým zdravotním postižením
#9.3 Edukace jedinců s těžkým postižením a souběžným postižením více vadami
#9.4 Bazální stimulace
#Shrnutí kapitoly – Těžké postižení a souběžné postižení více vadami

#Literatura

Úvod

Předkládaná studijní opora má za cíl teoreticky seznámit studenty nelékařských zdravotnických bakalářských oborů se základy speciální pedagogiky. Výběr témat a jejich výklad je veden snahou usnadnit pochopení látky studentům, kteří se s danou problematikou v průběhu dosavadního studia setkávali v omezeném rozsahu. Předkládaná část je věnována speciálně pedagogické problematice.

Tato studijní opora není vědeckým typem odborného textu, jedná se o oporu studenta ve smyslu provázení studiem. Primární odborné prameny zde nejsou průběžně citovány a jsou souhrnně uvedeny na konci textu.

Po prostudování textu budete znát:

Základní terminologii spojenou s vědním oborem a speciálně pedagogickými disciplínami.

Vývoj jednotlivých speciálně pedagogických disciplín.

Možnosti realizace speciálně pedagogické intervence v praxi.

Zvláštnosti v přístupu k člověku s postižením.

Speciálně pedagogické problémy jednotlivých vědních oborů.

Získáte:

Základní znalosti o vývoji a dalším rozvoji speciální pedagogiky jako samostatného vědního oboru.

Základní informace o klasifikaci speciální pedagogiky podle druhu postižení.

Budete schopni:

Vysvětlit obecné cíle speciální pedagogiky.

Definovat termín postižení ve smyslu pedagogickém.

Pracovat se základními terminologickými pojmy speciální pedagogiky.

Pochopit životní situaci rodiny s dítětem se zdravotním postižením.

1 Logopedie

V této kapitole se dozvíte:

Co zahrnuje vědní obor logopedie.

Jakou roli sehraává komunikace v životě člověka.

Jaké problémy vznikají při narušení komunikační schopnosti.

Jaká je klasifikace narušené komunikační schopnosti.

Jaký je systém poskytování logopedické intervence.

Zásady v přístupu k člověku s narušenou komunikační schopností.

Po jejím prostudování byste měli být schopni:

Vysvětlit pojem logopedie.

Objasnit problémy vznikající při narušení komunikační schopnosti.

Charakterizovat přístup k člověku s narušenou komunikační schopností.

Klíčová slova kapitoly: Logopedie, jazyk, komunikace, verbální komunikace, neverbální komunikace, narušená komunikační schopnost.

#1.1 Pojetí logopedie

Obor logopedie je vcelku mladý vědní a studijní obor, který je začal formovat v první polovině 20. století. Termín logopedie je utvořen z řeckého slova logos (slovo) a paidea (výchova). Logopedie je definována jako vědní obor interdisciplinárního charakteru, jehož předmětem jsou zákonitosti vzniku, eliminování a prevence narušené komunikační schopnosti. V moderním chápání je vědou zkoumající narušenou komunikační schopnost z hlediska jejích příčin, projevů, následků, možností diagnostiky, terapie a prevence.

Existují různé definice oboru logopedie. Defektologický slovník uvádí, že logopedie je výchova řeči. Logopedický slovník definuje logopedii jako obor, který se zabývá fyziologií a patologií komunikace lidskou řečí (rozvoj řeči, výzkum, diagnostika, terapie, prevence, profylaxe) a v pojetí školském chápe logopedii jako obor speciální pedagogiky, který se zabývá výchovou a vzděláváním osob s poruchami komunikace.

Můžeme říci, že logopedie je speciálně pedagogický vědní obor, který se zabývá výchovou, vzděláváním, komplexní logopedickou péčí o jedince s poruchami komunikačních schopností a taktéž prevencí těchto poruch. Předmětem logopedického výzkumu jsou příčiny vzniku

poruch komunikačních schopností, jejich průběh, výskyt, následky, diagnostikování, odstraňování, určování prognózy. Logopedie se zabývá i možnostmi rozvoje komunikačních schopností u jedinců nepostižených (intaktních).

Cílem logopedické péče je odstranit, překonat nebo alespoň co nejvyšší možná míra zredukování narušené komunikační schopnosti, předcházení poruchám komunikační schopnosti, rozvinutí komunikační schopnosti.

Logopedie má jako pedagogická disciplína blízký vztah k obecné pedagogice i k ostatním oborům speciální pedagogiky. U dětí, mladistvých a dospělých s postižením somatickým, mentálním či smyslovým se setkáváme s poruchami komunikační schopnosti, proto hovoříme v rámci integrativní speciální pedagogiky o tom, že obor logopedie prolíná ostatními obory: somatopedií, psychopedií, surdopedií, oftalmopedií. O narušené komunikační schopnosti můžeme hovořit i u dětí se specifickými vývojovými poruchami učení. Ke každému, u koho se vyskytne narušená komunikační schopnost, musíme volit individuální přístup v průběhu speciálně pedagogické diagnostiky logopedické, během reedukace poruch komunikační schopnosti, při začleňování do společnosti. Přitom však je nutný přístup interdisciplinární, protože logopedie musí spolupracovat a využívat poznatků z jiných vědních oborů: medicíny (pediatrie, foniatrie, otorinolaryngologie, stomatologie, plastické chirurgie, ortodoncie, neurologie, neurochirurgie, psychiatrie), psychologie (psychologie postižených), jazykovědních oborů (lingvistika, fonetika, fonologie), důležité jsou poznatky z genetiky, informatiky, kybernetiky, právních věd atd.

Logopedická péče není orientována jen na dětský věk, ale zabývá se komunikací a narušenou komunikační schopností všech věkových kategorií, tj. dětí, adolescentů, dospělých i starých lidí. Současná logopedie používá místo termínů porucha řeči, vada řeči zastřešující termín narušená komunikační schopnost. Termín zahrnuje i termíny vada, porucha řeči a výstižně vyjadřuje změnu základního trendu logopedie směrem k holistickému pojetí.

#1.2 Řeč - komunikace

Komunikace (z lat. communicatio, které lze chápat ve významu spojování, sdělování, přenos, společenství, participace) znamená obecně lidskou schopnost užívat výrazové prostředky k vytváření, udržování a pěstování mezilidských vztahů. Komunikace významně ovlivňuje rozvoj osobnosti, je důležitá v mezilidských vztazích, je prostředkem vztahů vzájemných. V širším slova smyslu lze komunikaci chápat jako symbolický výraz interakce, tj. vzájemné a oboustranné ovlivňování mezi dvěma nebo více systémy. Znamená současně i přenos informací, které jsou prostředkem ovlivňování subjektů na komunikaci se podílejících. Cílem

komunikativního chování člověka je kromě vzájemného dorozumívání a sdělování informací především vytváření, udržování a přestování mezilidských vztahů.

Analýze problematiky narušené komunikační schopnosti musí předcházet objasnění pojmů řeč a jazyk. Řeč je specificky lidskou schopností. Jedná se o vědomé užívání jazyka jako složitého systému znaků a symbolů ve všech jeho formách. Řeč slouží člověku ke sdělování pocitů, přání a myšlenek. Tato schopnost není vrozená, na svět si však přinášíme určité dispozice, které se rozvíjejí až při verbálním styku s mluvícím okolím. Řeč není pouze záležitostí mluvních orgánů (zevní řeč), ale především mozku a jeho hemisfér (vnitřní řeč). Úzce souvisí s kognitivními procesy a myšlením.

Jazyk je soustava zvukových a druhotných dorozumívacích prostředků znakové povahy, která je schopna vyjádřit veškeré vědění a představy člověka o světě a jeho vlastní vnitřní prožitky. Jestliže řeč je výkonem individuálním, pak jazyk je jevem a procesem společenským. Ovšem i řeč je společensky podmíněna, čerpá podněty ze společenského prostředí a v něm se také realizuje.

I když v komunikaci hraje hlavní roli verbální projev, dorozumíváme se i jinými prostředky. Podstatnou část sebevyjádření nesou prostředky nonverbální komunikace. V sociální komunikaci lze rozlišit tři skupiny kanálů, a to verbální komunikaci, nonverbální komunikaci a komunikaci činem.

Do skupiny verbální komunikace (slovní) spadají všechny komunikační procesy, které se realizují za pomoci mluvené nebo psané řeči. Verbální komunikace má velkou sociální relevanci, inteligence člověka se manifestuje zejména ve slově a písmu. Sociální kontakty jsou závislé na vysokém stupni schopnosti jazykové výměny a jazykového sebepředstavení, rozhovoru, diskuse, slovní hádky, pomluvy apod. Slova však nejsou jediným sdělovacím prostředkem, při komunikaci využíváme i mimoslovní prostředky. Hovoříme o nonverbální komunikaci (neverbální, mimoslovní), která v sobě zahrnuje veškeré dorozumívací prostředky neslovní podstaty. Je fylogeneticky i ontogeneticky starší, má vysokou výpovědní hodnotu a srozumitelnost. Nonverbální komunikace zahrnuje širokou oblast toho, co signalizujeme bez slov či spolu se slovy jako doprovod slovní komunikace. Nonverbálně komunikujeme gesty, pohyby hlavou a dalšími pohyby těla, postojem těla, výrazy tváře, pohledy očí, vzdáleností a zaujímáním prostorových pozic, tělesným kontaktem, tónem hlasu a dalšími nonverbálními aspekty řeči, oblečením, fyzickými a jinými aspekty vlastního zjevu. V oblasti nonverbální komunikace se dají rozlišovat vokální (paralingvistické) fenomény, které zahrnují kvalitu hlasu a způsob mluvení, a nevokální (extralingvistické) fenomény, jimiž je například mimika, gestika, haptika, držení těla, zrakový kontakt.

Později se vyvinula komunikace prostřednictvím artikulovaných zvukových řetězců, čili komunikace verbální. Člověk získal možnost komunikovat o svých poznacích, zkušenostech, jevech, které ho obklopují, mohl vyjadřovat své city, vůli, zaujmout svůj postoj vůči ostatním komunikantům. Verbální komunikace získala postupně dominantní postavení v komunikaci jako dorozumívacím procesu. Nonverbální komunikace se začala využívat jen na doplnění nebo jako dočasná náhrada komunikace verbální.

#1.3 Klasifikace narušené komunikační schopnosti

Definovat narušenou komunikační schopnost není jednoduché. Velmi komplikované je již vymezení normality, tzn. určení, kdy se jedná o normu a kdy již můžeme hovořit o narušení. Platí zde totiž určité zvláštnosti, například můžeme porovnat výslovnost sykavek v češtině a angličtině, tempo řeči u nás a v japonštině. Hodnocení odchylky od normy závisí na vzdělání hodnotícího, také kvalita jazykového prostředí, v němž se hodnotící nachází, ovlivňuje jeho hodnocení (například nářečí Hanácka). Při hodnocení řečového projevu se kladou vyšší požadavky na řeč mluvnických profesionálů (moderátoři, učitelé). Mimo těchto uvedených faktorů nesmíme při definování narušené komunikační schopnosti opominout fakt, že se nelze orientovat jen na narušenou formální stránku řeči, ale musíme si všimnout všech rovin jazykových projevů člověka. Všechny požadavky akceptuje Lechtova definice: Komunikační schopnost jednotlivce je narušena tehdy, když některá rovina jeho jazykových projevů působí interferenčně vzhledem k jeho komunikačnímu záměru. Přitom může jít o foneticko-fonologickou, syntaktickou, morfológickou, lexikální, pragmatickou rovinu jazykových projevů. Může jít o verbální i neverbální, mluvenou i grafickou formu interindividuální komunikace, její receptivní i expresivní složku. Narušení komunikační schopnosti může být:

trvalé nebo přechodné;

vrozené nebo získané;

může být hlavním, dominantním symptomem, nebo může být symptomem jiného dominantního postižení, poruchy, onemocnění;

totální nebo parciální.

Ten, u koho se porucha komunikační schopnosti projevuje, si může, ale také nemusí svůj nedostatek uvědomovat. Narušená komunikační schopnost se může promítat do sféry symbolických procesů i procesů nesymbolických. Důležité je si uvědomit, že za narušenou komunikační schopnost nesmíme považovat fyziologické poruchy (například fyziologická dyslálie je jevem vývojovým), u dítěte může ještě dojít ke spontánní úpravě.

Příčiny narušené komunikační schopnosti jsou různé. Můžeme je dělit na orgánové a funkční. Při třídění příčin můžeme využít časové hledisko nebo lokalizační hledisko. Z časového hlediska mohou být příčiny prenatální, perinatální i postnatální, z lokalizačního hlediska k nejčastějším příčinám řadíme genové mutace, aberace chromozomů, vývojové odchylky, orgánová poškození receptorů, centrální nervové soustavy i efektorů, nepříznivé vlivy prostředí.

Dělení vady dle etapy vzniku:

opoždění ve vývoji řeči – příčinou může být nevhodné, nestimulující prostředí;

narušení receptivní složky (poruchy rozumění řeči);

narušená centrální část (poruchy centrální, fatické);

porucha složky expresivní (poruchy řečové produkce);

poruchy sociálního užití řeči neurotické i psychotické povahy (mutismy), příčinou je narušená sociální interakce.

Dělení narušené komunikační schopnosti ze symptomatického hlediska:

Vývojová nemluvnost (vývojová dysfázie) – tuto poruchu řadíme k poruchám centrálním. Hovoříme o specificky narušeném vývoji řeči, jenž se může projevat neschopností nebo sníženou schopností verbálně komunikovat, i když podmínky pro vytvoření této schopnosti jsou dobré (nevyskytují se závažné neurologické nebo psychiatrické nálezy, inteligence je přiměřená, nevyskytuje se závažná porucha sluchu, sociální prostředí je stimulující, poskytuje dostatek podnětů). Porucha má systémový charakter a zasahuje impresivní i expresivní složky řeči v různých jazykových rovinách. Vývojová dysfázie přesahuje rámec fatické poruchy, setkáváme se s deficitem i v oblasti jemné motoriky, grafomotoriky, paměti, pozornosti. Dysfatici jsou lehce unavitelní, narušená je i sféra emocionální, zájmová, motivační.

Získaná orgánová nemluvnost (afázie) – centrální porucha řeči organického původu, ke které dochází na základě lokálního poškození mozku. Řeč byla již plně vyvinuta a na základě poškození dominantní hemisféry mozku při nádorech, úrazech, při krvácení do mozku apod. dochází k narušení komunikativní funkce řeči. Jedná se o složitou systémovou poruchu, dochází k narušení celé psychické, emocionální, volní sféry postiženého člověka.

Získaná neurotická a psychotická nemluvnost (mutismus, elektivní mutismus, surdomutismus):

Mutismus – oněmění, ztráta řečových projevů na neurotickém nebo psychotickém podkladě (úlek, šok, stres, vyčerpání). Mutismus není podmíněn organickým poškozením centrálního nervového systému.

Elektivní mutismus – ztráta řeči, oněmění, které je vázané na určitou situaci, určité prostředí, určitou osobu. S elektivním mutismem se setkáváme u dětí v období vstupu do školy, většinou nemluví ve škole, ale doma nebo s kamarády komunikují normálně. Neverbální komunikace je u některých dětí zachována, někdy mohou šeptat nebo odpovídat jednoslovně.

Surdomutismus – na neurotické bázi se projevuje ztráta řeči (oněmění) i ztráta schopnosti slyšet. Surdomutismus můžeme charakterizovat jako hystericky podmíněný projev labilní osobnosti.

Poruchy zvuku řeči (rinolálie, palatolálie):

Rinolálie (huhňavost) – patologicky snížená nebo zvýšená nazalita (nosovost) v mluvené řeči, porucha zvuku jednotlivých hlásek při artikulaci. Je-li nosní rezonance patologicky zvýšená, hovoříme o otevřené huhňavosti (hypernazalita). Patologicky snížená nosní rezonance je nazývána zavřená huhňavost (hyponazalita). Kombinací hypernazality s hyponazalitou vzniká smíšená huhňavost (smíšená rinolálie).

Palatolálie – termín označuje narušenou komunikační schopnost, jejíž primární příčinou je vrozená vývojová vada – rozštěp patra. Pro palatolálii jsou charakteristické změny rezonance (zvýšená a deformovaná nazalita), porušená artikulace, mimika, neverbální chování. U palatolalických dětí se setkáváme s opožděním ve vývoji řeči, časté jsou poruchy sluchu, může být deformován i hlas.

Poruchy plynulosti řeči (balbuties, tumultus sermonis):

Balbuties (kocktavost) – jedna z nejtěžších a nejnápadnějších druhů narušené komunikační schopnosti. Podle posledních poznatků je možné kocktavost pokládat za syndrom komplexního narušení koordinace orgánů participujících na mluvení, projevující se nejnápadněji charakteristickým nedobrovolným přerušováním plynulosti procesu mluvení. U kocktavého se mění postoj k verbální komunikaci, objevuje se strach z řeči, vyhýbá se řeči, může dojít až k logofobii. Vyskytují se poruchy neverbálního chování, změny v oblasti vegetativní a emocionální (pocení, napětí).

Tumultus sermonis (breptavost) – porucha plynulosti mluvy, pro níž je charakteristické překotné tempo řeči, dochází k vynechávání slabik, k deformaci slov. Řeč je často úplně nesrozumitelná. Vyskytuje se opakování a vynechávání slabik, je narušené dýchání, dochází

k hlasovým poruchám, artikulace je narušená, nepřesná. U breptavých se projevuje dysmuzie, dysprosodie, poruchy koverbálního chování.

Poruchy článkování, artikulace (dyslálie, dysartrie):

Dyslálie (patlavost) – porucha artikulace, neschopnost nebo porucha používat jednotlivé hlásky nebo skupiny hlásek v procesu komunikace podle řečových zvyklostí a norem příslušného jazyka. Je to nejrozšířenější porucha komunikační schopnosti.

Dysartrie – porucha procesu artikulace jako celku při organickém poškození centrálního nervového systému. Kromě poruchy hláskování jsou narušeny v různé míře i procesy respirace, fonace, rezonance a vyskytuje se dysprosodie (narušení prosodických faktorů – melodie, tempo, rytmus, přízvuk). Termín anartria označuje úplnou neschopnost artikulovat. S dysartrií se setkáváme nejčastěji u vývojových poškození (DMO), ale také může jít o získané obtíže (zánět mozku, cévní onemocnění mozku, nádory, úrazy mozku).

Poruchy grafické podoby řeči (dysgrafie, dyslexie atd.) - pod pojmem poruchy grafické podoby řeči rozumíme specifické vývojové poruchy učení. U dětí s těmito poruchami se objevují specifické poruchy řeči – artikulační neobratnost (dítě umí izolovaně vyslovit všechny hlásky, ale potíže se objevují ve výslovnosti složitějších slov) a specifické asimilace (asimiluje sykavky a tvrdé, měkké hlásky, například sest místo šest, hodiny tykají místo hodiny tikají).

Symptomatické poruchy řeči – poruchy komunikační schopnosti, které jsou průvodním příznakem jiného, dominantního postižení (senzorického, motorického, mentálního). Například dědičnost jako primární příčina způsobí dominantní postižení (například hluchotu), tu jako jeden z příznaků provází narušená komunikační schopnost.

Poruchy hlasu – definujeme jako patologickou změnu individuální struktury hlasu, změnu v jeho akustických kvalitách, způsobu tvoření a používání, přičemž se mohou v hlase vyskytnout i různé vedlejší zvuky. Funkční poruchy hlasu se označují termínem dysfonie (spastická nebo paralytická), úplná ztráta hlasu – afonie (spastická nebo paralytická). O dysfonii hovoříme u funkčních poruch mluvního hlasu, poruchy zpěvního hlasu nazýváme dysodie.

#1.4 Systém poskytování logopedické intervence v ČR

V současné době je v ČR logopedická intervence realizována ve třech rezortech – školství, zdravotnictví a rezort práce a sociálních věcí. Může být poskytována jak v zařízeních státních (nemocnice, lázně), tak v zařízeních nestátních (charitativní, církevní, městské) i v zařízeních soukromých (privátní praxe klinických logopedů). Logopedi poskytují péči jedincům všech věkových kategorií (raná intervence, intervence dětem předškolního a školního věku, adolescentům, jedincům v dospělosti a ve stáří).

Rezort školství mládeže a tělovýchovy:

- logopedické třídy při běžných MŠ;
- mateřské školy logopedické;
- logopedické třídy při běžných ZŠ;
- základní školy logopedické;
- speciální třídy při základní škole pro žáky s poruchami učení;
- mateřské školy pro sluchově postižené;
- základní školy pro sluchově postižené;
- základní školy praktické;
- základní školy speciální;
- speciálně pedagogická centra;
- pedagogicko-psychologické poradny.

Rezort zdravotnictví:

- logopedické poradny (ambulance) při poliklinikách;
- logopedická pracoviště při lůžkových odděleních (foniatrie, neurologie, rehabilitace, psychiatrie, geriatrie);
- privátní logopedické poradny (ambulance);
- rehabilitační stacionáře;
- denní stacionáře při zdravotnických zařízeních (pro děti i dospělé jedince);
- léčebny dlouhodobě nemocných;
- lázeňská zařízení.

Rezort práce a sociálních věcí:

- domovy pro osoby se zdravotním postižením.

#1.5 Přístup k člověku s narušenou komunikační schopností

Při komunikaci s člověkem postiženým řečovou poruchou je nutné si uvědomovat, že naše reakce, odezva a přístup mohou mít zcela zásadní význam. Pokud je komunikace u takového jedince provázena pocity neúspěchu, neschopnosti či selhání, může to mít velmi negativní vliv na jeho sebevědomí a sociální integraci. Příznaky poruchy se pak snadno mohou zhoršit, nebo se rozvine až patologický strach z komunikace (logofobie), takže dotyčný rezignuje na snahu obtíže překonat a začne se rozhovoru s druhými záměrně vyhýbat. V těchto případech se doporučuje nijak neupozorňovat na to, že jsme si projevů poruchy řeči druhého člověka všimli nebo že nás to nějak ruší. Jestliže je jeho vyjadřování obtížně srozumitelné, musíme samozřejmě požádat o zopakování jeho sdělení. Je ovšem dobré zachytit co nejvíce informací hned napoprvé, proto mu musíme naslouchat opravdu pozorně. Svůj význam má také podpora, kterou můžeme v průběhu rozhovoru takto handicapovanému jedinci dodávat. Neznamená to pochopitelně, že mu budeme podsouvat každé slovo nebo za něj dokončovat věty. Hlavně u složitějších vyjádření je však dobré dát najevo porozumění, například tak, že společně s ním dokončíme sdělení, které jsme správně pochopili. Navodíme tím atmosféru vzájemného porozumění. Otázky nebo výroky, na které by měl takový člověk reagovat, je dobré v případě závažné vady nebo poruchy volit tak, aby mohl odpovídat co nejsnadněji. Nesmíme v těchto případech zapomínat také na větší význam neverbální stránky komunikace, tedy doprovodnou mimiku, gestikulaci a další prvky.

Doporučení v oblasti komunikace:

Z hlediska prevence i nápravy poruch řeči u dětí je zásadní mluvní vzor bezprostředního okolí (rodičů), vhodné je také aktivně podporovat správný vývoj řeči dítěte už od raného věku pomocí říkadel, básniček, písniček, čtením pohádek a příběhů.

Při kontaktu s člověkem se zřejmým narušením komunikační schopnosti musíme nejprve zhodnotit možnosti jeho komunikace běžnou řečí, a to jak jeho vyjadřovací schopnosti, tak také schopnost porozumět sdělením ostatních. Vycházíme z reálných komunikačních dovedností, kterým se můžeme pokusit přiměřeně přizpůsobit.

Nikdy není vhodné člověka se závažnou vadou řeči nutit do mluvení. Jestliže mu v plynulém dorozumívání běžnou řečí brání nepřekonatelná bariéra, je dobrá i každá jiná efektivní metoda (lze kombinovat různé formy a prostředky).

Děti i dospělí s vadami řeči je potřeba nejen motivovat k ambulantní logopedické terapii, ale podporovat je také při nácviu aktivního praktického využívání komunikačních dovedností v běžných situacích každodenního života.

Pokud vada řeči nenarušuje zásadním způsobem srozumitelnost, není potřeba věnovat jí v běžné komunikaci zbytečně velkou pozornost, abychom dotyčného nestresovali a nevytvářeli tak ještě výraznější komunikační bariéru.

#Shrnutí kapitoly - Logopedie

Obor logopedie je poměrně mladým vědním a studijním oborem, který se začal formovat až v první polovině 20. století. Logopedie je vědní obor interdisciplinárního charakteru, jehož předmětem jsou zákonitosti vzniku, eliminování a prevence narušené komunikační schopnosti. Termín narušená komunikační schopnost zahrnuje i termíny vada, porucha řeči a výstižně vyjadřuje změnu základního trendu logopedie směrem k holistickému pojetí. Důležitou úlohu v systému poskytování péče sehrávají kvalifikovaní odborníci, kteří pomáhají klientům s řešením jejich nelehké životní situace. Potřebné jsou také znalosti o správném přístupu k člověku s narušenou komunikační schopností.

Kontrolní otázky a úkoly:

Vymezte obor logopedie.

Co rozumíme pod pojmem narušená komunikační schopnost?

Jaké jsou příčiny vzniku narušené komunikační schopnosti?

Charakterizujte verbální a neverbální komunikaci.

Jaké schopnosti, znalosti a vlastnosti by měl mít kvalifikovaný logoped?

Otázky k zamyšlení:

Pokuste se charakterizovat zvláštnosti v přístupu k člověku s narušenou komunikační schopností – jak postupovat v praxi.

Citovaná a doporučená literatura:

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

Klenková, J. Kapitoly z logopedie. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-88-5.

Lechta, V. et al. Diagnostika narušené komunikační schopnosti. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-961-5.

Pipeková, J. et al. Kapitoly ze speciální pedagogiky. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-198-0.

Slowík, J. Komunikace s lidmi s postižením. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-691-9.

Škodová, E., Jedlička, J. a kol. Klinická logopedie. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-546-6.

Vybíral, Z. Psychologie lidské komunikace. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-291-2.

Vyhláška MŠMT ČR č. 73/2005 Sb. o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných.

Vyhláška MŠMT ČR č. 72/2005 Sb. o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních.

Zákon ČR č. 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních).

#2 Surdopedie

V této kapitole se dozvíte:

Co zahrnuje vědní obor surdopedie.

Jaká je klasifikace sluchových vad.

Co znamená pojem sluchová protetika.

Jaké jsou komunikační systémy užívané osobami se sluchovým postižením.

Zásady v přístupu člověku se sluchovým postižením.

Co jsou komunikační kompetence.

Po jejím prostudování byste měli být schopni:

Vysvětlit pojem surdopedie.

Objasnit potřebu a využití sluchové protetiky.

Charakterizovat zásady v přístupu k člověku se sluchovým postižením.

Klíčová slova kapitoly: Surdopedie, sluchově postižený, klasifikace sluchových vad, sluchová protetika.

#2.1 Pojetí surdopedie

Surdopedie (z lat. surdus = hluchý, z řeckého paideia = výchova) představuje speciálně pedagogickou disciplínu, která se zabývá výchovou, vzděláváním a rozvojem jedinců se sluchovým postižením. V literatuře je možno se setkat i s jinými pojmy pro označení tohoto oboru, tj. surdologie, surdopedagogika, pedagogika sluchově postižených. Do roku 1983 byla výchova a vzdělávání sluchově postižených zahrnována do komplexního oboru logopedie. Rozvojem poznání stále větších odlišností v metodice práce a charakteru pojetí cílů v obou oborech a především postupné akceptování neslyšících jako jazykové a kulturní minority pak vedly ke vzniku surdopedie jako samostatné speciálně pedagogické disciplíny.

Surdopedie jako součást vědního oboru speciální pedagogika představuje multidisciplinární obor, neboť při realizaci svého poslání úzce kooperuje nejen s ostatními speciálně pedagogickými obory (hlavně v oblasti kombinovaného postižení), ale i s obecně pedagogickými, biologickými, psychologickými, sociologickými a filozofickými obory. Z medicínských disciplín úzce souvisí s pediatrií, otorinolaryngologií a foniatrií.

Potměšil vymezuje několik cílových skupin, ke kterým směřuje surdopedická péče. Jedná se o děti a mládež se sluchovým postižením, jejich rodiče, pedagogické pracovníky apod. Zde je potřeba uvést důležitý fakt, že rozhodování a rozhodnutí o jednotlivých postupech, krocích a celkovém svěřování výchovných aktivit patří rodičům. Objektem intervence jsou tedy primárně osoby se sluchovým postižením, v mnoha případech však i osoby s dalším přidruženým postižením (například zrakovým, mentálním). Označení sluchové postižení se týká velmi nehomogenní skupiny osob, která je diverzifikována především stupněm a druhem sluchového postižení. Termín zahrnuje tyto základní kategorie osob – neslyšící, nedoslýchaví, ohluchlí. Každá z těchto kategorií představuje různorodou kvalitu, jejíž konkrétní strukturu limitují další faktory, nejčastěji kvalita a kvantita sluchového postižení, věk, kdy k postižení došlo, mentální dispozice jedince a péče, která mu byla věnována, a další přidružené postižení.

Skutečnost, že osoba je neslyšící či nedoslýchavá, lze interpretovat z mnoha různých pohledů. Z medicínského hlediska se každá porucha funkce sluchového orgánu hodnotí jako sluchové postižení a vymezení kategorií funguje především z funkčního hlediska, podstatná je kvantita a kvalita sluchového vjemu. Hlavní cíl pedagogiky osob se sluchovým postižením spočívá ve zprostředkování komunikačních kompetencí. Podle Leonhardta je potřeba získat přiměřené řečové, komunikační a sociální kompetence, aby si jedinec se sluchovým postižením mohl osvojit kulturní hodnoty a vybudovat nezávislou existenci. Komunikační kompetence je

vymezena jako systém pravidel k produkování promluv a jejich rozumění. Naše znalost pravidel a schopnost tato pravidla prakticky splňovat vytvářejí jazykovou kompetenci každého z nás. Celkově je komunikační kompetence pojímána jako soubor všech mentálních předpokladů, které činí člověka schopným komunikovat, například dovednost volit přiměřené komunikační prostředky a postupy v závislosti na situaci, uvědomovat si kulturní hodnoty a postoje atd.

#2.2 Klasifikace sluchových vad

Kritérií dělení sluchových poruch je mnoho, čemuž odpovídá velký počet různých klasifikací. Pro vymezení jednotlivých skupin sluchového postižení slouží rozličná hlediska, a to místo vzniku postižení, období vzniku postižení, stupeň postižení.

Základní skupiny sluchových vad podle místa vzniku postižení:

Periferní nedoslýchavost či hluchota:

Převodní – u této vady jsou sluchové buňky v pořádku, ale nejsou stimulovány zvukem, jelikož se zastaví přerušením vedení zvuku skrz zevní zvukovod a střední ucho. Příčinou převodní poruchy sluchu je každá překážka, která brání nebo ztěžuje proniknutí zvuku z vnějšího prostoru k vlastním citlivým smyslovým buňkám, je to například zvětšená nosní mandle, která vede k poruše ventilace středouší přes Eustachovu trubici.

Percepční – dochází k poruše vnitřního ucha, sluchových buněk či sluchových nervů. Percepční vady je možno rozdělit na kochleární (porucha přeměny zvuku v elektrický signál ve vnitřním uchu) a retrokochleární (porucha vedení zvukového signálu VIII. hlavovým nervem a sluchovou dráhou v mozkovém kmeni). Příčinou percepční vady sluchu může být poškození sluchového orgánu v průběhu nitroděložního vývoje v důsledku virového onemocnění matky, například zarděnky, záněty mozkových blan v průběhu raného věku dítěte, úrazy hlavy atd.

Smíšená – vzniká jako kombinace převodního a percepčního typu. Při jejím vzniku se v různém stupni a zastoupení kombinují příčiny způsobující poruchu převodní a percepční.

Centrální nedoslýchavost či hluchota:

Zahrnuje komplikované defekty způsobené různými procesy, které postihují korový a podkorový systém sluchových vad. Jedná se o abnormální zpracování zvukového signálu v mozku.

Sluchové vady podle období vzniku postižení:

Vrozené (hereditární) vady sluchu:

Podle Nováka má zděděná nedoslýchavost nebo hluchota řadu příčin. Poškozen bývá především ganglion spirale, nervus cochlearis a Cortiho orgán. Nedoslýchavost se může postupně zhoršovat a přejít v hluchotu. Zbytky sluchu jsou u dědičné hluchoty symetrické a je zachována dráždivost vestibulárního ústrojí.

Geneticky podmíněné – jedná se o hereditární zátěž v rodině. Uvádí se, že více než dvě třetiny geneticky podmíněných ztrát sluchu jsou podložena autozomálně recesivní formou onemocnění, vyskytují se však také poruchy sluchu s autozomálně dominantní formou. V současné době je známo přibližně 10 genů, které jsou odpovědné za autozomálně recesivní nesyndromickou ztrátu sluchu. Jako jeden z nejvýznamnějších je považován gen pro protein connexin 26. Typické bývá, že oba rodiče, kteří jsou nositelé jednoho zdravého a druhého poškozeného znaku, slyší.

Kongenitálně získané – prenatální (nemocí matky v průběhu těhotenství, zejména v 1. trimestru a RTG záření) a perinatální (protrahovaný porod, nízká porodní hmotnost, vlásečnicové krvácení do labyrintu, Th – inkompatibilita, asfyxie, poporodní žloutenka).

Získané (postnatální) vady sluchu:

Získané před fixací řeči (prelingválně, tj. do 6. roku života dítěte) – vady sluchu mají různý dopad na komunikační možnosti. Nejen, že se řeč nevyvíjí, ale navíc dochází k rozpadu získaných řečových stereotypů. Jedná se například o infekční choroby (často virového charakteru jako zánět mozkových blan, spalničky, spála atd.), traumata, úrazy hlavy, poškození mozku mechanického charakteru, opakované hnisavé záněty středního ucha.

Získané po fixaci řeči (postlingválně, tj. po 6. roce života a v průběhu života) – poranění hlavy a vnitřního ucha, dlouhodobé působení silné hlukové zátěže (od 85 dB a výše), hlučné pracovní prostředí, akustické trauma, toxiny, jedy (například ototoxicita, tj. poškození sluchu způsobené ototoxickými látkami, tzn. antibiotiky mycinové řady).

Sluchové vady podle stupně postižení:

Z hlediska kvality slyšeného zvuku se můžeme setkávat s různými hodnotami, které vymezují jednotlivé stupně sluchových poruch. Stav sluchu je možné posuzovat podle ztráty v decibelech, které jsou měřeny pomocí audiometrie.

@Tabulka - Mezinárodní škála stupňů sluchových poruch dle Světové zdravotnické organizace (WHO) z roku 1980 - obsahuje tři sloupce a osm řádků, popisuje jednotlivé kategorie ztráty sluchu:

Velikost ztráty sluchu	Název kategorie ztráty sluchu	Název kategorie dle Vyhlášky MPSV č. 284/1995 Sb.
0-25 dB	Normální sluch	Bez kategorie
26-40 dB	Lehká nedoslýchavost	Lehká nedoslýchavost (již od 20 dB)
41-55 dB	Střední nedoslýchavost	Středně těžká nedoslýchavost
56-70 dB	Středně těžké poškození sluchu	Těžká nedoslýchavost
71-90 dB	Těžké poškození sluchu	Praktická hluchota
Více než 90 dB, ale body v audiogramu i nad 1 kHz	Velmi závažné poškození sluchu	Úplná hluchota
V audiogramu nejsou žádné body nad 1 kHz	Neslyšící	Úplná hluchota

&

Ke zmírnění následků spojených se sluchovým postižením pomáhá sluchová protetika. Kompenzační pomůcky představují široký soubor speciálních zesilovacích elektroakustických přístrojů, které umožňují sluchově postiženým překonávat následky postižení. Technické pomůcky pro osoby se sluchovým postižením lze třídit podle různých hledisek, například protetické, kompenzační, rehabilitační, reedukační.

Pomůcky usnadňující vnímání mluvené řeči:

Nedoslýchavým:

sluchadla – základní kompenzační pomůcka, která je užívána nejčastěji;

osobní zesilovače;

pojítka s infračerveným a rádiovým přenosem;

indukční smyčky;

pomůcky pro zesílení televize a pro zesílený poslech telefonu.

Neslyšícím:

kochleární implantát – představuje nitroušní elektronickou smyslovou náhradu, která přenáší sluchové vjemy přímou elektrickou stimulací sluchového nervu uvnitř hlemýždě vnitřního ucha;

kmenový implantát – určen k obnovení sluchových vjemů, které vnikají prostřednictvím elektrické stimulace elektrodami speciálního tvaru, jež jsou umístěny v blízkosti kochleárních jader v mozkovém kmeni.

Pomůcky usnadňující tvoření mluvené řeči:

logopedické pomůcky – artikulační zrcadlo, špátle, sondičky, indikátory, fonátory.

Pomůcky motivující ke čtení:

teletext a skryté titulky;

textová telekomunikace.

Pomůcky usnadňující získávání informací:

televizní technika;

počítače;

multimediální programy;

internet;

psací telefon;

fax;

mobilní telefon.

Ostatní pomůcky, které transformují zvukové podněty na vibrace nebo světelné signály:

signalizační pomůcky pro neslyšící – světelné zvonky;

vibrační a světelné budíky, hodinky a minutky pro neslyšící.

#2.3 Komplexní péče o sluchově postižené

Péče o osoby se sluchovým postižením by měla mít komplexní charakter. Provázanost je mezi resortem školským, zdravotnickým a sociálním. V České republice zajišťuje výchovně-vzdělávací péči o tyto jedince soustava škol a školských zařízení pro sluchově postižené.

Vedle toho mohou být děti a žáci se sluchovým postižením na základě doporučení odborných pracovníků zařazováni do běžných mateřských a základních škol.

Mezi střediska poskytující péči osobám sluchově postiženým patří:

Středisko rané péče pro sluchově postižené – charakterizováno jako služba sociální prevence. Věk dítěte pro poskytování služeb rané péče je omezen dosažením čtvrtého roku věku u dětí se zdravotním postižením nebo dosažením sedmého roku věku u dětí s kombinovaným postižením. Klientem rané péče není jen dítě, u kterého byla zjištěna rizika ohrožující jeho zdravý vývoj, ale i jeho rodina.

Speciálně pedagogická centra pro sluchově postižené – zřizovány při základních školách pro sluchově postižené. Primárním úkolem je zvolit rehabilitační metodu, která by podpořila rozvoj komunikačních schopností sluchově postiženého dítěte.

Mateřské školy pro sluchově postižené.

Základní školy pro sluchově postižené.

Střední školy pro sluchově postižené.

Vysoké školy – nabízí různé studijní obory, které jsou přístupny pro sluchově postižené v integrované formě.

#2.4 Komunikační formy jedinců se sluchovým postižením

Při dorozumívání s osobami s postižením sluchu se nejčastěji setkáváme se dvěma základními komunikačními systémy:

audioorální – reprezentovaný mluveným jazykem majoritní slyšící společnosti;

vizuálněmotorický – zastoupený především znakovým jazykem, znakovým jazykem a prstovými abecedami.

Vizuálněpohybové jazyky neslyšících jsou označeny jako souhrn výrazových prostředků a dorozumívacích způsobů, které jsou vyjadřovány pohybově a vnímány převážně vizuálně. Jedná se tedy o oblast vizuálněmotorických jazyků, jejichž realizace je prováděna znakovým signálem. Znakové jazyky jsou neovokální (neopírají se o zvuk) a od mluvených jazyků se tak liší způsobem své existence. Jsou to jazyky vnímané zrakem, nikoliv sluchem, jsou to jazyky založené na tvarech, pozicích a pohybu.

Znakový jazyk je komunikační systém s vlastním lexikonem a gramatikou, které nejsou odvozeny z jazyka mluveného. Zákon č. 155/1998 Sb. o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob, ve znění zákona č. 384/2008 Sb. (v úplném znění vyhlášen

pod č. 423/2008 Sb.), považuje český znakový jazyk, který v odborné literatuře bývá označován přívlastkem ryzí, za základní dorozumívací prostředek neslyšících.

#2.5 Přístup k člověku se sluchovým postižením

Neslyšící, resp. lidé s těžkým sluchovým postižením nejsou hloupi, jejich handicap sice může navenek vyvolávat mnohá nedorozumění a vlivem častého vzájemného nepochopení v určitých případech i dojem snížených rozumových schopností, nicméně z této zkušenosti zásadně nelze usuzovat, jak vysoké mají IQ, ani jaká je celková úroveň jejich intelektových schopností. Zejména u osob vrozeně neslyšících se rozvíjí spíše konkrétní myšlení. Abstrakce je pro ně poněkud problematická, protože rozvoj myšlení je závislý hlavně na vnitřní řeči, jejíž vývoj je v důsledku vrozeného sluchového postižení značně komplikován, takže i člověk s velice dobrými intelektuálními dispozicemi je vlivem těžkého postižení sluchu ve svém osobnostním rozvoji vždy do určité míry omezen. Při včasné a kvalitní odborné péči a volbě vhodných výchovných a vzdělávacích metod ovšem nemusí být vliv sluchového postižení na osobnostní vývoj kritický. Velmi důležitý je rozvoj jazykových kompetencí, které zahrnují nejenom vlastní znalosti jazykové (gramatika, slovní zásoba), ale také znalosti věcné (encyklopedické vědomosti), interakční (schopnosti využít jazykové i další dovednosti v mezilidském kontaktu) nebo strategické (výběr vhodných komunikačních prostředků v konkrétní situaci apod.). Prakticky u všech jedinců se sluchovým postižením je nutné tolerovat nesprávnou výslovnost hlásek, která je zapříčiněna chybějící zpětnou vazbou. Menší slovní zásoba a obtížné porozumění složitým abstraktním sdělením jsou důvodem pro to, abychom s takovými osobami hovořili a dopisovali si spíše jednodušší formou, pokud možno stručně a výstižně. Obtížně srozumitelná je pro ně také ironie nebo dvojsmyslné vtipy.

Mimořádně velký význam musíme přikládat neverbálním projevům, daleko více zde hovoří gesta, výrazy tváře, tělesný postoj atd. Neměli bychom se bát doplnit své sdělení v případě potřeby tím, že ukážeme na předmět, napíšeme důležité slovo, použijeme cokoli, co pomůže správnému a rychlému vzájemnému porozumění. Velmi důležité je přitom průběžně si ověřovat, zda nám dotyčný rozumí. V opačném případě by byla všechna snaha marná. Neslyšící lidé při znakování také občas vydávají neartikulované zvuky, kterým nemusíme přikládat velký komunikační význam, je to nekontrolovaný hlasový projev, spontánně se objevující hlavně při rozčilení nebo jiném citovém pohnutí. Jestliže neovládáme znakový jazyk, je nedorozumění s lidmi, kteří jej preferují, obtížnější. Mnozí z nich mají problémy i s písemnou komunikací a ani snaha o gestikulaci a nonverbální sdělování nemusí vést k úspěchu, pokud je složitější, například úřední jednání. V takovém případě je nezbytné

využít služeb tlumočnicků znakového jazyka, na něž mají v důležitých jednáních neslyšící stejné právo jako cizinci nehovořící česky. Partnerem pro nás zůstává v takovém případě samozřejmě opět člověk se sluchovým postižením, nikoli tlumočnick. Horkou novinkou je v současnosti takzvané online tlumočení, kdy neslyšící lidé mohou využívat internetových tlumočnických služeb i v naprosto běžných komunikačních situacích (při rozhovoru přes webovou kameru a internetový komunikační program). V poněkud jiné situaci jsou lidé později ohluchlí, kteří mají s komunikací běžnou řečí zkušenost, z níž mohou těžit i po ztrátě sluchu. Jejich postižení sice negativně ovlivňuje porozumění řeči ostatních, resp. i kvalitu jejich výslovnosti, ale znalost systému běžného jazyka, široká slovní zásoba a orientace v sociálním kontextu řečové komunikace jsou pro ně nespornou výhodou. Naopak velmi závažně působí na psychiku těchto osob (vzhledem k vazbě na předchozí zkušenost) ztráta sluchových podnětů.

Doporučení při komunikaci s lidmi se sluchovým postižením:

Pokud chceme s člověkem se sluchovým postižením začít komunikovat, upozorníme ho na to zřetelně, například i lehkým dotykem.

Měli bychom komunikovat v klidném a dobře osvětleném prostoru.

Na začátku rozhovoru je vhodné stručně sdělit a vyjasnit téma další konverzace. Pokud jej náhodou v průběhu hovoru změníme nebo odbočíme, musíme o tom člověka se sluchovým postižením srozumitelně informovat.

Během rozhovoru s neslyšícím nebo nedoslýchavým jedincem zůstáváme v jeho blízkosti, ani se k němu neobracíme zády, pozorně udržujeme oční kontakt. Při komunikaci ve skupině by měl člověk se sluchovým postižením dobře vidět na všechny ostatní.

Odstraňme vše, co by mohlo překážet nebo ztěžovat odezírání a porozumění (žvýkačka, cigareta, ruce před ústy).

Je zbytečné na neslyšícího křičet, raději zkusme mluvit pomalu a zřetelně vyslovovat.

Využívejme ve větší míře při komunikaci srozumitelné výrazy obličejové a gestikulaci. Jestliže známe daktylní abecedu nebo aspoň nějaké základy znakového jazyka, neváhejme je také využít.

Ověřujme si, že nám sluchově postižený člověk rozumí, případně sdělení opakujeme nebo zkusme zvolit jiná slova.

S člověkem s těžkým sluchovým postižením nemluvme souvisle příliš dlouho o složitých tématech. Odezírání běžné řeči, ale i tlumočení znakového jazyka jsou velmi náročné aktivity a poměrně brzy nastupuje únava, s níž klesá pozornost a efektivita dorozumívání.

Také písemná komunikace s člověkem se sluchovým postižením by měla být přiměřeně jednoduchá, výstižná a stručná. Styl psaného projevu neslyšících lidí se většinou od běžného poněkud odlišuje – používáním pouze základních tvarů slov (bez skloňování a časování), vynecháváním předložek, nestandardním slovosledem atd. Porozumět našemu obvyklému způsobu písemného vyjadřování pro ně tedy není snadné a někdy ani možné.

#Shrnutí kapitoly - Surdopedie

Surdopedie představuje speciálně pedagogickou disciplínu, která se zabývá výchovou, vzděláváním a rozvojem jedinců se sluchovým postižením. Objektem surdopedické intervence jsou tedy primárně osoby se sluchovým postižením, v mnoha případech však i osoby s dalším přidruženým postižením. Kritéria dělení sluchových poruch jsou mnohočetná. Z hlediska kvality slyšeného zvuku se můžeme setkávat s různými hodnotami, které vymezují jednotlivé stupně sluchových poruch. Významnou úlohu plní sluchová protetika. Na komplexní péči o sluchově postižené klienty se podílí oblast školství, zdravotnictví a sociální.

Kontrolní otázky a úkoly:

Charakterizujte obor surdopedie a uveďte, kdo je objektem surdopedické intervence.

Klasifikujte sluchové vady podle místa vzniku, období a stupně postižení.

Uveďte příčiny vzniku sluchové vady.

Charakterizujte možnost vzdělávání žáků a studentů se sluchovým postižením v současné době v ČR.

Charakterizujte dva základní komunikační systémy užívané osobami se sluchovým postižením.

Úkoly k textu:

Z dostupných zdrojů vyhledejte a seznamte se s kompenzačními pomůckami využívanými u osob se sluchovým postižením.

Popište zvláštnosti v přístupu k člověku se sluchovým postižením.

Citovaná a doporučená literatura:

Janotová, N., Řeháková, K. Surdopedie. Komunikace sluchově postižených. Praha: SPN, 1990. ISBN 80-7066-004-x.

Lavička, L., Šlapák, I. Poruchy sluchu v dětském věku. Pediatrie pro praxi, č. 6, 2002.

Lejska, M. Poruchy verbální komunikace a foniatrie. Brno: Paido, 2003. ISBN 80-7315-038-7.

Pipeková, J. et al. Kapitoly ze speciální pedagogiky. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-198-0.

Potměšil, M. Čtení k surdopedii. Olomouc: UP, 2003. ISBN 80-244-0766-3.

Slowík, J. Komunikace s lidmi s postižením. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-691-9.

Vyhláška MŠMT ČR č. 73/2005 Sb. o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných.

Zákon ČR č. 155/1998 Sb. o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob.

Zákon ČR č. 384/2008 Sb., kterým se mění zákon č. 155/1998 Sb., o znakové řeči a o změně dalších zákonů a další související zákony.

#3 Specifické poruchy učení

V této kapitole se dozvíte:

Co jsou specifické poruchy učení.

Jak je organizován systém vzdělávání jedinců se specifickými poruchami učení.

Jak se projevují specifické poruchy učení.

Jaké jsou základní symptomy LMD.

Zásady v přístupu ke člověku se specifickou poruchou učení.

Jaký vliv má reedukace specifických poruch učení.

Po jejím prostudování byste měli být schopni:

Vysvětlit pojem specifické poruchy učení.

Objasnit etiologii specifických poruch učení.

Charakterizovat zásady reedukace specifických poruch učení.

Klíčová slova kapitoly: Specifické poruchy učení, dyslexie, dysgrafie, dysortografie, dyskalkulie, výchova, vzdělání.

#3.1 Vymezení pojmu

Specifické poruchy učení jsou stále jedním z aktuálních problémů současného školství. Patří mezi velmi často diskutované téma, které se pozvolna dostalo i do podvědomí laické veřejnosti. Týká se totiž vysokého procenta dětské populace. Výskyt jedinců trpících

specifickou poruchou učení je obtížné vyčíslit, přibližně se uvádí 2 až 4 % jedinců, přičemž u chlapců je výskyt asi třikrát častější. Důležitost je dána nejen tímto procentovým vyjádřením, veliký důraz se klade na včasnou diagnostiku a zajištění reedukační péče a podpory, a to především z důvodu možného negativního vlivu na další vzdělávací a profesní dráhu těchto jedinců. Problematika specifických poruch učení se rozvíjí v těsné součinnosti teorie a praxe, postupně získává interdisciplinární podobu. Díky své multifaktoritě má vliv na osobnost člověka, na prostředí, ve kterém žije, a proto se stává předmětem zájmu mnoha vědních disciplín.

V odborné literatuře pedagogické a psychologické se setkáváme s termíny specifické vývojové poruchy učení nebo chování, specifické poruchy učení. Tyto pojmy jsou nadřazeny pojům dyslexie, dysgrafie, dysortografie, dyskalkulie, dysmúzie, dyspinxie, dyspraxie. Poslední tři pojmy jsou českým specifikem, v zahraniční literatuře se s nimi nesetkáme.

Desátá revize Mezinárodní klasifikace nemocí z roku 1992 zařazuje specifické vývojové poruchy školních dovedností do skupin poruch psychického vývoje. Najdeme je v kategoriích F 80 až F 89 Poruchy psychického vývoje. Zahrnují základní diagnózy (dle Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize: Duševní poruchy a poruchy chování, 1992):

- F 80 Specifické vývojové poruchy řeči a jazyka.
- F 81 Specifické vývojové poruchy školních dovedností.
 - F 81.0 Specifická porucha čtení.
 - F 81.1 Specifická porucha psaní.
 - F 81.2 Specifická porucha počítání.
 - F 81.3 Smíšená porucha školních dovedností.
 - F 81.8 Jiné vývojové poruchy školních dovedností.
 - F 81.9 Vývojová porucha školních dovedností nespecifikovaná.
- F 82 Specifická vývojová porucha motorické funkce.
- F 83 Smíšené specifické vývojové poruchy.

Pojem specifické poruchy učení označuje různou skupinu poruch projevující se obtížemi při nabývání základních vzdělávacích dovedností jako je mluvení, čtení, psaní a počítání. Poruchy mají individuální charakter, mohou vznikat na podkladě dysfunkce centrální nervové soustavy. Často jsou provázeny dalšími příznaky, například poruchy řeči, soustředění, motoriky, poruchy v oblasti percepce, impulzivní jednání). Všechny příznaky poruch učení způsobují selhávání žáka ve školních výkonech a prolínají se do celého edukačního procesu. Znemožňují mu přiměřeně reagovat, porozumět pokynům, plnit běžné úkoly a instrukce

učitele. Opakované neúspěchy vyvolávají v dítěti stavy úzkosti, pocity strachu. Obecně platí, že specifické poruchy učení zasahují psychiku člověka a prolínají se do sféry sociální a psychologické. Specifické poruchy učení je nutné rozlišit od poruch nespecifických, obecně se vyskytujících, které mohou být způsobeny například motivací ke školní práci, výchovou či výukovou zanedbaností dítěte.

Z hlediska problematiky definování specifických poruch učení můžeme od dřívějších definic zaznamenat určitý posun. Z novějších definic považoval Matějček (In Pipeková, 2010, s. 159) za významnou definici expertů z USA z roku 1980: *„Poruchy učení jsou souhrnným označením různorodé skupiny poruch, které se projevují zřetelnými obtížemi při nabývání a užívání takových dovedností, jako je mluvení, porozumění mluvené řeči, čtení, psaní, matematické usuzování nebo počítání. Tyto poruchy jsou vlastní postiženému jedinci, a předpokládají dysfunkci centrálního nervového systému. I když se porucha učení může vyskytnout souběžně s jinými formami postižení (jako např. smyslové vady, mentální retardace, sociální a emocionální poruchy) nebo souběžně s jinými vlivy prostředí (např. kulturní zvláštnosti, nedostatečná nebo nevhodná výuka, psychogenní činitelé), není přímým následkem takových postižení nebo nepříznivých vlivů.“*

V současnosti se setkáváme s tendencemi oprostít se od definic zaměřených na vysvětlení poruchy a definovat problém na základě potřeb dítěte. V této souvislosti osoby se specifickými poruchami učení jsou považovány za žáky (studenty) se speciálními vzdělávacími potřebami. Na základě obecných projevů specifických poruch učení můžeme definovat specifické poruchy čtení (dyslexie), psaní (dysgrafie), pravopisu (dysortografie), počítání (dyskalkulie), kreslení (dyspinxie), hudebnosti (dysmuzie), schopnosti vykonávat složité úkony (dyspraxie).

Dyslexie – specifická porucha čtení, projevující se neschopností naučit se číst běžnými výukovými metodami. V doslovném překladu znamená potíž se slovy nebo poruchu v práci se slovy, přesně pak poruchu ve vyjadřování řeči psanou formou (v psaní) a ve zpracování psané řeči (ve čtení).

Dysgrafie – specifická porucha grafického projevu, postihuje zejména celkovou úpravu písemného projevu, osvojování jednotlivých písmen, napodobení tvaru, spojení hlásky s písmenem a řazení písmen. Dítě opět zaměňuje tvarově podobná písmena, písmo je neuspořádané, těžkopádné, neobratné. Mají tendence směšovat psací a tiskací písmo. Žáci

postižení touto poruchou se dlouho nemohou naučit dodržení lineatury, výšky písma. Píší pomalu, namáhavě, obsah napsaného v časové tísní nekoordinuje se skutečnými žákovými jazykovými schopnostmi.

Dysortografie – specifická porucha pravopisu, vyskytující se často ve spojení s dyslexií. Tato porucha nepostihuje celou oblast gramatiky jazyka, ale týká se tzv. specifických dysortografických jevů, vynechávky, záměny tvarově podobných písmen v písemné podobě, inverze, zkomoleniny, chyby z artikulační neobratnosti, nesprávně umístěné nebo vynechané vyznačení délek samohlásek, chyby v měkčení. Negativně ovlivňuje proces aplikace gramatického učiva.

Dyskalkulie – specifická porucha matematických schopností, porucha se týká zvládnutí základních početních výkonů. Podle charakteru potíží můžeme tuto poruchu členit na několik typů:

praktognostická dyskalkulie – narušení matematické manipulace s předměty nebo nakreslenými symboly (přidávání, ubírání množství, rozkládání, porovnávání počtu);

verbální dyskalkulie – projevuje se problémy dítěte při označování množství a počtu předmětů, operačních znaků, matematických úkonů;

lexická dyskalkulie – projevuje se neschopností číst číslíčky, čísla, operační symboly;

grafická dyskalkulie – neschopnost psát matematické znaky;

operační dyskalkulie – porucha schopnosti provádět matematické operace, sčítat, odečítat, násobit, dělit;

ideognostická dyskalkulie – porucha chápání matematických pojmů a vztahů mezi nimi.

Dyspinxie – specifická porucha kreslení, charakteristická nízkou úrovní kresby. Dítě zachází s tužkou neobratně, tvrdě, nedokáže převést svou představu z trojrozměrného prostoru na dvojrozměrný papír, má potíže s pochopením perspektivy.

Dysmúzie – specifická porucha postihující schopnost vnímání a reprodukce hudby, projevuje se obtížemi v rozlišování tónů, dítě si nepamatuje melodii, nerozlišuje a není schopno reprodukovat rytmus.

Dyspraxie – specifická porucha obratnosti, schopnosti vykonávat složité úkony se může projevit jak při běžných denních činnostech, tak ve vyučování. Podle 10. revize Mezinárodní

klasifikace nemocí ji najdeme pod názvem specifická vývojová porucha motorické funkce. Tyto děti bývají pomalé, nešikovné, neupravené, jejich výrobky nevzhledné, to často u dítěte vytváří nechuť k motorickým činnostem.

Specifické poruchy učení zasahují i do oblasti výkonu a hlavně i chování dítěte v edukačním procesu.

#3.2 Etiologie specifických poruch učení

O příčinách vzniku specifických poruch učení existuje řada teorií. Důležité je, zda vycházíme z aspektů neurofyzilogických, psychologických, speciálně pedagogických, sociologických či lingvistických. Za velmi významnou je v oblasti etiologie specifických poruch učení považována práce Otakara Kučery, který ji dělí:

lehká mozková dysfunkce (příčiny encefalopatické) – postihuje asi 50% případů;

dědičnost (příčiny hereditární) – ve 20 % případů;

kombinace LMD a dědičnosti (příčiny smíšené) – zastoupení 15 %;

neurotická nebo nezjištěné etiologie – u 15 %.

Z hlediska problematiky definování specifických poruch učení můžeme od dřívějších definic zaznamenat určitý posun. S vývojem vědeckého bádání se vytvářela i terminologická východiska k této oblasti. Odborníci se různí v odhalení teorií, přístupů a příčin specifických poruch učení. Nový pohled na danou problematiku upozorňuje na nutnost opustit chápání specifických poruch učení z hlediska jednotlivých případů a zdůrazňuje při hledání příčin systémový přístup.

Tento postoj nás vede ke komplexnímu pohledu na žáka se specifickými poruchami učení jako na člověka v jeho celistvosti se všemi podmínkami a okolnostmi, ve kterých žije a které jej ovlivňují. Jeho vývoj před narozením i po narození, jeho rodinu, podmínky pro získávání poznatků, požadavky na vzdělávání společnosti, v níž žije. Z hlediska nejnovějších výzkumů se za příčiny poruch učení pokládá:

dispoziční (konstituční) příčiny;

genetické vlivy s odchylkami ve funkci centrálního nervového systému;

lehká mozková postižení s netypickou dominancí mozkových hemisfér a odchýlnou organizací cerebrálních aktivit;

nepříznivé vlivy rodinného prostředí;

podmínky školního prostředí.

Jeden z nejčastějších etiologických faktorů tvoří lehká mozková dysfunkce (LMD) v zahraničí uváděný pojem ADD, ADHD – syndrom deficitu pozornosti s hyperaktivitou a bez hyperaktivity. Jde o syndrom příznaků, které se mohou lišit či vyskytovat společně, avšak mají stejného jmenovatele – oslabené funkce centrální nervové soustavy.

Zjištění příčin je důležité z pohledu samotného dítěte, jeho následné intervence a stanovení správného postupu reedukace. Základní příčiny odborníci dělí dle doby vzniku, kdy může dojít k drobnému poškození mozku:

v období prenatalním – onemocnění matky, kouření, alkohol, nedostatečný přísun kyslíku;
v období perinatálním – v případě protražovaného porodu, poškození hlavičky novorozence;
v období postnatálním – infekční nebo horečnatá a jiná onemocnění, která se mohou objevit do dvou let věku dítěte.

Na základě studií rodinných příslušníků je jedním z faktorů příčin hereditární zatížení (dědičnost). Další příčinou může být dysfunkce mozku na základě neurobiologických poruch:

snížený objem mozkové tkáně;
odchyly od architektury neuronových spojení;
odchyly v elektrické aktivitě mozku;
nedostatečné okysličování mozku;
deficity neurotransmiterů;
dietní vlivy;
další nezjištěné příčiny, popř. může docházet i ke kombinaci příčin.

Děti s LMD jsou nápadné svými pohybovými projevy, motorickou neobratností, narušením hlavně v jemné a hrubé motorice a senzomotorice. Mívají slabou vůli, oslabenou vrozenou neschopnost se soustředit. Nutnou podmínkou správné reedukační péče je pečlivá diagnostika příznaků a poskytnutí podpory dítěti ze stran spolupráce rodiny, poradenských institucí, školy a ostatních odborníků.

ADHD je porucha mozku, která se může projevit v chování ve třídě a narušovat proces učení: impulzivita – mluví, i když nejsou tázáni, vykřikují odpovědi, aniž by se přihlásili, dělají úkoly, aniž by si přečetli k tomu pokyny;

slabá pracovní paměť – neschopnost aplikovat koncept, problémy v zapamatování denních aktivit;

dysorganizace – problémy s plánováním, zapamatování stejných a podobných kroků;

hyperaktivita – neposedný, roztěkané chování;
nepozornost – rozladěnost, denní snění, neschopnost udržet pozornost;
obtíže při zpracování verbálních informací – riziko jazykových problémů.

Děti s ADHD (LMD) mají nejlepší výsledky ve stručnosti (krátkodobé aktivity), v různorodosti (pestrost úkolů), ve struktuře (rutina, organizace).

#3.3 Poruchy chování

Specifické poruchy učení mohou být spojeny i s různými sekundárními psychopatologickými projevy a zvláštnostmi v oblasti chování jedinců. Poruchy chování u osob se specifickými poruchami mohou být způsobeny:

primárně jako součást obrazu lehké mozkové dysfunkce a deficitů dílčích funkcí;
sekundárně jako důsledek prožívání neúspěchu, negativního hodnocení dospělých, zejména jako výraz pocitu bezmoci vůči obtížím.

Z primárních symptomů bývají nejčastěji uváděny tyto:

Poruchy pozornosti – jejich příčinou mohou být lehká postižení mozku i náročnost situace, do níž se dítě dostává. Tyto děti jsou považovány za nesoustředěné, neklidné, málo vytrvalé a s velkými výkyvy ve výkonech. Obtíže bývají někdy chybně považovány za příčinu dyslexie.

Infantilní chování – souvisí s nerovnoměrným vývojem dětí. Následné chování bývá reakcí na opakované neúspěchy dítěte.

Zvýšená vzrušivost – rušivé momenty zvyšují napětí těchto dětí. Reagují výrazně na nepříjemné zvuky, vyznačují se zvýšenou pohotovostí k vzrušivosti, což může negativně ovlivnit jejich kognitivní procesy.

Pokorná analyzuje některé výsledky výzkumů, které poukazují nejméně na čtyři skupiny projevů, nápadností v chování, vyjadřující opozici vůči škole a všemu, co s ní souvisí:

obranné a vyhýbavé mechanismy – stále se zvyšující tlak doma i ve škole, aby dítě více četlo a více psalo, vede dítě k odmítání práce pro školu (zapomíná úkoly, falšuje podpisy);

komenzační chování – nemohou-li být úspěšní, šaškují a zlobí;

agresivita a projevy nepřátelství – napětí způsobené neúspěchem si někteří žáci odreagovávají agresí, může to být agrese verbální (ponižování, žalování), vzpurnost, neposlušnost, šikanování;

úzkostné stažení se do sebe – může se projevit až psychomotorickými obtížemi (bolest břicha, zvracení), děti jsou ustrašené, plačtivé s pocití méněcennosti.

Pochopení poruch chování je významné z hlediska nápravy (reedukace) specifických poruch učení. Jedním z významných kroků na cestě k úspěchu je analýza celé situace, které může vést k poznání všech obtíží a problémů týkajících se specifických poruch učení a je součástí celého systému (dítě – rodina – škola).

#3.4 Reedukace specifických poruch učení

Jedinci s diagnostikovanou specifickou poruchou učení potřebují od svých učitelů a rodičů podporu a povzbuzení. Právě proto potřebují citovou jistotu v rodině a ve škole. Reedukační péče je zajišťována kvalifikovaným personálem, vytvořením vhodných podmínek pro výuku, specifickými postupy a metodami výuky. To vše však musí být podpořeno týmovou spoluprací rodiny, školy a poradenských institucí. V rámci běžných reedukačních metod realizovaných ve speciálně pedagogické péči o jedince se specifickou poruchou učení (SPU) v současné době využívá širší pedagogická veřejnost a odborníci ve své praxi i alternativní metody a postupy. Jsou to však podpůrné programy, které doplňují speciálně pedagogickou péči. Úspěch a dosažení dobrých výsledků v edukačním procesu žáků se specifickými poruchami učení znamená mít dostatek vědomostí z oblasti poruch učení a chování.

Zásady reedukace

Pokud se objeví u dítěte ve školním věku SPU, je nutná intervence a je účelné, vedle znalosti nápravných metod a postupů, vytvořit si určitou koncepci nápravy. Ta by se měla řídit jistými pravidly, která dodávají nápravným intervencím řád a zvyšují jejich účinnost.

zaměření terapie na specifiku jednotlivého případu – nejde jen o vlastní obtíže, ale i o vnitřní a vnější podmínky pro nápravu. Vnitřní podmínky jsou intelekt dítěte, jeho schopnost koncentrace, volní vlastnosti, motivace k práci. Vnější podmínky jsou prestiž vzdělání v rodině, podpora učitelem, rodičem a jinými osobami. Individuální vedení dítěte je předpokladem i pro zajištění ostatních strategických zásad;

psychologická analýza celkové situace dítěte;

přesná diagnostika obtíží dítěte;

stanovení obtížnosti jednotlivých úkolů;

umožnění dítěti zažít úspěch;

při nápravě postupovat po malých krocích;

s dětmi pracovat pravidelně, pokud možno denně;
vytvořit takové podmínky, aby práce s dětmi a cvičení bylo prováděno s porozuměním;
pracovat aktivně a uvědoměle;
náprava SPU obvykle vyžaduje dlouhodobý nácvik;
pro úspěšnost nápravy je nutné schopnost, kterou u dítěte rozvíjíme, cvičit tak dlouho, dokud není zautomatizována;
vše, co má dítě pochopit a co mu je předkládáno, by mělo mít strukturu.

#3.5 Přístup k člověku se specifickou poruchou učení

Ačkoli specifické poruchy učení a chování nepatří mezi závažná onemocnění, mohou být ve svém důsledku velmi handicapující. Rodiče, přátelé a další osoby mohou necitlivým přístupem a svými reakcemi na výkon a projevy těchto jedinců významně ovlivnit jejich míru sebevědomí, úroveň sebehodnocení a celkové sebepojetí. Adekvátní přístup by proto v těchto případech neměl být založen na hodnocení chyb a zdůrazňování toho, co dotyčný nemůže ovlivnit. Neschopnost rychle, plynule a bezchybně číst rozhodně neznamená celkovou neschopnost a není důvod považovat například dyslektika za méně inteligentního nebo méněcenného. Partnerský a citlivý přístup by měl být podporující a podpora v tomto případě znamená usnadnit například vzájemnou písemnou komunikaci používáním spíše kratších sdělení než rozsáhlých textů, ověřovat si porozumění a respektovat rychlejší unavitelnost a klesání pozornosti dotyčného, případně mít pochopení pro některé jeho specifické projevy v jednání. Člověku s poruchou čtení, psaní či jinou poruchou bychom měli vždy dát možnost vyjádřit se způsobem, který mu nejvíce vyhovuje a nejméně ho handicapuje.

Doporučení při komunikaci s lidmi se specifickou poruchou učení:

Bezprostřední komunikace s okolím nebývá u osob se SPU nijak zásadně ovlivněna, vyskytují se u nich ale častěji určité charakteristické jazykové obtíže jako nedostatek jazykového citu, problémy s rytmem a v závislosti na typu poruchy i problémy ve čtení, psaní, pravopisu.

Uvedené komunikační těžkosti jsou často spojeny s poruchou pozornosti a koncentrace, resp. s projevy hyperaktivity a impulzivity.

Specifické poruchy učení jsou vývojové a nesouvisejí přímo s úrovní inteligence, problémy při osvojování a používání některých školních dovedností v tomto případě rozhodně neznamenají omezení všech ostatních schopností dotyčného člověka.

Náprava a kompenzace těchto poruch je možná především v dětství, u dospělých osob je pak nutné některé chyby a nedostatky v určitých činnostech tolerovat, eventuálně jim poskytnout

nezbytnou podporu (například úprava textů pro čtení, používání počítače jako kompenzační pomůcky).

#Shrnutí kapitoly – Specifické poruchy učení

Poruchy učení jsou souhrnným označením různorodé skupiny poruch, které se projevují zřetelnými obtížemi při nabývání a užívání takových dovedností, jako je mluva, porozumění mluvě, řeči, čtení, psaní, matematické usuzování nebo počítání. Tyto poruchy jsou vlastní postiženému jedinci a předpokládají dysfunkci CNS. I když se porucha učení může vyskytnout souběžně s jinými formami postižení, například smyslovými vadami nebo souběžně s jinými vlivy prostředí, není přímým následkem takových postižení nebo nepříznivých vlivů. Na základě obecných projevů specifických poruch učení můžeme definovat specifické poruchy čtení, psaní, pravopisu, počítání, kreslení, hudebnosti, schopnosti vykonávat složité úkony. Specifické poruchy učení mohou být spojeny s různými sekundárními psychopatologickými projevy a zvláštnostmi v oblasti chování jedinců.

Kontrolní otázky a úkoly:

Vymezte pojem specifické poruchy učení.

Popište základní projevy specifických poruch učení.

Co zahrnuje systémový přístup v oblasti specifických poruch učení?

Úkoly k textu:

V odborné literatuře vyhledejte a specifikujte základní symptomy LMD.

Otázky k zamyšlení:

Proč jsou specifické poruchy učení spojovány s různými sekundárními psychopatologickými projevy a zvláštnostmi v oblasti chování?

Lze využívat v rámci reedukace specifických poruch učení i alternativní metody a postupy?

Jaké jsou zvláštnosti v přístupu ke člověku se specifickou poruchou učení?

Citovaná a doporučená literatura:

Bartoňová, M. Kapitoly ze specifických poruch učení I. Vymezení současné problematiky. Brno: MU, 2004. ISBN 80-210-3613-3.

Bartoňová, M. Kapitoly ze specifických poruch učení II. Reedukace specifických poruch učení. Brno: MU, 2005. ISBN 80-210-3822-5.

Bartoňová, M. a kol. Edukace žáků se speciálními vzdělávacími potřebami. Zaměření na edukaci žáků se specifickými poruchami učení. Brno: MSD, 2005. ISBN 80-86633-33-1.

Kucharská, A. a kol. Specifické poruchy učení a chování. Sborník. Praha: Portál, 1996, 2000.

Matějček, Z. Dyslexie. Jinočany: HaH, 1993. ISBN 80-85787-27-x.

Pipeková, J. a kol. Kapitoly ze speciální pedagogiky. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-198-0.

Pokorná, V. Teorie, diagnostika a náprava specifických poruch učení. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-817-3.

Slowík, J. Komunikace s lidmi s postižením. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-691-9.

Zelinková, O. Poruchy učení. Specifické poruchy čtení, psaní a dalších školních dovedností. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-8000-7.

#4 Somatopedie

V této kapitole se dozvíte:

Co zahrnuje vědní obor somatopedie.

Jaká je klasifikace pohybových vad.

Jak se projevuje postižení dětská mozková obrna.

Co je lehká mozková dysfunkce.

Co patří z pohledu somatopedie mezi deformace, malformace, amputace.

Zásady přístupu k člověku s pohybovým a jiným tělesným postižením.

Význam včasné intervence dítěti se zdravotním postižením.

Po jejím prostudování byste měli být schopni:

Vysvětlit pojem somatopedie.

Objasnit tělesná postižení z pohledu speciálně pedagogického.

Charakterizovat centrální postižení DMO (dětská mozková obrna).

Klíčová slova kapitoly: Somatopedie, pohybové vady, dětská mozková obrna.

#4.1 Pojetí somatopedie

Somatopedie je vědní obor speciální pedagogiky, který se zabývá výchovou a vzděláváním jedinců s tělesným a zdravotním postižením. Název oboru je složen z řeckých slov soma (tělo) a paideia (výchova).

V současné době se vedle termínu somatopedie používá stále častěji i jiných označení jako pedagogika tělesně postižených, eventuálně i dalších označení (výchova a vzdělávání jedinců s tělesným postižením, pedagogika tělesně a zdravotně postižených, pedagogika tělesně postižených a chronicky nemocných apod.). Ve světě i u nás v posledních letech stále více vystupuje do popředí diskuse kolem rozdílného pojmání termínu postižení. V analýze OECD (1996) týkající se pojetí speciální pedagogiky v různých zemích jsou uvedena čtyři paradigmaty, která jsou popsána jako model medicínský, sociálně patologický, model prostředí a model antropologický. Medicínský model vychází z biologicko-organických nebo funkčních příčin, což vede k medicínsky orientované péči. Cílem je překonání a léčba postižení. Podle modelu sociálně patologického nejsou základy integračních těžkostí biologické nýbrž sociální povahy. V centru pozornosti stojí otázka socializace a diskriminace podmíněná postižením. V modelu prostředí se hledá odpověď na otázku, jak změnit školu, aby to bylo ve prospěch postižených žáků. Tomu odpovídá školská reforma, která uvnitř vlastního rámce kurikula poskytuje diferencované nabídky všem žákům podle jejich vzdělávacích potřeb. U antropologického modelu nejde v první řadě o zlepšení prostředí, ale o zlepšení interpersonální interakce. Důležité je realistické ohodnocení situace postižených a respektování jejich identity a jedinečnosti včetně jejich postižení. Role postiženého dítěte je silně ovlivněna postojem osob okolo něj. V každé zemi existuje nejen jedno, ale více pojetí termínu postižení a podpory postižení. Přesto se dá konstatovat, že bylo nalezeno významné paradigma změn. Postižení se považuje stále méně za neměnný stav individua, které vyžaduje stálou nabídku opatření. Mnohem častěji se vychází z toho, že stav postižení se může měnit podle účelové nabídky podpory, že potřebám jedinců s postižením nejlépe odpovídá kontinuum nabídek a že postižení mohou a mají vést v co nejvyšší možné míře normální život. To, co bylo řečeno v obecné rovině, platí plnou měrou i na problematiku výchovy a vzdělávání dětí a žáků s tělesným a zdravotním znevýhodněním.

Osoby s tělesným postižením představují velmi heterogenní skupinu. Jejich společným znakem je omezení pohybu. Tělesné postižení postihuje člověka v celé jeho osobnosti. Motorika, vnímání, kognice, emoce jsou od sebe neoddělitelné a vzájemně propojené. Tělesná motorika může být postižena jen mírně, při těžším motorickém postižení jsou však pohybové možnosti člověka omezeny podstatně. Jako tělesně postižený je označován člověk, který je omezen v pohybových schopnostech, v důsledku poškození podpůrného nebo pohybového aparátu nebo jeho organického poškození. Omezená pohybová schopnost a změna vnějšího klinického obrazu může ztížit sebeuplatnění – seberealizaci v sociální interakci. Na rozdíl od přechodné nemoci se musí jednat o dlouhodobý nebo trvalý stav, přičemž přechody

k chronickému onemocnění však jsou plynulé. Ne každé tělesné poškození je bezpodmínečně spojené s postižením.

#4.2 Klasifikace pohybových vad

Ve speciálně pedagogické odborné literatuře se považují za tělesná postižení přetrvávající nebo trvalé nápadnosti, pohybové schopnosti s trvalým nebo podstatným působením na kognitivní, emocionální a sociální výkony. Příčinou je poškození podpůrného nebo pohybového aparátu nebo jiné organické poškození. Pohybové neboli ortopedické vady můžeme dělit podle různých kritérií. Patří k nim poruchy vrozené včetně dědičných a poruchy získané. Všechny pohybové vady mohou být různého stupně, podle postižené části těla rozeznáváme skupinu obrn centrálních a periferních, deformace, malformace a amputace. Obrny se týkají centrální a periferní nervové soustavy. Centrální část zahrnuje mozek a míchu, část periferní obvodové nervstvo. Jednotlivé druhy se od sebe liší rozsahem a stupněm závažnosti a dělí se na parézy (částečné ochrnutí) a plégie (úplné ochrnutí).

Dělení pohybových vad:

Dle doby vzniku postižení:

vrozené a dědičné;

získané.

Dle místa postižení:

obrnny;

amputace;

deformace;

malformace.

Dělení obrn:

Dle doby vzniku:

vrozené a dědičné;

získané.

Dle stupně:

parézy;

plégie.

Dle místa vzniku:

periferní;

centrální → mozková pohybová postižení.

Mozková pohybová postižení:

Podle tonusu:

hypertonie (spasticita, rigidita);

hypotonie (ataxie, čistá mozková hypotonie);

střídavý svalový tonus (atetóza);

Podle místa:

monoparéza / plégie;

diparéza / plégie;

triparéza / plégie;

kvadruparéza / plégie;

hemiparéza / plégie.

Mezi závažná centrální postižení patří **dětská mozková obrna (DMO)**. Dle Mezinárodní klasifikace nemocí (MNK-10) došlo ke změně názvu tohoto onemocnění z používaného názvu dětská mozková obrna na termín mozková obrna. V odborných textech se tedy v současné době používají oba termíny. Příčiny DMO jsou prenatální (v prvních měsících jsou to všechny infekce matky, v pokročilých fázích těhotenství oběhové poruchy matky, které mají za následek nedostatečné okysličování plodu, zejména jeho mozku), perinatální (porodní asfyxie, nedonošenost, přenošenost, těžké komplikované protražované porody), postnatální (všechny infekce zejména do šesti měsíců, vždy se jedná o postižení nezralého mozku). V průběhu prvního roku se klinický obraz DMO teprve utváří a neurologové se diagnostikuje jako centrální koordinační porucha a centrální tonusová porucha.

Klasifikace DMO podle charakteru tonusové a hybné poruchy:

Spastické formy:

diparetická (paraparetická);

hemiparetická;

kvadruparetická.

Nespastické formy:

hypotonická;

dyskinetická (extrapyramidová).

Forma diparetická je spastická (křečovitá) obrna, kdy jsou postiženy zejména dolní končetiny. Spasticitou bývají nejvýrazněji postiženy abduktory stehna, plantární flexory nohy a flexory bérce. Chůze bývá nůžkovitá (kolena se o sebe třou), po špičkách, s pokrčenými koleny při spasticitě flexorů bérce (lidoopí). Vzhledem ke kognitivnímu vývoji je zde prognóza dobrá.

Forma hemiparetická – spastická obrna horní i dolní končetiny jedné poloviny těla, zpravidla s převážným postižením horní končetiny, která bývá ohnuta v lokti, zatímco dolní končetina je napjata tak, že postižený došlapuje na špičku. V případě hemiparéz bývá při postižení pravé hemisféry kognitivní kapacita těchto dětí nejčastěji lehce subnormální (průměrné IQ 90) s převahou verbální složky, v případě postižení levé hemisféry asi polovina dětí v podstatě nejeví žádné známky kognitivní poruchy, u druhé poloviny dětí bývá inteligence snížena (nejčastěji do pásma lehké mentální retardace, průměrné IQ 65, bez rozdílu mezi verbální a názorovou složkou).

Forma kvadruparetická – spastická obrna všech čtyř končetin, s převážným postižením dolních končetin nebo horních končetin. Ze spastických forem je zde vzhledem k dalšímu kognitivnímu vývoji obecně prognóza nejméně příznivá.

Forma hypotonická – chabá obrna, zpravidla výraznější na dolních končetinách. Vyskytuje se v kojeneckém věku, později asi kolem třetího roku se mění ve formu spastickou nebo dyskinetickou. Pokud setrvává, je doprovázená těžkou mentální retardací. Vyznačuje se sníženým svalovým napětím. Hypotonie může ale také doprovázet některý typ metabolického či degenerativního onemocnění.

Forma dyskentická – (dřívější název extrapyramidová) vyznačuje se nepotlačitelnými mimovolnými pohyby, které doprovázejí každý pokus o volní pohyb. Jsou to pohyby atetotické, choreatické, balistické nebo myoklonické.

Dětská mozková obrna je často kombinovaná s poruchami duševního vývoje a sníženým intelektem, s poruchami řeči, s poruchami chování, s epileptickými záchvaty. Výjimkou nejsou ani smyslová postižení, ať se jedná o vady zraku nebo vady sluchu.

#4.3 Charakteristika vybraných onemocnění

Lehčím typem poruchy centrální nervové soustavy je **lehká mozková dysfunkce (LMD)**, starší název pro toto postižení je lehká dětská encefalopatie. LMD trpí asi 3 % dětské populace, postižení jsou především chlapci. Základem LMD je oslabení schopností a

vlastností řady psychických funkcí zodpovědných za řízení, kontrolu, regulaci, koordinaci a integraci chování v širokém slova smyslu. Jedná se zejména o celkovou úroveň aktivace, jež bývá narušena v důsledku poruchy rovnováhy základních procesů podráždění a útlumu. Dále sem náleží schopnost sebekontroly, pokud jde o rychlost a přiměřenost reakcí. Významným činitelem zaměřujícím činnost náležitým směrem je pozornost, jež zajišťuje selekci podnětů. Rovněž řeč má vzhledem k jednání složku regulační. Kábele uvádí, že se jedná o poruchy zvláště v oblasti psychomotorické, mentální i volní jako následek lehčího stupně perinatálního poškození CNS. Projevuje se psychomotorickým neklidem, psychickou instabilitou, změnou nálad, impulzivním jednáním, pohybovou neobratností (dyskoordinací). Podle Vágnerové je jedním z charakteristických znaků LMD nerovnoměrný vývoj. Jednotlivé funkce nebývají rovnoměrně rozvinuty, a pokud jsou nějakým způsobem narušeny, děje se tak v nestejně míře. Celkový psychický vývoj neprobíhá harmonicky, ale s výkyvy v různých obdobích a v nejrůznějších projevovalých oblastech. Výkyvy můžeme pozorovat i v krátkých časových intervalech, ve formě kolísání výkonu dítěte.

Dětskou mozkovou obrnu bychom neměli zaměňovat s dalším onemocněním podobného názvu, tj. **dětská obrna** (poliomyelitis anterior). Jedná se o infekční onemocnění, které postihovalo nejčastěji děti v předškolním věku a zanechávalo trvalé a často velmi těžké následky. Dětská obrna probíhala ve dvou fázích: první fáze připomínala chřipkovou infekci, po jejím odeznění nastoupila druhá fáze, která se vyznačovala horečnatým onemocněním s příznaky podráždění mozkových blan. Následkem onemocnění, které vyvolávalo poškození motorických buněk na předních kořenech míšních, bylo ochrnutí svalů na končetinách. Intelekt zůstával nepoškozen. Od roku 1958 jsou všechny děti očkovány Sabinovou vakcínou a nové případy nebyly od té doby u nás zaznamenány.

Mozkové záněty (encephalitis) – nejčastěji jsou vyvolány mikrobiálními činiteli. Toto onemocnění probíhá rovněž zpravidla ve dvou fázích. V první fázi vnikne mikrob do krve a objevují se příznaky podobné chřipce s horečkou, bolestmi hlavy a nechutenstvím. Po přechodné fázi zdánlivého zlepšení se objevují vysoké teploty, třes, ochrnutí končetin. Častý je výskyt epileptických záchvatů. Po odeznění nemoci jednotlivé příznaky většinou odezní.

Mozkové nádory (tumor cerebri) – mohou zanechat po operaci následky v pohybové oblasti, další následky můžeme sledovat v oblasti řeči, kdy dochází k poruše řeči zvané afázie). Díky organickému poškození mozku se může přidružit i epilepsie.

Mozkové příhody (ictus apoplecticus cerebri) – vznikají v důsledku krvácení do mozku. Mozkové embolie (embolia cerebri) – jsou způsobeny nedokrevností části mozku a odumřením mozkové tkáně zaklíněním embolu, pohybujícího se krevním proudem. Podle zasažení hemisféry dochází k levostranné nebo pravostranné hemiparéze až hemiplégii. Obě onemocnění postihují spíše jedince staršího věku.

Traumatické obrny – vznikají po úrazu, který způsobuje buď otevřené nebo uzavřené poranění hlavy, při němž může být zasažena lebka i mozek nebo uzavřené poranění hlavy různého stupně. Nejlehčí je otřes mozku, klasifikovaný jako lehký, střední a těžký, dále stlačení mozku a nejtěžší zhmoždění mozku. Při všech úrazech hlavy je třeba si pamatovat, že potíže u dětí se nemusí objevit hned, ale až po několika hodinách, kdy je dětem nevolno, točí se jim hlava, zvrací. Je zde nutnost vyhledat lékařskou pomoc.

Obrna míchy – nastává vlivem různých onemocnění, ale v současné době je častou příčinou úraz páteře s následným poraněním míchy. Celkový stav postiženého a zachování pohybové schopnosti závisí jednak na tom, zda mícha byla poškozena částečně nebo úplně, jednak na tom, ve kterém místě byla zasažena.

Rozštěp páteře – vrozené postižení, vada vzniká nesprávným uzavřením páteřního kanálu, nejčastěji v bederní oblasti. Vada vyvolává u postižených částečnou až úplnou obrnu dolních končetin a obrnu svěračů. Intelekt nebývá u dětí postižen. V současné době ubývá postižení tohoto druhu v důsledku provádění včasného screeningu vrozených vývojových vad ultrazvukem.

Degenerativní onemocnění mozku – projevuje se až v průběhu života člověka. Nervová vlákna a později i nervové dráhy postihuje proces rozpadu a zániku nervových buněk. Patří sem množství onemocnění, například mozečková heredoataxie, která vzniká postižením jedné nebo dvou hemisfér a je dědičná. Prognóza je nepříznivá, důležitá je systematická rehabilitace.

Roztroušená skleróza mozkomíšní – vyznačuje se ložiskovými změnami mozku a míchy. Postihuje 1 % populace, výskyt je zejména u mladších dospělých. Příznaky jsou pestré,

nejčastěji se jedná o poruchy pohybového aparátu, poruchy zraku a řeči. V pokročilejším stadiu se objevuje demence.

Degenerativní onemocnění míchy (Friedreichova heredoataxie) – je podmíněna degenerací míšních provazců. Začíná se projevovat hlavně mezi 6. až 10. rokem, prognóza je nepříznivá. Typická je zvláštní deformita nohy, nejistá a vrávoravá chůze. V pozdějším stadiu se objevuje spastická obrna dolních končetin.

Obrna periferních nervů – většinou vzniká při úrazu horní či dolní končetiny, kdy dojde k přerušení nebo zhmoždění nervu na končetině s částečnou nebo úplnou obrnou. Při úplné obrně končetina bezvládně visí, při částečné je více nebo méně zasažena pohyblivost a svalová síla.

Deformace

Deformace zahrnují velkou skupinu vrozených nebo získaných vad, které se vyznačují nesprávným tvarem některé části těla. Získané deformace mohou nastat jako důsledek nesprávného držení těla. Návykově takto začínají některé druhy skolióz a kyfóz. Vadné držení těla se vyznačuje buď změnami v zakřivení páteře, nebo labilním a nestálým držením těla. Skutečné deformity páteře se vyznačují trvalostí a stálostí. Důležitá je prevence a správné cvičení. Častou skupinu pohybových vad tvoří:

Nesprávný vývoj kyčelního kloubu – může být jednostranné či oboustranné a hýbá vyvoláno vrozeným nedostatečným vývojem kyčelních kloubů, popřípadě úplným vykloubením hlavice nebo částečným vykloubením. Velký důraz se dnes klade na prevenci a včasné zjištění vady.

Perthesova choroba – postižení hlavice stehenní kosti, jedná se o pravděpodobnou příčinu poškození cév, které vyživují kloubní hlavici.

Progresivní svalová dystrofie – primární dědičné onemocnění svalů vzniklé na podkladě dědičné metabolické poruchy. Mohou být dvě formy: forma postihující ramenní pletenec a forma postihující pánevní pletenec.

Malformace a amputace

Malformace jsou patologické vyvinutí různých částí těla, nejčastěji končetin. Částečné chybění končetiny označujeme jako amélie. Stav, kdy končetina navazuje přímo na trup, nazýváme fokomelie. Malformace patří do skupiny vrozených vývojových vad. V současné době se s úspěchem provádí screening těchto vad ultrazvukem.

Amputací rozumíme umělé odnětí části končetiny od trupu. Příčinou jsou úrazy, kdy k amputaci končetiny může dojít v okamžiku úrazu nebo těsně po něm (autonehoda, poranění výbušninou). Další příčinou amputace mohou být cévní onemocnění, a to choroba Búrgerova-Winiwarterova. Při této nemoci vzniká akutní zánět žil a tepen, při kterém dochází k postupující trombóze. Vyznačuje se bolestmi při pohybu, nakonec bolesti bývají i v klidu a vedou až k amputaci končetiny. Dalším důvodem amputace jsou zhoubné nádory na končetinách. Amputace může být i infekčního původu se sepsí, kterou nelze zvládnout konzervativními prostředky.

#4.4 Význam rané intervence

Termínem raná, včasná intervence se rozumí systém služeb a programů poskytovaných dětem ohroženým v sociálním, biologickém a psychickém vývoji, dětem se zdravotním postižením a jejich rodinám s cílem předcházet postižení, eliminovat nebo zmírnit jeho následky a poskytnout rodině i dítěti možnosti sociální integrace. Jestliže promeškáme období v prvních letech života dítěte a neposkytneme mu odpovídající podporu v jeho vývoji, je obtížné a často nemožné tuto situaci později napravit. Tyto šance spočívající ve zmírnění nebo eliminování vznikajícího postižení jsou dány zvláštní účinností rané stimulace, včasných zkušeností získaných z co nejranějších edukativních procesů působících na vyvíjející se dětský mozek. Teoreticky se vychází z poznatku, že mozek malého dítěte je schopen v mnohem větším rozsahu, než jsme si ochotni připustit, regenerace a kompenzace vzniklých poškození, a že tento rozvoj je podstatně závislý na včasných sociálních interakcích, tedy na edukativních procesech. Realizace včasných vývojových šancí v případě ohroženého vývoje nebo začínajícího postižení závisí na tom, aby se ještě v období, kdy je mozek dítěte plastický, začalo se speciálními edukativními aktivitami, které podpoří vlastní vývoj mozku, a tím i zvýší socioemocionální jistoty dítěte.

V rané podpoře v dnešním chápání se realizují tyto cíle:

Fyzioterapeutická intervence – jedná se při tom o neurofyziologicky podložená opatření intervence, která mají umožnit pohybově postiženým dětem harmonii pohybu a pocit pohybu. Dalekosáhlé rozšíření nacházejí metody Bobata, Vojty a Kabata vedle speciální léčebné tělesné výchovy, jako je pohybová terapie ve vodě nebo na koni.

Odklon od monokauzálního modelu – do přímé souvislosti se nedávají tzv. nápadnosti v sociálně-emocionální a percepčně kognitivní oblasti s eventuálně daným organickým poškozením mozku, nýbrž bere se v úvahu spíše výsledek nepříliš odstraněných cyklických

procesů mezi předpoklady poškozeného uspořádání mozku, motoricko-funkčních omezení a změněných reakcí na změněné podněty vnímaného prostředí, které modifikují diferenciaci uspořádání mozku.

Největší význam pro proces rané intervence má **vztah rodiče – dítě**. Mottem je interakce a raná podpora vztahově zaměřená. V rané podpoře mají velký význam faktory jako interakce rodiče – dítě, sociální síť rodiny, její zdroje a kompetence řešení problémů, zdraví a emocionální skutečnosti dítěte a rodiny a sebeutváření a autonomie dítěte. Je patrný vývoj od modelu včasné pomoci soustředěného na dítě k modelu zaměřenému na rodinu.

Poskytování služeb rané intervence

Služby rané intervence mají být poskytovány od zjištění rizika nebo postižení tak, aby zvyšovaly vývojovou úroveň dítěte v oblastech, které jsou postižením ohroženy, do doby než je dítě zařazeno do některého školského zařízení. Ranou podporou dítěte se rozumí všechna opatření odborně použitá, která slouží ke zlepšení organických funkcí, vybudování přiměřených způsobů chování a k vývoji osobnosti. Jsou různorodě označovány podle toho, se kterým oborem jsou spojeny a kde mají zpravidla své těžiště. Tak se v medicínské terminologii hovoří o včasné terapii, v pedagogickém ohledu se zde uplatňují termíny jako raná výchova, raná podpora, včasná intervence nebo raná péče. Za tímto účelem se budují ve všech vyspělých zemích centra pro děti s vývojovými poruchami nebo se vytváří síť poraden, které zajišťují včasnou diagnostiku a komplexní péči o dítě, medicínsko-terapeutickou, pedagogicko-psychologickou, včetně poradenských služeb pro rodiče postiženého dítěte. Cílem včasné intervence je její dostupnost pro všechny, kdo ji potřebují, a plošné pokrytí celé země. Funkčnost podpory záleží především na úzké spolupráci všech zainteresovaných odborníků s rodiči postiženého dítěte. Těžiště jejich práce spočívá v poradenství rodičům a v podpoře dítěte. Tyto dvě roviny jsou vzájemně propojeny. Kompetence rodičů jako přirozených vychovatelů svého dítěte je při tom třeba zachovat a vhodným směrem posílit.

V České republice je zpravidla při včasné intervenci od sebe oddělena část medicínská obsahující i léčebnou rehabilitaci, hovoříme-li o dětech s vrozeným pohybovým postižením (například DMO), a část pedagogická. Pedagogické poradenství se poskytuje dětem s tělesným postižením prostřednictvím speciálně pedagogických center zřizovaných při mateřských a základních školách pro tělesně postižené zpravidla pro děti ve věku od 3 let až do doby ukončení školní docházky (vyhláška č. 72/2005 Sb.).

Shrneme-li současné trendy ve včasné intervenci, je vhodné na prvním místě uvést požadavek **plošného pokrytí** celého území daného státu. Dále kladení důrazu na úzkou mezioborovou spolupráci všech odborníků, kteří o dítě pečují, a nezastupitelnou úlohu rodiny v rané podpoře. V České republice hrají důležitou roli v tomto směru **speciálně pedagogická centra**, která jsou členěná dle druhu postižení, při bližším rozboru skladby klientely nízkých věkových skupin lze však těžko od sebe odlišit postižení čistě somatické od somatického s přidružením mentálního postižení.

V rámci zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb. jsou uvedeny rovněž služby sociální prevence. Jejich cílem je napomáhat osobám k překonání jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů. Patří sem například raná péče, tlumočnické služby, sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, sociálně pracovní dílny, sociální rehabilitace.

Raná péče je terénní, popřípadě ambulantní služba poskytovaná dítěti a rodičům dítěte ve věku do 7 let, které je zdravotně postižené nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivé sociální situace. Služba je zaměřena na podporu rodiny a vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby. Služba obsahuje tyto základní činnosti:

výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti;

zprostředkování kontaktu se společenským prostředím;

sociálně terapeutické činnosti;

pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

#4.5 Přístup k člověku s tělesným postižením a dlouhodobým onemocněním

K člověku, který je už na první pohled fyzicky zvláštní, je potřeba přistupovat citlivě. Velmi důležité je nenechat se ovlivnit haló efektem, který může být spojen s nepříjemnými pocity, nejistotou, obavami, dokonce odporem, ale rozhodně neposkytuje spolehlivý základ pro posuzování druhého člověka. Za pocity se nemusíme stydět, jsou zcela přirozené a stěží je dokážeme ovlivnit. Co však ovlivnit lze, je náš přístup ke komunikaci při kontaktu s člověkem s postižením. Překonání počátečního ostychu, strachu a také zbytečných předsudků nás brzy může přivést k poznání, že hovoříme se zcela normálním člověkem, který jenom poněkud neobvykle vypadá. Všimáme si sice jeho specifických projevů, pochopíme však, že jeho lidskou hodnotu nijak zásadně neovlivňují.

Obzvláště u osob se spastickými formami DMO nebo s jinými nápadnými odchylkami bychom si měli dát dobrý pozor, abychom automaticky nespojovali jejich vizáž, tělesné projevy a případné řečové obtíže s nižší úrovní inteligence. Obvyklé problémy s artikulací vyžadují při komunikaci čas a trpělivost. Nemusíme se snažit za každou cenu rozhovor urychlit tím, že budeme takovému člověku napovídat správná slova a dokončovat myšlenky za něj. Pamatujme, že i on má vlastní a zcela osobitý arzenál vyjadřování, a pokud si o pomoc neřekne nebo její potřeba není naprosto zřejmá, neměli bychom mu ji vnucovat.

Naopak nutné je mimořádně pozorné naslouchání. Kromě špatné artikulace bývá důvodem obtížného porozumění sdělením takto handicapovaného člověka, rovněž jeho nevýrazná modulace řeči, takže není vždy jednoduché včas správně rozpoznat, zda vyslovil otázku či prosbu. Aktivní naslouchání současně prověřuje náš partnerský přístup v komunikaci a snadno se prozradí, že komunikačního partnera téměř nevnímáme.

Přístup k lidem s těžkým postižením nebo závažným onemocněním by rozhodně měl být citlivý a pokud možno empatický, nikdy však litující. To mnozí jedinci s tělesným handicapem pocítují jako ponižující, nechtějí být pouhým objektem soucitu okolí, ale rovnocennými partnery. Většina z nich se dávno úspěšně vyrovnala se svou situací a nevnímají svůj život jako tragicky zničený. Naopak handicap je pro ně často výzvou k překonávání překážek, které ostatním v cestě nestojí. Stejně tak je zbytečné se při kontaktu s člověkem s tělesným postižením snažit vyhnout tématu jeho postižení, ačkoli je jasné, že zde tato okolnost hraje roli a že nás spousta věcí s ní související samozřejmě zajímá. Nemusíme se bát zeptat na to, co život s takovým handicapem znamená, co s ním souvisí. Ptejme se ale tak, abychom neurazili, a pouze tehdy, jestliže je dotýčný na naše otázky ochoten a připraven odpovídat.

Doporučení při komunikaci s lidmi s tělesným postižením:

Při komunikaci s člověkem na vozíku je vhodné fyzicky se snížit na jeho úroveň. Nikdy se neopíráme o vozík.

Doprovází-li člověka s tělesným či jiným postižením další osoba, není jejím posláním hovořit za handicapovaného jedince nebo o něm, v rozhovoru se rozhodně obracejme vždy na toho, s kým a o kom právě mluvíme.

Tělesné postižení není automaticky spojeno s postižením intelektu (mentálním) a smyslů (zraku, sluchu). K člověku s pohybovým handicapem tedy nepřistupujeme tak, jako by jeho postižení bylo závažnější, než ve skutečnosti je.

Pokud se dotyčný vyjadřuje obtížně, ponechme mu dostatek času k formulaci sdělení, pozorně mu naslouchejme a ověřujme si, zda správně rozumíme.

Jestliže je to nezbytné, neváhejme využít doplňujících nebo náhradních způsobů komunikace (mimika, gesta, písemné sdělení), důležité je jakkoli se dorozumět na formě nezáleží.

Pomoc člověku s postižením můžeme vždy slušně nabídnout, nikdy ji však nevnucujeme. Má-li člověk s tělesným postižením asistenčního psa, nikdy bychom jej neměli rušit při práci, tj. nevolat na něj, hladit je.

#Shrnutí kapitoly - Somatopedie

Somatopedie je vědní obor speciální pedagogiky, který se zabývá výchovou a vzděláváním jedinců s tělesným a zdravotním postižením. V současné době se vedle termínu somatopedie používá i jiné označení, a to pedagogika tělesně postižených nebo výchova a vzdělání jedinců s tělesným postižením, pedagogika tělesně a zdravotně postižených apod. Osoby s tělesným postižením představují velmi heterogenní skupinu. Jejich společným znakem je omezení pohybu. Pohybové neboli ortopedické vady můžeme dělit podle různých kritérií, k nimž patří poruchy vrozené včetně dědičných a poruchy získané. Všechny pohybové vady mohou být různého stupně. Významnou úlohu sehrává edukace jedinců s tělesným postižením, především včasná intervence.

Kontrolní otázky a úkoly:

Vysvětlete pojetí somatopedie.

Charakterizujte okruh osob s tělesným postižením.

Uveďte klasifikaci pohybových vad.

Vysvětlete pojem dětská mozková obrna.

Uveďte příklady ze skupiny obrn centrální a periferní.

Jaký význam má raná intervence u jedinců se zdravotním postižením?

Úkoly k textu:

V odborné literatuře vyhledejte a popište zvláštnosti v přístupu k člověku s tělesným postižením a dlouhodobým onemocněním.

Z dostupných zdrojů vytvořte přehled o systému služeb a programů poskytovaných v rámci včasné intervence.

Citovaná a doporučená literatura:

- Hruška, J. Komplexní systém výchovně vzdělávací péče o tělesně postižené děti a mládež. Praha: Septima, 1995. ISBN 80-85801-47-7.
- Kábele, F. Somatopedie. Praha: Karolinum, 1993. ISBN 80-7066-533-5.
- Kapounek, B. a kol. Ortopedie a neurologie pro speciální pedagogy. Praha: SPN, 1989.
- Pípeková, J. et al. Kapitoly ze speciální pedagogiky. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-198-0.
- Říčan, P., Krejčířová, D. Dětská klinická psychologie. Praha: Grada, 1997. ISBN 80-7169-512-2.
- Slowík, J. Komunikace s lidmi s postižením. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-691-9.
- Vítek, J. Medicínská propedeutika pro speciální pedagogy. Úvod do neurologie. Úvod do oftalmologie. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-154-6.
- Vítková, M. Somatopedické aspekty. Brno: Paido, 1999. ISBN 80-85931-69-9.
- Vítková, M. et al. Integrovaná speciální pedagogika. Integrace školní a sociální. Brno: Paido, 2004. ISBN 80-7315-07-1.
- Vítková, M. Otázky speciálněpedagogického poradenství. Brno: MSD, 2003. ISBN 80-86633-08-X.

#5 Oftalmopedie

V této kapitole se dozvíte:

- Co zahrnuje vědní obor oftalmopedie.
- Jaká je klasifikace zrakových vad.
- Jaká je základní charakteristika zrakových vad.
- Jaký je vliv postižení na rozvoj osobnosti.
- Význam speciálně pedagogického poradenství jedinců se zrakovým postižením.
- Zásady v přístupu k člověku se zrakovým postižením.

Po jejím prostudování byste měli být schopni:

- Vysvětlit pojem oftalmopedie.
- Objasnit vliv zrakového postižení na osobnost člověka.
- Charakterizovat časté zrakové vady.

Klíčová slova kapitoly: Oftalmopedie, zraková vada, zrakové postižení, tyflopédie.

#5.1 Pojetí oftalmopedie

Speciálně pedagogický obor oftalmopedie se zabývá výchovou, vzděláváním a rozvojem osob se zrakovým postižením. Kategorii zrakově postižených reprezentují jak osoby nevidomé, ale hlavně osoby se sníženou úrovní zrakové percepce na stupni slabozrakosti. Cílem oboru je maximální rozvoj osobnosti jedince se zrakovým postižením, což znamená nejen dosažení nejvyššího stupně socializace, včetně zajištění vhodných podmínek pro edukaci, ale i přípravu na povolání, následné pracovní zařazení a celkově plnohodnotné uplatnění. Pro daný obor se užívá názvu oftalmopedie (z řeckého oftalmos = oko, paidea = výchova). Často užívaným názvem tohoto oboru je u nás také tyflopédie (z řeckého tyflos = slepý). Důvodem k terminologické změně směrem k oftalmopedii byla skutečnost, že v kategorii osob se zrakovým postižením převažují osoby slabozraké nad nevidomými. V současnosti jsou obě označení synonyma pro jedinou disciplínu. V zahraničí se ve velké míře užívá názvu speciální pedagogika zrakově postižených.

Oftalmopedie úzce spolupracuje s přírodovědnými i společenskými obory, jako jsou oftalmologie, pediatrie, neurologie, psychiatrie, pedagogika, filozofie, psychologie a sociologie. Současný vývoj v oblasti reedukačních a kompenzačních pomůcek pak podněcuje úzkou spolupráci s obory jako optika, akustika, elektronika, kybernetika.

Zrakové postižení znamená zpravidla pro jedince s postižením, že jeho schopnost přijímat vizuální informace je omezena, ztížena. U nevidomých osob (nejtěžší forma zrakového postižení) je tato schopnost totálně vyloučena. Zraková vada ovlivňuje celou osobnost jedince a jeho psychický vývoj. Její vliv je komplexní. Zároveň má úplné či částečné porušení zrakových funkcí dopad i na fyzický vývoj jedince. Důsledky negativního působení porušených zrakových funkcí na vývoj a projevy psychiky zrakově postižených mohou být kvantitativního i kvalitativního charakteru. Tyto zvláštnosti mají za příčinu senzoryckou deprivaci.

Zrakovou vadu pomáhají rozpoznat tři okruhy indikací, a to:

Vzhled očí – zdravé oči jsou jasné, rovnovážně postavené, zároveň se spolu pohybují a plynule a stabilně fixují.

Další projevy – při čtení osoba (žák) inklinuje k pohybu hlavou než k pohybu očima, používá velmi krátkou nebo naopak velkou čtecí vzdálenost. Může mít špatné držení těla nebo sedět pokrouceně, při vizuálním úkolu se může objevit nezvyklý náklon nebo natačení hlavy, dívání jedním okem, zavírání či zakrývání jednoho oka, mračení, grimasy.

Projevy při vyučování – následující symptomy nemusí znamenat potíže se zrakem, ale vyučovací problémy, například špatná koncentrace po delší časový úsek, zvláště při činnostech předváděných učitelem nebo prováděných na druhé straně třídy, problémy při úkolech zaměřených na koordinaci oko – ruka, chyby při čtení a psaní, zaměňování písmen, jejich vynechávání, nezvyklé mezery mezi písmeny nebo slovy, malé svažující se písmo, písmena jsou neforemná, často psaná špatným postupem atd.

#5.2 Klasifikace zrakových vad

Zrakové postižení bývá způsobeno rozličnými zrakovými vadami, jedná se o stav zrakového vnímání, který i přes optimální korekci člověku způsobuje obtíže v běžném životě. Rozdělení osob se zrakovým postižením se děje na základě určitých společných znaků. Zároveň dochází k dělení podle různých kritérií.

Pro speciálně pedagogickou praxi je důležité přihlížet k době vzniku a příčině vzniku poruchy, čímž se poté vady dělí na vrozené a získané. Doba vzniku je důležitá pro subjektivní zpracování zátěže, kterou zrakové postižení přináší. Později získaná vada působí jako trauma, lidé vnímají situaci jako změnu k horší variantě. Tato varianta je subjektivně větší zátěž než vrozený handicap, který pro samotného člověka žádnou určitou ztrátu neznamena. Vrozená vada je naopak větší zátěží pro psychický vývoj dítěte, který je v případě těžké zrakové vady určitým způsobem odlišný než u zdravého dítěte. Dítěti totiž chybí určité zkušenosti, jeho rozvoj je pomalejší, změněný používáním náhradních způsobů stimulace i učení, vzdálenější běžné normě. Zajímavé je, že pro sebepojetí rodičů je přijatelnější později vzniklá vada, protože nepůsobí takové znehodnocení rodičovského statusu.

Etiologické hledisko (příčina vzniku) rozlišuje osoby se zrakovým postižením na osoby s poruchou orgánovou a funkční. Z praktického pohledu to znamená, že porucha zasahuje zrakový orgán jako celek nebo jeho jednotlivé části (vada orgánová) nebo oslabuje jeho výkon (vada funkční).

Zrakové vady lze třídit dle oblastí poruch zrakového vnímání (zrakových funkcí). Poruchy zrakového vnímání:

poruchy zrakové ostrosti;

okulomotorické poruchy, porucha prostorového vidění, dvojitě vidění;

postižení zorného pole;

obtíže se zpracováním zrakových vjemů;

poruchy barvocitu;

poruchy adaptace na tmu a oslnění;
porucha citlivosti na kontrast.

Často prezentovaným a pro výběr způsobu vzdělávání důležitým kritériem u dětí a dospělých se zrakovým postižením je stupeň zrakové vady. Při této diferenciaci se vychází z vizuálních potenciálů člověka, především ze stavu vizu/zrakové ostrosti a zachovaného rozsahu zorného pole. V České republice se využívá klasifikace těchto stupňů zrakového postižení:

slabozrakost (lehká, středně těžká, těžká);

těžce slabý zrak (někdy označovaná kategorie jako zbytky zraku);

nevidomost (praktická, totální).

Různý stupeň postižení se může projevit na jednom nebo také na obou očích. Podle stupně postižení můžeme určit, zda se člověk orientuje primárně zrakem nebo převážně pomocí kompenzačních smyslů.

Slabozrakost je charakterizována jako nevratný pokles zrakové ostrosti na lepším oku pod 6/18 až 3/60 včetně. Stupeň slabozrakosti je vždy určen vizem – lehká a střední (vizus 6/18 do 6/60), těžká (vizus 6/60 až 3/60). K problémům se sníženým vizem se mohou přidružovat problémy s poruchami zorného pole, objevují se skotomy (výpadky) v zorném poli. Zraková práce slabozrakých osob je založena na přísné zrakové hygieně, založené především na vyšší světelné intenzitě a využití optických kompenzačních pomůcek, například různé druhy lup.

Těžce slabý zrak (vizus 3/60 až 1/60) je určen sníženým vizem nebo omezením zorného pole na 5 až 10 stupňů kolem centrální fixace. Jedná se o kategorii, která je hraniční mezi slabozrakostí a nevidomostí, terminologicky splývá s dříve používaným označením zbytky zraku. Osoby této kategorie využívají zrak, vzhledem k jejich stupni postižení jsou však již potřebné speciální pomůcky a úprava prostředí (optimální světlo, vhodný kontrast a jas prostředí apod.). Při práci s žáky jde o adekvátní využívání a rozvoj zrakových schopností s přísnou zrakovou hygienou. Žáci by měli být schopni si osvojit čtení a psaní zvětšeného černotisku a současně Braillova písma. Čtení černotisku se děje za pomoci optických kompenzačních pomůcek.

Nevidomost je ireverzibilní pokles centrální zrakové ostrosti pod 1/60 až světlocit. Rozlišuje se nevidomost praktická, jež je vymezena poklesem zrakové ostrosti v rozmezí 1/60 včetně až

světlocit se správnou projekcí nebo omezení zorného pole do 5 stupňů kolem centrální fixace, i když centrální ostrost není postižena. Totální nevidomost (amaurosa) je nevidomost se světlocitem se špatnou projekcí nebo se ztrátou světlocitu. Jedná se o nejtěžší stupeň zrakového postižení, kdy je potřeba plně využívat kompenzačních smyslů a strategií. Ke čtení a psaní používají nevidomé osoby Braillovo písmo.

Specifickou skupinu v systému klasifikace osob se zrakovým postižením tvoří skupina osob se zrakovým a kombinovaným postižením. Tyto osoby tvoří heterogenní skupinu, jejímž jediným společným znakem je zraková vada. Zároveň je tato zraková vada postižením dominantním. Zrakové vady se objevují různého druhu i stupně. Z hlediska speciálně pedagogické diagnostiky, vzdělávání a sociální rehabilitace je důležité rozlišovat jedince s vrozeným kombinovaným postižením a se získaným kombinovaným postižením. Zřejmě největší pozornost a edukační nároky vyžadují jedinci s kombinací zrakového a sluchového postižení, obecně označování jak hluchoslepí.

Velkou roli v oblasti prenatalních příčin výskytu zrakového poškození hraje dědičnost, a to u diagnóz, jako je achromatopsie, aniridie atrofie zrakového nervu, degenerativní onemocnění sítnice, vrozený šedý a zelený zákal, u těžké krátkozrakosti a při zákalu rohovky. Působení různých exogenních činitelů, tj. teratogenů, ať již v průběhu gravidity, při porodu, či v časném období po něm, může vést při rizikovém stavu nedonošenců ke vzniku retinopatie nedonošených. Teratogeny v podobě infekčních onemocnění mohou mít v průběhu prvních měsíců těhotenství za následek také vznik postižení celého očního bulbu apod. V případě exogenní etiologie zrakového postižení je zvýšené riziko kombinovaného postižení. Na poli vad získaných bývají příčinou těžkého postižení zraku ve vyspělých zemích nejčastěji VPMD (věkem podmíněná makulární degenerace) a glaukom. Zrak se může zhoršovat i v souvislosti s diabetem, kdy hovoříme o diabetické retinopatii. Po 45. roce věku začíná pokles zrakové ostrosti, jehož příčinou bývá skleróza oční čočky. Vada se nazývá presbyopie. V průběhu celého života je pak člověk vystaven nebezpečí úrazu, který může vést ke ztrátě zraku. V klinické praxi jsou ve velké převaze úrazy zraňující pouze jedno oko s různě těžkými následky.

#5.3 Charakteristika častých zrakových vad

Mezi zrakové vady dětského věku, jež způsobují různý a většinou trvalý pokles zrakových funkcí patří:

Poruchy binokulárního vidění – jsou to vady funkční. Dělí se na šilhavost a tupozrakost. Šilhavost (strabismus) je porucha rovnovážného postavení očí, při němž nehledí obě oči rovnoběžně, a jedno oko se stáčí. Jeden z důvodů je, že odchylovající oko má sníženou zrakovou ostrost. Proto lze šilhání napravit nasazením brýlové korekce. Při tupozrakosti (amblyopii) dochází k podstatnému snížení zrakové ostrosti jednoho oka, které nelze vykorigovat brýlemi. U postiženého oka se jedná o útlum, vyřazení vjemu ve zrakovém centru mozku. Nedochozí k žádným viditelným organickým změnám oka jako u šilhavosti. U amblyopie se pro nápravu vady kryje okluzí zdravé oko a postižené oko se trénuje. Obě tyto poruchy mají za následek špatné prostorové vnímání a vnímání prostorových vztahů, dochází k problémům v koordinaci oko-ruka. Při včasné reedukační a medicínské péči dochází k výraznému zlepšení či naprostému vykorigování.

Refrakční vady – objevují se jako samostatné poruchy nebo jako součást jiných očních chorob. Mezi refrakční vady patří krátkozrakost, dalekozrakost a astigmatismus.

Albinismus – jedná se o vrozenou dědičnou vadu. Postižení je charakteristické nedostatkem melaninu v těle i v očích. U očního albinismu chybí pigment pouze v očích. Zraková ostrost je snížena, zároveň se objevuje nystagmus, strabismus, světloplachost.

Anoftalmus a mikroftalmus – vrozené postižení. Obě vady jsou buď jednostranné nebo oboustranné. Vyskytují se v důsledku dědičnosti, případně infekčního onemocnění matky v průběhu těhotenství. Při anoftalmu bulbus zcela chybí nebo se vytvářejí jen jeho některé části. Při mikroftalmu je velikost bulbu různá.

Atrofie papil zrakového nervu – vážná funkční porucha, kdy degeneruje nervová tkáň druhého neuronu zrakové dráhy. Projevuje se změnou barvy papily zrakového nervu až do bělavého zbarvení. Výsledkem je úbytek vidění různého stupně.

Kortikální postižení zraku – funkční zraková vada, jež způsobuje potíže se zpracováním zrakových vjemů. Často se vyskytuje v kombinaci s neurologickými poruchami, jako je DMO nebo epilepsie, u dospělých se objevuje i po mozkových příhodách. Je to porucha funkce mozku a zrakových drah.

Myopia gravis – krátkozrakost nad -8,0 D, která je doprovázena dalšími změnami v oku. Projevuje se již v předškolním věku a příčiny mohou být vrozené, dědičné.

Sítnicové degenerace – nezánětlivá vrozená onemocnění sítnice. Nejznámější je pigmentová degenerace sítnice. Jde o hereditární onemocnění, které nelze léčit. Začíná již u dětí jako šeroslepost, pokračuje zužováním zorného pole až do trubicovitého vidění a končí poklesem centrálního vidění.

Retinopatie nedonošených (ROP) – onemocnění předčasně narozených dětí, které jsou nejzranitelnější pod 1250 g porodní hmotnosti a pod 28 týdnů gestačního věku. Tyto děti nemají při narození dokončenou vaskularizaci sítnice. Je u nich nutný pobyt v inkubátorech se zvýšeným přívodem kyslíku. Po jeho vysazení začínají v periférii sítnic bujet cévy, objevuje se krvácení, krev proniká až do sklivce. Celý stav se hojí tvorbou vaziva. To přivodí svraštěním odchlípení sítnice s následnou ztrátou vidění. ROP se může vyvinout v rozsahu pěti stupňů, kde čtvrtý a pátý stupeň způsobuje praktickou a totální slepotu.

Retinoblastom – onemocnění zhoubným nitroočním nádorem, který vyrůstá ze sítnice dětského oka. Onemocnění v začátcích probíhá skrytě. Při rozsáhlém nádoru je nutné vyjmutí oka. Při zachycení časnějších stadií je šance na částečnou záchranu zraku v rozsahu od slabozrakosti po praktickou slepotu.

Vrozený glaukom – neboli zelený zákal je onemocnění, kdy jsou zrakové funkce poškozeny patologicky zvýšeným či vysokým nitroočním tlakem. Protože růst oka není po narození ukončen, pokračuje dále za podmínek vysokého nitroočního tlaku. Oči se začínají chorobně zvětšovat.

Vrozený šedý zákal – onemocnění čočky dětského oka, jehož příčinou mohou být dědičná dispozice, nitroděložní infekce nebo systémové onemocnění. Zkalení čočky bývá jednostranné nebo postihuje i obě oči, čočka je zkalena buď částečně nebo celá. Doprovodným jevem jsou další patologické změny na postižených očích (šilhání, atrofie zrakového nervu, nystagmus).

#5.4 Vliv zrakového postižení na rozvoj osobnosti

Zraková vada, stejně jako jiná postižení, ovlivňuje celou osobnost a psychický vývoj dítěte. Její vliv je komplexní, často nelze jednotlivé složky dobře oddělit. Chybění či nedostatek zrakových podnětů jsou příčinou senzorické deprivace. Zraková vada ovlivňuje vývoj takto postiženého dítěte v závislosti na diagnóze, jeho závažnosti, ale často i na době, kdy vznikl, a na jeho původu. Pro určení závažnosti defektu je důležitá míra zrakové ostrosti. Obecně zraková vada způsobuje u člověka se zrakovým postižením odlišnosti ve třech sférách psychického vývoje, a to kognitivním, pohybovém a socializačním.

Kognitivní vývoj

Výcvik smyslů je u dítěte se zrakovým postižením hlavním úkolem speciálně pedagogického působení. Velký důraz musí být kladen na využívání zbylého vidění, ať formou zrakové stimulace v raném a předškolním věku nebo reedukace zraku ve školním a dospělém věku.

Zrakové vnímání se při různých poruchách zrakového vnímání liší od vnímání normálně vidících stupněm úplnosti, přesnosti a rychlosti zobrazení a také zúžením a deformací zorného pole. Rychlost a správnost zrakového vnímání závisí u osob se zbytky zraku a slabozrakých především na zrakové ostrosti, dále pak na stavu zorného pole a schopnosti barvocitu. Rychlost zrakového vnímání se mění působením mnoha faktorů – velikostí a složitostí objektů, stavem osvětlení, únavou atd.

Sluchové vnímání je důležitým kompenzačním prostředkem získávání informací v životě osob s těžkým zrakovým postižením. Hraje mimořádně důležitou úlohu, hlavně v procesech zprostředkovaného poznávání, prostorové a sociální orientaci. Špatně vidící dítě se musí naučit využívat svého sluchu mnohem více než dítě s velkým množstvím zrakových informací. Pro orientaci v prostoru je u osob s těžkým postižením zraku důležitá celková úroveň sluchové paměti a trénink schopnosti lokalizovat zvuk v prostoru.

Hmatové vnímání je kompenzačním prostředkem bezprostředního poznávání okolního světa nejen pro osoby nevidomé, ale také i pro jedince se zbytky zraku. Hmatové vnímání sice částečně nahrazuje zrakové vnímání, ale je kvalitativně a kvantitativně odlišné. Probíhá postupně od částí k celku, větší předměty nelze vnímat najednou. Prostor hmatového vnímání, haptický prostor, je ohraničen rozpaženými rukama. Aktivní hmat, haptika, vzniká jako výsledek aktivního ohmatávání předmětů. Zprostředkovaný (instrumentální) hmat je způsob hmatu, při kterém se ohmatávání objektu děje rukou za pomoci nějakého nástroje. Za příklad

instrumentálního hmatu může posloužit ořukávání cesty holí při orientaci nevidomých v terénu.

Proces myšlení u osob se zrakovým postižením se výrazně neliší od vidících, přesto má určitá specifika, jež jsou následkem omezených smyslových zkušeností a následného zpomalení v intelektovém vývoji. Tyto odlišnosti lze pozorovat nejčastěji u nevidomých dětí. Důraz na řeč jako na prostředek k získávání informací vede někdy až k extrému nazývanému verbalismus nevidomých. Také větší význam má pro osoby s těžkým zrakovým postižením paměť. Ta bývá vlivem dané životní situace lépe rozvinuta než u vidících jedinců.

Pohybový vývoj

Další oblastí, jež může být u člověka se zrakovým postižením negativně ovlivněna, je pohyb a pohybový vývoj. U dětí s těžkým zrakovým postižením v raném věku často dochází k opoždění vývoje nebo přeskočení určitých vývojových fází. Protože dítě nevidí v okolí atraktivní předměty, který by ho navnadily k pohybu přes místnost, dochází ke ztrátě jeho motivace k pohybu a dosažení daného předmětu. Pohyb za zvukem je mnohem složitější než vizuálně řízený pohyb a objevuje se tedy až na dalším vývojovém stupni. Děti s těžkým zrakovým postižením se zdravým centrálním nervovým systémem, jimž nebyly poskytovány adekvátní příležitosti k získávání motorických dovedností, jsou často opožděny v celkovém vývoji. Jsou často hypotonické, se špatnou koordinací, chodí nejistě a jejich chodidla jsou extrémně rotována. Nevidomé děti často nedrží hlavu vzpřímeně a lze také pozorovat různé pohybové automatismy jako kývání nebo tlačení očí. Nejistota v orientaci v prostředí může vést k nedostatku sebevědomí při objevování okolí. Pro samostatný život má pro jedince se zrakovým postižením klíčový význam nácvik prostorové orientace a samostatného pohybu.

Socializace a sociální dovednosti

Socializace je interaktivní proces, v němž jsou zahrnuti ostatní jedinci. V oblasti socializace a jeho vývoji může u dětí se zrakovým postižením dojít k různým odchylkám od běžných projevů. Jde o omezení či ztrátu možnosti učení nápodobou, která vede k opoždění v rozvoji různých sociálních aktivit. Nedostatek vizuálního kontaktu v komunikaci, obzvláště u nevidomých dětí, ovlivňuje již postoj matky po narození dítěte, která nemůže s novorozencem navázat obvyklý oční kontakt. Z důvodů odlišné komunikace mohou mít nevidomé děti také problémy při navazování trvalejších přátelství. Omezené schopnosti orientace v neznámém prostředí mohou posílit u osob s těžkým zrakovým postižením větší závislost na ostatních lidech. V socializačním vývoji dítěte se zrakovým postižením je několik významných

mezníků. Prvním se jeví potvrzení zrakového handicapu a následná změna postoje rodičů k dítěti. Rodiče na své děti s postižením reagují různými způsoby, jež je možno rozdělit do několika kategorií: akceptace dítěte a jeho postižení, odmítavé reakce, nadměrné ochránářství, skryté zavrhování, otevřené zavrhování a idealizace postiženého dítěte. Dalším mezníkem je zařazení dítěte do prvního kolektivu. Zde dochází k první konfrontaci, že dítě je nějak odlišné od ostatních. Dalším zátěžovým obdobím se stává volba povolání a přechod ze školy do zaměstnání, kdy různé reakce mohou působit na adolescenta jako trauma, zvláště pokud jsou v rozporu s jeho zkušenostmi a očekáváním. Postoje nevidomých k nezávislosti jsou v největší míře ovlivněny postoji členů rodiny a vidících přátel. Schopnost člověka adekvátně fungovat ve společnosti můžeme chápat jako sociální dovednost. U osob, zejména dětí, se zrakovým postižením se mohou objevit velké potíže právě při sociálních situacích, jako je vstup do místnosti, připojení se k rozhovoru, hledání kamaráda v kolektivu dětí, nakupování atd. Z těchto důvodů by měla být sociální dovednostem osob se zrakovým postižením věnována velká pozornost.

#5.5 Speciálně pedagogické poradenství jedinců se zrakovým postižením

Služby rané péče jsou poskytovány na základě Zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. V České republice se komplexními službami raného poradenství rodinám, které mají dítě se zrakovou vadou, zabývají **střediska rané péče**. Klienty těchto středisek jsou rodiny s dětmi se zrakovým postižením ve věku 0 až 4 roky a rodiny s dětmi s kombinovaným postižením ve věku 0 až 7 let.

Novela Zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách z července 2009 řadí službu rané péče mezi služby sociální prevence a následně ji definuje: *„Raná péče je terénní služba, popřípadě doplněná ambulantní formou, poskytovaná dítěti a rodičům dítěte ve věku do 7 let, které je zdravotně postižené, nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivého zdravotního stavu. Služba je zaměřena na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby“*. (Společnost pro ranou péči, 2009).

Formy rané péče prováděné středisky rané péče:

- konzultace v rodinném prostředí;
- ambulantní návštěvy ve střediscích rané péče;
- týdenní rehabilitační pobyty pro rodiče s dětmi;
- odborné semináře pro rodiče, setkávání rodičů.

Významnou oblastí náplně středisek rané péče se stává depistáž dětí se zrakovým a kombinovaným postižením, a to především formou spolupráce s odborníky. Jedním ze stěžejních obsahových úkolů poradců rané péče je podporovat výcvik smyslů. Výcvikem zrakového vnímání se zabývá metoda zrakové stimulace (rozvoj těžce postiženého zraku dítěte v raném věku a využívání zbylého vidění). V rámci programu středisek je také vymezen důležitý úkol, a to doprovázení rodiny k dalšímu poskytovateli služeb.

Speciálně pedagogická centra pro žáky se zrakovým postižením

Integrovaný způsob edukace žáka s postižením je náročný proces, jenž vyžaduje podpůrně vzdělávací služby dětem a metodickou pomoc rodičům i pedagogům. Pro tento účel jsou zřízena speciálně pedagogická centra. Tato centra jsou v České republice převážně zřizována při mateřských, základních, případně středních školách pro žáky se zrakovým postižením. *Speciálně pedagogické centrum poskytuje poradenské služby žákům se zdravotním postižením a žákům se zdravotním znevýhodněním integrovaným ve školách, třídách, odděleních nebo studijních skupinách s upravenými vzdělávacími programy, žákům se zdravotním postižením v základních školách speciálních a dětem s hlubokým mentálním postižením*. (Vyhláška č. 72/2005 Sb.).

Speciálně pedagogická centra pro žáky se zrakovým postižením poskytují služby dětem a mládeži se zrakovou vadou od počátku školního vzdělávání až po ukončení školního vzdělávání, jejich rodičům a školským pedagogickým pracovníkům.

Činnost centra se uskutečňuje ambulantně, návštěvami pracovníků centra v prostředí, ve kterém dítě žije, ve školách, kde je integrovaný žák vzděláván, formou krátkodobých diagnostických pobytů.

Centra zpracovávají odborné posudky na žáky se zrakovým postižením a zpracovávají návrh individuálního vzdělávacího plánu.

Služby sociální rehabilitace

Na poradenské služby středisek rané péče a speciálně pedagogických center kontinuálně navazují služby sociální rehabilitace. Klíčovou organizací zabývající se sociální rehabilitací zrakově postižených v ČR po odborné i spolkové stránce je Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých ČR a její samostatně fungující střediska Tyfloservis, o. p. s., krajská Tyflocentra, o. p. s., Rehabilitační a rekvalifikační středisko pro nevidomé Dědina, o. p. s. Sociální rehabilitace je definována jako proces učení žít s vadou, proces překonávání

neschopností v individuálních i společenských činnostech, proces prevence i odstraňování defektivy a handicapů. Konečným výsledkem je akceptace vady, životní pohoda a co nejvyšší integrace.

Programy sociální rehabilitace pro osoby se zrakovým postižením se zaměřují hlavně na tři oblasti, a to informace, samostatnost, společenské uplatnění. Tyto služby obsahují programy na rozvoj zrakových funkcí, výcvik čtení a psaní Braillova písma, rozvíjení představ a tyflografického výcviku, prostorovou orientaci a samostatný pohyb, sebeobsluha a vedení domácnosti, pěstování rodinného života, společenského styku, vystupování na veřejnosti, včetně doplňujících programů.

Tyfloservis, o. p. s.

Střediska Tyfloservis zajišťují terénní a ambulantní sociální rehabilitaci nevidomých a slabozrakých osob. V současné době odborné služby zajišťuje síť dvanácti oblastních ambulantních středisek sídlících ve velkých městech. Služby Tyfloservisu mohou využívat především lidé, u nichž došlo k oslabení nebo ztrátě zraku v pozdějším věku. Dále lidé, kteří dosud potřebné dovednosti neovládají, stejně jako ti zkušenější, kteří chtějí pouze něco doplnit nebo se v něčem zdokonalit. Dolní věková hranice klientů Tyfloservisu je stanovena na 15 let. Střediska Tyfloservis se soustřeďují hlavně na práci v terénu.

Krajská TyfloCentra, o. p. s.

Tyto celostátně působící obecně prospěšné společnosti kompletují a rozšiřují nabídku služeb pro nevidomé a slabozraké. Nabídka služeb je tvořena na základě regionálních potřeb.

Všechna střediska mají podobně koncipované služby:

centrum sociálních služeb pro nevidomé a slabozraké;

centrum pomůcek a informatiky.

Dědina, o. p. s.

Jedná se o pobytové rehabilitační a rekvalifikační středisko pro nevidomé. Zajišťuje služby sociální rehabilitace pobytovou formou s lékařským dohledem pro klienty v krizi.

#5.6 Přístup k člověku se zrakovým postižením

Při setkání s člověkem s těžkým zrakovým postižením je především vhodné iniciativně navázat kontakt. On sám oslovuje lidi kolem sebe jen obtížně. Mnohdy ani neví, na koho se obrátit, kde přesně ten druhý stojí, co dělá. A protože většina nepostižených lidí z různých

důvodů sama iniciativu nevyvíjí, dostávají se nevidomí a těžce zrakově postižení jedinci do silné sociální izolace, v níž trpí nedostatkem přiměřených sociálních kontaktů. Při komunikaci s lidmi se zrakovým postižením je nezbytné stále zohledňovat absenci nebo nedostatečnou úroveň jejich zrakových vjemů. Prakticky to znamená brát v úvahu jejich obtíže s prostorovou orientací v neznámém prostředí a pokud možno omezit rizika, která by je mohla ohrozit. Partnerská komunikace s takto handicapovaným člověkem předpokládá rovněž snahu jeho deficit vyrovnávat. Pro takového jedince se můžeme dokonce stát jakýmsi náhradním zrakem, když mu popisujeme a představujeme scény, situace a děje odehrávající se v bezprostředním okolí. Není potřeba se obávat, že by předávání našich vizuálních vjemů dotyčného nějak urazilo nebo rozlítostnilo, naopak si obvykle rád rozšíří obzor svých představ a doplní vlastní vjemy získané ostatními smysly. Navíc můžeme výrazně zvýšit jeho bezpečnost, když jej včas upozorníme na nebezpečí, která nevidí, a předejdeme tak třeba jeho zranění nebo jiným rizikům. I mezi lidmi se zrakovým postižením jsou jedinci velmi inteligentní stejně jako méně nadaní. Komunikace s nimi může být naprosto přirozená a bezproblémová, jestliže je budeme přijímat jako zcela normální lidi, kteří pouze v určitých situacích potřebují naši podporu.

Doporučení při komunikaci s jedinci se zrakovým postižením:

V kontaktu s nevidomými nebo těžce zrakově postiženými lidmi bychom se měli chovat přirozeně, nic by nemělo být křečovitě a násilné, anebo příliš soucitné.

Při setkání s nevidomými nebo těžce zrakově postiženými lidmi je první komunikační iniciativa většinou na nás – pozdravit, představit se tak, aby dotyčný poznal, že hovoříme právě s ním. Měli bychom také upozornit na svůj příchod i odchod.

Při komunikaci s člověkem s takovým handicapem nespolehejme na gestikulaci, mimiku a další neverbální prostředky vnímané vizuálně. O to větší význam má hlas a další komunikační prvky přijímané zejména sluchem nebo hmatem.

Pokud nevidomý člověk někoho osloví v prostředí s větším množstvím lidí, měli bychom zareagovat, i když se k nám sám neobrátil a nestojí přímo před námi. Je možné, že se pokouší najít pomoc a neví, kam se přesně obrátit.

Během rozhovoru s člověkem se zrakovým postižením bychom jej měli nejen informovat o všem podstatném, co se odehrává v jeho okolí, ale také mu vše, co nemůže sám vidět, detailně popsat.

Vyvarujme se svévolné fyzické manipulace s člověkem se zrakovým postižením. Taková pomoc (vedení, nasměrování) by měla následovat až po slovním upozornění a vzájemné

domluvě. Rozhodně je ale potřeba upozornit takového jedince na to, na co bychom upozornili i kohokoli jiného, například pokud si ušpiní oděv, něco mu upadne, aniž by si toho všiml.

Dbejme na přijatelné akustické prostředí bez nadměrného hluku a šumu, který vždy omezuje možnost nevidomého jedince orientovat se v prostoru a přiměřeně komunikovat s okolím.

Odstraňme nebezpečné překážky a bariéry, které mohou být pro nevidomého nebo slabozrakého jedince velmi ohrožující (vyčnívající předměty), nebo aspoň na ně včas upozorníme.

Během rozhovoru s nevidomým člověkem se lze také procházet. Stačí, když mu nabídneme, aby se lehce zavěsil do naší paže a přiměřenou rychlostí nás pak o krůček pozadu následoval. Při tomto vedení může sledovat směr našich pohybů a včas reagovat na překážky a změny, na které slovně upozorňujeme.

#Shrnutí kapitoly - Oftalmopedie

Oftalmopedie je vědní obor, který se zabývá výchovou, vzděláváním a rozvojem osob se zrakovým postižením. Cílem oboru je maximální rozvoj osobnosti jedince se zrakovým postižením, což znamená nejen dosažení nejvyššího stupně socializace, včetně zajištění adekvátních podmínek pro edukaci, ale i přípravu na povolání, následné pracovní zařazení a plnohodnotné společenské uplatnění. Zrakové postižení bývá způsobeno rozličnými zrakovými vadami. Rozdělení osob se zrakovým postižením se děje na základě určitých společenských znaků. Zároveň dochází k dělení dle různých kategorií. Zrakové vady ovlivňují celou osobnost jedince a jeho psychický vývoj. Významnou roli v systému péče o osoby se zrakovým postižením sehrává sociálně pedagogické poradenství.

Kontrolní otázky a úkoly:

Vysvětlete termíny oftalmopedie, tyflopédie.

Jaké cíle má speciálně pedagogický obor oftalmopedie.

Uveďte jednotlivá kritéria pro vymezení kategorií osob se zrakovým postižením.

Úkoly k textu:

Které organizace v ČR se podílejí na podpoře a pomoci rodinám s osobami se zrakovým postižením?

Vyhleďte v odborné literatuře a popište zvláštnosti v přístupu ke člověku se zrakovým postižením

Otázky k zamyšlení:

Jaký vliv má zrakové postižení na psychiku člověka?

Citovaná a doporučená literatura:

Květoňová-Švecová, L. Oftalmopedie. 2. vyd. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-84-2.

Ludíková, L. Speciální pedagogika osob s postižením zraku. Olomouc: UP, 2003. ISBN 80-244-0646-2.

Pipeková, J. et al. Kapitoly ze speciální pedagogiky. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-198-0.

Slowík, J. Komunikace s lidmi s postižením. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-691-9.

Vágnerová, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. 3. vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.

Vyhláška MŠMT ČR č. 72/2005 Sb. o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních.

#6 Psychopedie

V této kapitole se dozvíte:

Co zahrnuje vědní obor psychopedie.

Jaká je klasifikace mentální retardace.

Jaká je etiologie mentální retardace.

Co je Dawnův syndrom.

Co je základem edukace jedinců s mentálním postižením.

Jaké jsou možnosti vzdělávání dětí s mentálním postižením.

Zásady v přístupu k člověku s mentálním postižením.

Jaké je pracovní uplatnění osob s mentálním postižením.

Po jejím prostudování byste měli být schopni:

Vysvětlit pojem psychopedie.

Objasnit možnosti edukace jedinců s mentálním postižením.

Charakterizovat jednotlivé stupně mentální retardace.

Klíčová slova kapitoly: Psychopedie, mentální retardace, mentální postižení, demence, Dawnův syndrom, edukace.

#6.1 Pojetí psychopedie

Psychopedie je speciálně pedagogická disciplína, která se zabývá edukací osob s mentálním či jiným duševním postižením a zkoumáním výchovných a vzdělávacích vlivů na tyto osoby. Psychopedie se jako obor zabývá edukací, diagnostikou, poradenstvím, terapeuticko-formativní intervencí, kompenzací, rehabilitací, integrací a socializací jedinců s mentálním postižením, ale také prevencí a prognostikou mentálního postižení. Cílem psychopedie je dosažení maximálního stupně rozvoje osobnosti jedince s mentálním či jiným duševním postižením a jeho integrace do společnosti.

#6.2 Mentální retardace

Mentální retardace je vývojová porucha integrace psychických funkcí postihující jedince ve všech složkách jeho osobnosti, a to duševní, tělesné i sociální. Nejvýraznějším rysem je trvale porušená poznávací schopnost, která se projevuje nejnápadněji především v procesu učení. Možnosti výchovy a vzdělávání jsou omezeny v závislosti na stupni postižení. Je to stav charakterizovaný celkovým snížením intelektových schopností (schopnost myslet, učit se, přizpůsobovat se okolí), k němuž dochází v průběhu vývoje jedince. Jde o stav trvalý, který je buď vrozený nebo časně získaný (do dvou let života dítěte).

Demence je proces zastavení, rozpadu mentálního vývoje po druhém roce života. Bývá zapříčiněna pozdější poruchou, nemocí, úrazem mozku. Nejčastěji se jedná o zánět mozku, zánět mozkových blan, poruchy metabolismu, intoxikace, nádory na mozku, duševní poruchy. Demence má v porovnání s vrozenou mentální retardací většinou progredující charakter s tendencí postupného zhoršování a prohlubování symptomů. Demence nepostihuje všechny složky osobnosti najednou, ale postupně, některé mechanismy mentálních funkcí jsou poškozeny, jiné zachovány. Nejčastějším projevem demence je porucha paměti, orientace, úsudku, schopnosti abstraktního myšlení, pozornosti, motivace, emotivity, chování, komunikace a dochází k celkové degradaci osobnosti. Demence bývá také nazývána získaná mentální retardace.

Dle doby výskytu rozlišujeme dva základní druhy demence:

dětská;

stařecká.

Dále se demence dělí:

atroficko-degenerativní;
ischemicko-vaskulární;
symptomatická.

Sociálně podmíněná mentální retardace (dřívější název pseudooligofrenie) bývá označována také jako zdánlivá mentální retardace, protože se ve skutečnosti o mentální retardaci nejedná. Je způsobena vlivem vnějšího prostředí, nikoliv poškozením centrální nervové soustavy. Dítěti se nedostává potřebné stimulace, je výchovně zanedbané, může trpět psychickou deprivací nebo pocházet ze sociokulturně znevýhodněného prostředí. Inteligenční kvocient bývá snížen přibližně o 10 až 20 bodů. V současné době se pro tento podprůměr používá nejčastěji pojem hraniční pásmo mentální retardace nebo mentální subnorma. Nejčastějšími projevy jsou opožděný vývoj řeči, myšlení, schopnosti sociální adaptace, infantilismus, hravost, může se objevit negativismus, apatie. Děti neumějí zobecňovat, jsou vázané na konkrétní realitu, potřebují názorný příklad. Preferují mechanickou práci. Motorika nebývá porušena. Nejedná se o stav trvalý, při změně nepodnětného prostředí a vlivem vhodného výchovného působení může dojít ke zlepšení stavu.

Příčiny vzniku (etiologie) mentální retardace:

vznik v období prenatalním – jedná se především o infekční onemocnění matky během těhotenství, špatnou výživu, působení toxických látek a záření, úrazy matky;

vznik v období perinatálním (období porodu a bezprostředně po něm) – hypoxie plodu (nedostatek kyslíku), porod může být protražovaný (dlouhotrvající) atd.;

vznik v období postnatálním (po porodu do 2 let věku dítěte) – infekce novorozence, záněty mozku, úrazy, špatná výživa.

Určitou roli hraje i dědičnost. Lehká mentální retardace vzniká většinou v důsledku zděděné inteligence a vlivu rodinného prostředí. Nesmíme opomenout i specifické genetické příčiny a metabolická onemocnění.

Klasifikace jednotlivých stupňů mentální retardace:

Hloubku mentální retardace je možno určit pomocí inteligenčního kvocientu, který vyjadřuje úroveň rozumových schopností. Ke klasifikaci mentální retardace se používá 10. revize mezinárodní statistické klasifikace nemocí (MNK-10, ICD-10) vydaná Světovou zdravotnickou organizací v roce 1992.

Rozlišujeme:

F 70 Lehká mentální retardace – IQ 69-50

F 71 Středně těžká mentální retardace – IQ 49-35

F 72 Těžká mentální retardace – IQ 34-20

F 73 Hluboká mentální retardace – IQ 19 a níže

F 78 Jiná mentální retardace – Stanovení stupně je nesnadné pro přidružené senzorické, somatické postižení, těžké poruchy chování, pro autismus.

F79 Nespecifikovaná mentální retardace – Mentální retardace je prokázána, není však dostatek informací pro zařazení osoby do některého z uvedených stupňů.

Základní charakteristika jednotlivých stupňů mentální retardace:

Lehká mentální retardace:

vliv dědičnosti, sociokulturní deprivace, nedostatek stimulace;

do 3 let lehké opoždění nebo zpomalení psychomotorického vývoje, mezi 3. a 6. rokem nápadnější problémy (malá slovní zásoba, opožděný vývoj řeči a komunikativních dovedností, různé vady řeči, obsahová chudost, nedostatečná zvědavost a vynalézavost, stereotyp ve hře);

nejvýraznější problémy v období školní docházky – konkrétní mechanické myšlení, omezená schopnost logického myšlení, slabší paměť, vážne analýza a syntéza, jemná a hrubá motorika lehce opožděna, porucha pohybové koordinace;

rozvoj sociálních dovedností zpomalen, v sociálně nenáročném prostředí mohou být zcela bez problémů;

v oblasti emocionální se projevuje afektivní labilita, impulzivnost, úzkostnost a zvýšená sugestibilita;

výchovné působení a rodinné prostředí mají velký význam pro socializaci;

vzdělávají se podle odpovídajícího vzdělávacího programu, nejčastěji v základní škole praktické, mají možnost integrace do běžné základní školy při splnění stanovených podmínek integrace;

možné zvládnutí jednoduchých učebních oborů nebo zaškolení v jednoduchých manuálních činnostech, nejčastěji navštěvují odborná učiliště nebo praktické školy;

mnoho dospělých schopno práce a úspěšného udržování sociálních vztahů.

Středně těžká mentální retardace:

často organická etiologie;

rozvoj myšlení a řeči výrazně opožděn, opoždění přetrvává do dospělosti;

častý výskyt epilepsie, autismu a dalších neurologických a tělesných potíží;

somatické postižení je méně časté;

řeč velmi jednoduchá, slovník obsahově chudý, vyskytují se časté agramatismy, věty a slovní spojení velmi jednoduché, někdy jen nonverbální komunikace;

slabá schopnost kombinace a usuzování;

vývoj jemné a hrubé motoriky zpomalen, trvale zůstává celková neobratnost, nekoordinovanost pohybů a neschopnost jemných úkonů;

samostatnost v sebeobsluze je často jen částečná;

emocionální labilita, časté nepřiměřené afektivní reakce;

neschopnost většinou úspěšně a samostatně řešit náročnější situace, ale někteří se nedokážou vyvinout k určité hranici nezávislosti a soběstačnosti;

vzdělávají se podle odpovídajícího vzdělávacího programu, nejčastěji v základní škole speciální, mají možnost integrace do běžné základní školy při splnění stanovených podmínek integrace;

další vzdělávání možné v praktické škole;

jednoduché pracovní zařazení, nejčastěji pod dohledem nebo v chráněném prostředí.

Těžká mentální retardace:

negenetická (poškození zárodečné buňky, malformace v CNS, infekce) a genetická etiologie;

psychomotorický vývoj výrazně opožděn již v předškolním věku, značná pohybová neobratnost, dlouhodobé osvojování koordinace pohybů;

časté somatické vady a příznaky celkového poškození CNS;

možnost osvojení základních hygienických návyků a prvků sebeobsluhy;

někteří jedinci neschopni udržet tělesnou čistotu ani v dospělosti;

značné omezení psychických procesů, poruchy pozornosti;

minimální rozvoj komunikačních dovedností, řeč jednoduchá, omezena na jednoduchá slova, nemusí se vytvořit;

výrazné narušení afektivní sféry, nestálost nálad, impulzivita;

poznávají blízké osoby;

potřeba celoživotní péče;

vzdělávají se podle odpovídajícího vzdělávacího programu v základní škole speciální.

Hluboká mentální retardace:

většinou organická etiologie;
těžké omezení motoriky;
stereotypní automatické pohyby;
kombinace s postižením sluchu, zraku, těžkými neurologickými poruchami;
poškození zrakového a sluchového vnímání;
častý atypický autismus;
ve většině případů neschopnost sebeobsluha;
nonverbální komunikace bez smyslu, výkřiky, grimasy;
lze dosáhnout porozumění jednoduchým požadavkům;
nepoznává okolí;
totální narušení afektivní sféry;
časté sebepoškozování.

#6.3 Dawnův syndrom

Dawnův syndrom je považován za nejrozšířenější formu mentální retardace. Onemocnění bylo poprvé popsáno v roce 1866 anglickým pediatrem Johnem Dawnem. Jedná se o chromozomální onemocnění (trizomii 21. chromozomu). Lidé s tímto syndromem mají určité fyziognomické zvláštnosti. Hlava dítěte je ve srovnání s ostatními dětmi menší, její zadní část je zpravidla plošší, což způsobuje její kulatý vzhled. Obličej mívá ploché rysy, oční víčka mívají specifický tvar, ve vnitřním koutku oka je u většiny dětí výrazná kolmá kožní řasa, což dává jejich očím charakteristický tvar. Uši bývají menší, ústa jsou pootevřená díky hypotonii svalstva v orofaciální oblasti, může se objevit chybné postavení a opožděný růst zubů. Krk bývá mohutnější. Asi u poloviny dětí s Dawnovým syndromem je pozorována je jedna rýha přes dlaň, otisky prstů bývají také odlišné. Hodně dětí má ploché nohy. Celkově trpí hypotonií (snížený svalový tonus). Vzrůst je malý, muži mívají kolem 147 – 162 cm, ženy asi 135 a 155 cm. Tělesná váha závisí na způsobu jejich výživy, mívají sklon k obezitě. Přibližně 40 % těchto osob trpí srdečními vadami. Časté jsou smyslové vady. Intelektově se pohybují většinou v pásmu středně těžké mentální retardace. Jejich schopnost socializace bývá dobrá. Vzdělávají se většinou v základní škole speciální. Za rizikový faktor pro vznik tohoto syndromu je považován věk rodičů, kdy rizikové jsou matky nad 35 let a otcové nad 50 let. Rozlišujeme tři typy Dawnova syndromu, a to nondisjunkce (prostá trizomie, 93 % případů), mozaika (3 % případů), translokace (4 % případů, může být dědičná).

#6.4 Výchova a vzdělávání jedinců s mentálním postižením

Edukace jedinců s mentálním postižením je realizována v rámci celé škály škol a školských zařízení. Na úvod je třeba zmínit práci školského poradenského zařízení, které je nedílnou součástí celého komplexu péče a podpory žáků s mentálním postižením. Je jím speciálně pedagogické centrum poskytující služby žákům s mentálním postižením, které může být součástí mateřské školy speciální, základní školy praktické nebo speciální, může ale existovat také jako samostatné účelové školské zařízení. Jeho činnost je vymezena vyhláškou č. 72/2005 Sb. o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních. Činnost centra se uskutečňuje ambulantně na pracovišti centra a návštěvami pedagogických pracovníků centra ve školách a školských zařízeních, případně v rodinách, v zařízeních pro děti a žáky s mentálním postižením. Do jeho kompetence spadají většinou děti od 3 let až do ukončení vzdělávání. Centrum zajišťuje připravenost žáků na povinnou školní docházku, zpracovává odborné podklady pro integraci těchto žáků a pro jejich zařazení a přeřazení do škol a školských zařízení a pro další vzdělávání. Zajišťuje speciálně pedagogickou podporu integrovaným žákům a vzdělávání pro žáky s mentálním postižením, kterým je určen jiný způsob plnění povinné školní docházky, vykonává speciálně pedagogickou a psychologickou diagnostiku a poskytuje poradenské služby se zaměřením na pomoc při řešení problémů ve vzdělávání, v psychickém a sociálním vývoji žáků, na zjištění individuálních předpokladů a vytváření podmínek pro uplatňování a rozvíjení schopností a na začleňování do společnosti. Poskytuje pedagogickým pracovníkům a zákonným zástupcům poradenství v oblasti vzdělávání žáků se zdravotním postižením, poskytuje metodickou podporu poradenským pracovníkům ve škole.

Předškolní vzdělávání se organizuje pro děti ve věku zpravidla od tří do šesti až sedmi let (školský zákon č. 561/2004 Sb., vyhláška č. 14/2005 Sb., vyhláška č. 73/2005 Sb.). Děti s mentálním postižením mohou navštěvovat tyto školy a školská zařízení: mateřská škola, mateřská škola speciální, přípravná třída, přípravný stupeň. Děti se v těchto zařízeních vzdělávají podle Rámcového vzdělávacího programu pro předškolní vzdělávání, což je kurikulární dokument státní úrovně platný pro veškeré předškolní vzdělávání, vymezuje zejména cíle předškolního vzdělávání, klíčové kompetence, vzdělávací obsah a podmínky vzdělávání a zásady pro tvorbu školních vzdělávacích programů. Vzdělávání dětí se speciálními vzdělávacími potřebami se uskutečňuje na základě školních vzdělávacích programů upravených podle speciálních potřeb dětí. Rámcové cíle a záměry předškolního

vzdělávání jsou pro vzdělávání všech dětí společné. Při vzdělávání dětí se speciálními vzdělávacími potřebami je třeba jejich naplňování přizpůsobovat tak, aby maximálně vyhovělo dětem, jejich potřebám i možnostem. Snahou pedagogů by mělo být vytvoření optimálních podmínek k rozvoji osobnosti každého dítěte, k učení, ke komunikaci s ostatními a pomoci mu, aby dosáhlo co největší samostatnosti.

Přípravná třída základní školy je určena zejména dětem se sociálním znevýhodněním. Do třídy jsou zařazovány děti pětileté nebo s odkladem školní docházky. Přípravná třída se nezapočítává do povinné školní docházky, vzdělávání v ní se poskytuje bezúplatně.

Přípravný stupeň základní školy speciální – k základní škole speciální může být přiřazen přípravný stupeň základní školy speciální. Vymezuje jej novela školského zákona č. 49/2009 Sb. v § 48. Předškolní vzdělávání plní funkci diagnostickou (vzhledem k zařazení dítěte do dalšího vzdělávání), reedukační (rozvoj postižených funkcí s ohledem na kognitivní procesy), socializační a respitní (úleva rodičům starajícím se o dítě s postižením).

Vzdělávání dětí se zdravotním postižením v mateřských školách, přípravných třídách a stupních se školním vzdělávacím programem upraveným podle speciálních potřeb dětí je posíleno v osobě dalšího pedagogického pracovníka a zabezpečeno dle potřeby souběžným působením dvou pedagogických pracovníků ve třídě. Pokud je však vzdělávání dítěte a péče o ně natolik náročná, že vyžaduje působení dalšího pedagoga či jiného pracovníka, je vhodné jeho účast zajistit.

Žáci s mentálním postižením mohou navštěvovat tyto školy a školská zařízení (školský zákon č. 561/2004 Sb., vyhláška č. 48/2005 Sb. vyhláška č. 73/2005 Sb.): základní škola, základní škola praktická, základní škola speciální.

Základní škola – žák s mentálním postižením se může vzdělávat v běžné základní škole formou individuální nebo skupinové integrace. Vzdělává se většinou dle individuálního vzdělávacího plánu vycházejícího z příslušného vzdělávacího programu vhodného pro daného žáka.

Základní škola praktická – zde se vzdělávají žáci, kteří se nemohou s úspěchem vzdělávat v základní škole běžného typu. Jedná se o žáky s lehkým mentálním postižením. Posláním

základní školy praktické je umožnit žákům s lehkým mentálním postižením pomocí výchovných a vzdělávacích prostředků a metod dosáhnout co nejvyšší úrovně znalostí, dovedností a rozvoje osobnostních kvalit při respektování jejich individuálních zvláštností. Konečným cílem výchovné a vzdělávací práce je příprava žáků na zapojení, případně úplnou integraci do běžného života. Žáci s lehkým mentálním postižením se od školního roku 2007/2008 vzdělávají podle školních vzdělávacích programů vytvořených na základě Rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání s přílohou upravující vzdělání žáků s lehkým mentálním postižením. Učivo je rozčleněno do vzdělávacích oblastí. V tomto programu je respektována snížená rozumová úroveň žáků, tomu odpovídá rozsah učiva. Očekávané výstupy jsou prakticky zaměřené a využitelné v běžném životě. Mají podmíněnou formulaci, neboť není možné stanovit, co je žák s lehkým mentálním postižením v určitém věku schopen zvládnout. Cílem vzdělávání je vybavit žáky s lehkým mentálním postižením souborem klíčových kompetencí na úrovni, která je pro ně dosažitelná a umožní jim efektivně a odpovídajícím způsobem jednat v různých situacích. K důležitým klíčovým kompetencím pro tyto žáky patří kompetence pracovní, sociální, personální a komunikativní.

Základní škola speciální – zde se vzdělávají žáci s takovou úrovní rozvoje rozumových schopností, která jim nedovoluje prospívat na základní škole ani na základní škole praktické, ale umožňuje jim, aby se ve vhodně upravených podmínkách a při odborné speciálně pedagogické péči osvojovali základní vědomosti, dovednosti a návyky potřebné k orientaci v okolním světě, k dosažení maximální možné míry samostatnosti a nezávislosti na péči druhých osob a k zapojení do společenského života. Vzdělávají se zde žáci se středně těžkým mentálním postižením, dle školské legislativy i žáci s těžkým mentálním postižením, se souběžným postižením více vadami a s autismem. Vzdělávání žáků s hlubokým mentálním postižením se může realizovat jiným způsobem, i tito žáci mohou navštěvovat tuto školu. Vzdělávací programy základní školy speciální jsou koncipované jako desetileté, plní se na ní devítiletá povinná školní docházka. Učivo je redukováno na osvojení základních dovedností v jednotlivých vzdělávacích oblastech, důraz je kladen na praktické činnosti a pracovní dovednosti, pěstování návyků sebeobsluha, vytváření dovedností používat předměty denní potřeby. Cílem vzdělání u žáků se středně těžkým mentálním postižením je dosažení optimálního rozvoje jejich osobnosti a kvalita jejich života s přihlédnutím k možnostem daným postižením. K důležitým klíčovým kompetencím pro tyto žáky patří kompetence pracovní, sociální, personální, komunikativní. Ve třídách určených žákům s těžkým

postižením mohou souběžně pracovat se čtyřmi až šesti žáky až tři speciální pedagogové, z toho jeden je asistent pedagoga. Vzhledem k povaze postižení žáků je nutné i dobré hygienické zázemí. Při výuce se využívají alternativní formy komunikace, především nonverbální, bazální stimulace a terapie. Hodnocení žáků se provádí formou slovního hodnocení.

Profesní příprava jedinců s mentálním postižením je realizována v těchto školách a školských zařízeních: střední odborné učiliště (pokud žák vyhoví požadavkům přijímacího řízení a jeho zdravotní způsobilost to dovoluje, může se jednat o jakoukoliv střední školu), odborné učiliště (2, 3 roky), praktická škola (1, 2 roky).

Odborné učiliště – struktura a organizace práce na odborném učilišti je podobná jako na středním odborném učilišti. V teoretické části navazuje na obsah vzdělávání v základní škole praktické, učivo doplňuje a prohlubuje, je tedy určeno převážně absolventům základních škol praktických. Jsou nabízeny dvou nebo tříleté učební obory.

Praktická škola – s dvouletou přípravou je určena žákům se speciálními vzdělávacími potřebami, plynoucími ze snížené úrovně rozumových schopností, případně žákům s více vadami, kteří ukončili povinnou školní docházku v základní škole praktické, v základní škole speciální, v nižším než devátém ročníku základní školy a v odůvodněných případech v devátém ročníku základní školy. Je zaměřena na přípravu pro výkon jednoduchých činností dle zaměření a činností v oblastech praktického života. Cílem přípravy je poskytnout žákům doplnění a rozšíření všeobecného vzdělání dosaženého v průběhu plnění povinné školní docházky, dát jim základy odborného vzdělání a základy manuálních dovedností v oboru dle zaměření.

Praktická škola – s jednoletou přípravou je určena žákům s těžkým zdravotním postižením, zejména s těžkým stupněm mentálního postižení, žákům s postižením více vadami a s diagnózou autismus, kteří získali ucelené vzdělání na úrovni základní školy speciální, případně základní školy praktické ukončili povinnou školní docházku a ze zdravotních či jiných závažných důvodů se nemohou vzdělávat na jiném druhu a typu školy. Tito žáci se připravují především na práci v chráněných pracovištích a na pomocné a úklidové práce v sociálních či zdravotnických zařízeních. Praktické školy jsou funkčním článkem systému vzdělávání žáků s mentálním postižením a umožňují střední vzdělání i žákům se středně

těžkou mentální retardací, absolventům základní školy speciální, kteří dříve tuto možnost vzdělávání neměli a zůstávali doma bez dalšího vzdělávání a rozvoje.

Celoživotní vzdělávání – v oblasti vzdělávání dospělých jedinců s mentálním postižením existují následující alternativy: večerní škola, kurz pro získání základního vzdělání a základů vzdělání, aktivity související s možnostmi pracovního uplatnění (chráněné dílny, podporované zaměstnávání atd.).

Večerní škola – jsou otevřeny jak absolventům základních škol speciálních, tak i praktických, tak i těm, kteří neměli možnost povinnou školní docházku absolvovat. Zřizovatelem jsou občanská sdružení, zřízení často iniciují rodiče, ale i pracovníci zařízení sociálních služeb, kteří mají zájem své uživatele dále vzdělávat a rozvíjet. Výuka probíhá ve školách nebo výjimečně i v prostorách zařízení sociálních služeb v odpoledních hodinách, zpravidla dvakrát týdně po dvou až třech hodinách. Neexistují zde vzdělávací programy, důraz je kladen zejména na rozvíjení komunikačních dovedností, opakování učiva, procvičuje se orientace v okolním světě a životě, čtou se noviny, knihy, píše se dopisy, pracuje se s počítačem, dalšími předměty jsou hudební, výtvarná, dramatická, taneční a tělesná výchova, výuka cizích jazyků. Večerní školy jsou důležité pro další rozvoj dospělých jedinců s mentálním postižením, přispívají k prohlubování sociálních kontaktů, opakování vědomostí, napomáhají vhodnému trávení volného času těchto osob.

Kurzy pro získávání základního vzdělání a základů vzdělání – jsou poskytovány na dvou úrovních, a to k doplnění základního vzdělání nebo základů vzdělání, dle toho je nabízí základní škola praktická nebo základní škola speciální. Kurzy slouží k doplnění vzdělání, frekventanty kurzů jsou často i obyvatelé zařízení sociálních služeb, kteří neměli možnost získat vzdělání odpovídající jejich schopnostem.

#6.5 Pracovní uplatnění osob s mentálním postižením

Jednou ze závažných otázek, týkajících se osob s mentálním postižením, je problematika jejich zaměstnávání. Uplatnění osob s mentálním postižením na pracovním trhu ovlivňuje jejich životní situaci z několika hledisek. Nejde jen o ekonomickou situaci, sociální statut, ale také o vlastní seberealizaci. Práce je řazena k základním potřebám jedince a tato potřeba musí být saturována, jinak může vést k frustraci. Práce je charakteristickým atributem dospělosti a

samostatnosti každého člověka, bez ohledu na to, zda se jedná o člověka zdravého či se zdravotním postižením.

Poskytnout osobám s mentálním postižením možnost zaměstnání neznamena jen umožnit jim výdělek, ale přiznat jim jejich sociální postavení v rámci rodiny a společnosti. Pracující člověk má mnohem větší předpoklady být soběstačným a vést poměrně nezávislý život samostatně nebo v chráněných bytech bez toho, aby zasahoval do života svých příbuzných. Osoby s mentálním postižením středního a těžšího stupně se nejčastěji realizují prostřednictvím práce pod dohledem, tedy na chráněných pracovištích. Další možností je podporované zaměstnávání. Dospělí jedinci by měli mít pocit uspokojení z toho, že jsou užiteční společnosti. Jedná se o jejich pracovní uplatnění, kde práce může být i prostředkem léčebné rehabilitace, rozvoje osobnosti a sociální integrace postiženého. Specifickou formou jsou chráněná povolání a chráněná pracoviště. Základním cílem je prostřednictvím zácviku připravit osoby i s těžším postižením k vykonávání některých méně náročných profesí. Pro pracovní uplatnění osob s mentálním postižením existují chráněné dílny nebo terapeutické dílny zřízené ve stacionářích. Zde je poskytována zvýšená ochrana a režim práce je přizpůsoben celkovému zdravotnímu stavu pracujícího jedince. Práce dodává sebedůvěru, pocit potřeby a užitečnosti, vede k celkovému osobnímu uspokojení a splnění jedné ze základních potřeb člověka.

Chráněné dílny – pracoviště zaměstnavatele, které je vymezeno na základě dohody s úřadem práce a je přizpůsobeno pro zaměstnávání osob se zdravotním postižením. Režim je upraven podle zdravotního stavu zaměstnanců s výrazným zohledněním individuálního přístupu. Chráněné dílny slouží především k tréninku pracovních dovedností, pracovního režimu a práce v kolektivu. Smyslem pracovní rehabilitace je průprava pro práci v nechráněných podmínkách.

Podporované zaměstnávání – je to služba určená lidem, kteří hledají placené zaměstnání v běžném pracovním prostředí. Jejich schopnosti získat a zachovat si zaměstnání jsou přitom z různých důvodů omezeny do té míry, že potřebují individuální, dlouhodobou podporu poskytovanou před i po nástupu do práce. Smyslem podporovaného zaměstnávání je vyrovnávání příležitostí pro pracovní uplatnění lidí se ztíženým přístupem na otevřený trh práce v důsledku zdravotního postižení. Cílem je získání a zachování si vhodného zaměstnání a zvýšení míry samostatnosti uživatelů podporovaného zaměstnávání. Služba je orientována na konkrétního uživatele a na konkrétní pracovní místo. Celou službu zprostředkovává

vyškolený pracovní tým připravený pomoci zaměstnanci ve všech potřebných oblastech. Program podporované zaměstnávání usiluje o plnohodnotnou integraci člověka s mentálním postižením na trhu práce, která zahrnuje pracovní i společenské začlenění.

#6.6 Přístup k člověku s mentálním postižením nebo psychickou poruchou

První a nejproblematictější zásadou partnerské komunikace s lidmi s mentálním postižením nebo duševním onemocněním je respektování mentální úrovně a jiných psychických schopností a současně i fyzického věku těchto osob. Mnoho lidí má tendenci hovořit s nimi jako s dětmi, přestože jsou to dospělí lidé nebo senioři. Ačkoli jejich chování může být někdy neobvyklé a působit i dětinské, nemáme právo snižovat jejich důstojnost a přistupovat k nim jako k méněcenným, i kdyby jejich chování bylo jakkoli zvláštní. S tím souvisí ochota dovolit takovému člověku projevit se způsobem jemu vlastním. Nemusíme samozřejmě tolerovat nic, co by nám bylo nepříjemné, měli bychom však chránit své hranice a udržovat si potřebný odstup vždy citlivě a s respektem. Zejména projevy osob s mentálním postižením totiž bývají obvykle velmi spontánní a jejich záměry jsou zpravidla spíše pozitivní (snaha navázat kontakt, vyjádřit náklonnost). Uvědomme si, že pouze ne vždy správně reflektují pocity a reakce druhých lidí, a jako takové je přijímejme. I v případě lidí s mentálním postižením nebo duševním onemocněním platí, že jim můžeme pomoc pouze nabízet, nikoli vnucovat. Tendence manipulovat s nimi a rozhodovat za ně bývá velmi silná především ze strany jejich rodiny a blízkých osob a někdy hraničí až s omezováním lidských práv. Nejenom v komunikaci je však vhodné spíše podporovat samostatnost těchto jedinců namísto upevňování jejich závislosti na druhých, k níž mají obvykle silné sklony, takže někteří nakonec samostatně nedělají ani to, co by dokázali, a svůj handicap tím opět zbytečně prohlubují. Důležité je proto komunikovat s nimi podporujícím způsobem, aby si mohli utvářet a udržovat zdravé sebevědomí. Nezbytná kontrola by měla mít podobu spíše opatrného usměrňování s ohledem na to, že sami nedokážou vždy správně odhadnout vlastní možnosti a předvídat následky svého jednání.

Ve vztahu k člověku s psychiatrickou diagnózou je dobré budovat vzájemnou osobní důvěru. Blízké a přátelské vztahy jsou mimořádně důležité mimo jiné i pro jeho návrat k běžnému stylu života po delší hospitalizaci nebo terapii. Vstřícný přístup k těmto osobám znamená pro okolí ochotu vyrovnat se i s některými velmi nestandardními situacemi, kdy se obsah komunikace dostává třeba i zcela mimo reální souvislosti. Abychom takému člověku mohli

lépe porozumět a následně mu pomáhat při začlenění do běžného společenství ostatních lidí, je nezbytné pokusit se více nahlédnout do jeho vnitřního světa.

Doporučení při komunikaci s jedinci s mentálním postižením nebo psychickými poruchami:

U osob s mentálním postižením musíme vždy počítat s menší slovní zásobou, artikulačními vadami a gramatickými problémy ve vyjadřování.

Lidem s progresivní demencí nejvíce znesnadňují komunikaci zhoršující se obtíže s pamětí, celková dezorientace v místním i sociálním prostředí a některé další psychické zvláštnosti. Pokračující aktivní komunikace těchto osob s okolím však obvykle vede k udržování lepší úrovně jejich sociálních a osobnostních projevů, než když na tuto snahu rezignujeme.

Vhodné je s takovým člověkem navazovat častější, ale kratší rozhovory, ve kterých se budou objevovat aktuální události, vést ho k vyslovování svých potřeb a přání, případně k oslovování známých osob v blízkém okolí.

Psychické poruchy a onemocnění rozpoznáme při komunikaci u druhého člověka především jako neobvyklé emocionální projevy, dále ve zvláštním obsahu jejich sdělení (nelogické argumentace) a v nezvyklých komunikačních stereotypech. Některé zvláštnosti však mohou být způsobeny medikamentózní léčbou a nejsou primárním projevem onemocnění.

Důležitá je ochota naslouchat i rozporuplným sdělením a reagovat více na emocionální stránku komunikace než na obsah.

Zejména u člověka s mentálním postižením je nezbytné kromě přizpůsobování se jeho individuálním komunikačním možnostem (obvykle v pomalejším tempu řeči, jednodušším obsahu sdělení, trpělivé toleranci odchylek v jeho chování) vždy důsledně respektovat jeho základní lidská práva a důstojnost, přestože jeho rozumové schopnosti a sociální dovednosti mohou být výrazně nižší ve srovnání s biologickým věkem.

Tito lidé jsou obvykle velmi snadno ovlivnitelní. Pamatujme na to, abychom se nenechali strhnout k manipulaci, na kterou oni přistoupí.

#Shrnutí kapitoly - Psychopedie

Psychopedie je speciálně pedagogická disciplína, která se zabývá edukací osob s mentálním či jiným duševním postižením a zkoumáním výchovných a vzdělávacích vlivů na tyto osoby. Cílem oboru je dosažení maximálního stupně rozvoje osobnosti jedince s mentálním či jiným duševním postižením a jeho integrace do společnosti. Etiologie vzniku mentální retardace je

různá a jednotlivé stupně mají svou charakteristiku. Také výchova a vzdělávání jedinců s mentálním postižením má v ČR svá specifika.

Kontrolní otázky a úkoly:

Vysvětlete pojem psychopedie.

Charakterizujte okruh osob s mentální retardací.

Popište jednotlivé stupně mentální retardace.

Co je Dawnův syndrom?

Jaké jsou možnosti vzdělávání dětí předškolního věku s mentálním postižením?

Jaké jsou možnosti pracovního uplatnění osob s mentálním postižením?

Úkoly k textu:

V odborné literatuře vyhledejte možnosti vzdělávání absolventů základní školy, praktické a základní školy speciální.

V dostupné literatuře vyhledejte a popište zvláštnosti v přístupu k člověku s mentálním postižením.

Otázky k zamyšlení:

Co je hlavním cílem psychopedie jako speciálně pedagogické disciplíny?

Citovaná a doporučená literatura:

Bartoňová, M. a kol. Psychopedie. Texty k distančnímu vzdělávání. Brno: Paido, 2007. 1. vyd. ISBN 978-80-7315-144-7.

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

Krejčířová, O. Speciální pedagogika mentálně retardovaných. In Renotířová, M. a kol. Speciální pedagogika. Olomouc: UP, 2004. ISBN 80-244-0873-2.

Pipeková, J. et al. Kapitoly ze speciální pedagogiky. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-198-0.

Pipeková, J. Edukace žáků s mentálním postižením. In Vítková, M. (ed). Integrativní školní (speciální) pedagogika. Brno: MSD, 2003. ISBN 80-86633-07-1.

Pipeková, J. Pedagogika osob s mentálním postižením – psychopedie. In Vítková, M. (ed) Integrativní speciální pedagogika. Integrace školní a sociální. Brno: Paido, 2004. ISBN 80-7315-071-9.

Slowík, J. Komunikace s lidmi s postižením. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-691-9.

Vágnerová, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-717821-4-9.

Vyhláška MŠMT ČR č. 48/2005 Sb. o základním vzdělávání a plnění povinné školní docházky.

Vyhláška MŠMT ČR č. 72/2005 Sb. o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních.

Vyhláška MŠMT ČR č. 73/2005 Sb. o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných.

Zákon ČR č. 49/2009 Sb., kterým se mění zákon č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů.

Zvolský, P. a kol. Speciální psychiatrie. Praha: UK, 1996. ISBN 80-7184-203-6.

#7 Autismus

V této kapitole se dozvíte:

Co obsahuje pojem autismus.

Základní problematiku autismu a jiných autistických poruch.

Kde probíhá edukace dětí s autismem.

Jak je realizována speciálně pedagogická intervence.

Po jejím prostudování byste měli být schopni:

Vysvětlit pojem autismus a poruchy autistického spektra.

Objasnit možnosti edukace dětí s autismem.

Charakterizovat triádu příznaků.

Klíčová slova kapitoly: Autismus, prevalence, etiologie, triáda příznaků, speciálně pedagogická intervence.

#7.1 Vymezení pojmu autismus

Chování autistických jedinců je do jisté míry jedinečné a vzbuzuje ve svém okolí pozornost, údiv, někdy úzkost a strach. Projevy autistů často brání ve styku s intaktní populací a vyřazuje je ze života společnosti. Lze konstatovat, že jedinci s autismem jsou handicapováni jak ve vztahu k sobě, tak i k druhým. Pojem „autismus“ poprvé použil Eugen Bleuler v roce 1911 při

popisu psychopatologie schizofrenie a o třicet let později užil Kanner termín „dětský autismus“ (z řeckého autos = sám) v jiné souvislosti, kdy jeho záměrem bylo konstatovat, že jím pozorované děti žijí ve svém vlastním světě. Leo Kanner (americký psychiatr) je pokládán za prvního, kdo popsal autismus v psychiatrické literatuře „Autistické poruchy afektivního kontaktu“ z roku 1943. O rok později vyšla publikace vídeňského pediatra Hanse Aspergera „Autističtí psychopati v dětství“, jehož pozorované děti se vyznačovaly těžkou poruchou sociální interakce a komunikace, dále zúženými, stereotypními zájmy a motorickou neobratností, přestože měly dobře vyvinutou řeč a normální inteligenci. Pojem „autistická psychopatie“ byl později nahrazen termínem „Aspergerův syndrom“. Poprvé jej použila v roce 1981 britská lékařka Lorna Wingová, která se významně zasloužila o rozšíření poznatků z psychopatologie poruch autistického spektra. Autismus je prezentován v různých podobách definic, ve kterých však nacházíme společné znaky a projevy. Je považován za pervazivní vývojovou poruchu celou vědeckou veřejností. Jedná se o postižení hluboké a vážné, které se projevuje především v oblasti komunikace, sociální interakce a výskytu stereotypního opakujícího se chování.

Současné pojetí chápe autismus jako důsledek geneticky podmíněných změn v mozkovém vývoji a poruchy autistického spektra jsou považovány za vrozené. Definici autismu uvádí Světová zdravotnická organizace v Mezinárodní klasifikaci nemocí ICD-10.

#7.2 Prevalence a etiologie autismu

Výskyt v populaci podle odhadů byl mezi 10 tisíci dětmi asi 4 děti s autistickým chováním, z toho asi u $\frac{3}{4}$ shledáváme významné mentální opoždění. Potenciálně tedy žije v České republice 15 až 20 tisíc osob s autismem, ale dosud jich bylo diagnostikováno pouze několik set. To znamená, že každý rok se zde narodí okolo 200 dětí s autismem.

Odhad prevalence autismu v poslední dekádě výrazně vzrostl (0,6 %), a není zcela jasné, zda je to pouze důsledek většího povědomí o této poruše či důsledek změny diagnostických kritérií. Změnil se i pohled na mentální retardaci, která autismus často doprovází. Především ale roste uznání zásadní důležitosti genetických faktorů v etiologii obou postižení.

Pro vysvětlení příčin autistického chování ani odborná literatura nedává jednoznačnou odpověď. Výskyt autismu vždy záleží na individualitě jedince a na celé řadě dalších faktorů. Podle způsobu pohledu jednotlivých autorů existují různé teorie příčin. Jedny z prvních teorií příčin autismu vycházely z nedostatečného citového přístupu ze strany rodičů. Mezi zastánce této teorie patřily Margaret Mahlerová, která kladla stav dítěte za vinu matce, a Bruno

Bettleheim, který sice připouštěl přítomnost organických faktorů, ale současně tvrdil, že chybné rodičovské postoje umožňují těmto faktorům vznik autismu. Kanner prezentoval názor, že autistické dítě je mentálně opožděné a nemluví stejně jako jiné děti proto, že je sociálně odcizené a sociální vrstva rodičů těchto dětí se lišila od běžného průměru vysokým ekonomickým postavením, vzděláním a také poměrně chladnými mezilidskými vztahy. Psychodynamická teorie převládala po celá 50. a 60. léta, kdy rodiče byli považováni za hlavní příčinu vzniku autismu, děti jim byly odebírány a umístovány do ústavní péče a rodiče absolvovali psychoterapeutická sezení. Tato teorie byla ale vyvrácena. V 70. letech ve Spojených státech amerických proběhl výzkum na 264 rodinách s autistickými dětmi. Cílem bylo zjistit, zda autistické děti pocházejí z vyšších vrstev. Studie došla ke konečnému závěru, že není rozdíl v sociálně-ekonomickém statutu rodin s autistickým dítětem a ostatními rodiči a teorie organického původu poruchy začíná být všeobecně akceptována.

#7.3 Triáda příznaků

Mezi základní příznaky poruchy autistického spektra patří:

Neschopnost vzájemné společenské interakce – brání postiženým se adaptovat na prostředí, ve kterém žijí. Život je pro ně chaos bez pravidel, a tak si sami vytvářejí pravidla, jejichž logice rozumí jen oni.

Neschopnost komunikace – kvalita komunikace je silně narušena, často dítě vůbec nemluví, a pokud ano, tak není schopno konverzovat, často opakuje slova či věty. Chybí přátelské emoční reakce, pohledy do očí. Absentuje spontaneita a tvořivost při hře, dítě bývá někdy extrémně uzavřené do sebe, neprojevuje zájem o okolí, děti ani dospělé, nemazlí se.

Omezený, stereotypně se opakující repertoár zájmů a aktivit – dítě nesnáší změny, mívá specifickou přichylnost k neobvyklým předmětům, trvá na vykonávání zvláštních rutin při činnostech nefunkčního charakteru.

Dále se vyskytují abnormální smyslové reakce, čichové, sluchové, zrakové a chuťové. Autismus je provázen problémovým chováním, například výbuchy vzteku, agrese, sebezraňování, které jsou snahou postiženého zajistit si bezpečí ve zmatku okolního světa, je to obrana a únik z nesnesitelné tísně, kterou jim může způsobit jakákoliv změna. Jedinci s autismem nedokážou správným způsobem vyhodnocovat informace sensorické a jazykové, mívají výrazné potíže ve vývoji řeči, ve vztazích s lidmi a obtížně zvládají běžné sociální dovednosti.

#7.4 Přehled autistických poruch

Kannerův dětský autismus – klasická varianta autismu, která se zařazuje do vývojových poruch. Stupeň závažnosti bývá různý, Thorová uvádí výskyt od mírné formy až po těžkou.

Dezintegrační porucha (dříve nazývaná Hellerova demence, psychóza či dezintegrační psychóza) - jedná se o typ pervazivní vývojové poruchy, při které předchází období normálního vývoje asi dvou let. V několika málo měsících dochází ke ztrátě dovedností, ochuzení nebo ztrátě jazyka, změny v chování, celkové ztrátě zájmu o okolí. Většina zůstává těžce mentálně postižena.

Rettův syndrom – je popisován jen u dívek. Časný vývoj je zřejmě normální, ale v době mezi 7. a 24. měsícem věku dochází k částečné, nebo úplné ztrátě získaných manuálních a verbálních dovedností, společně se zpomalením růstu hlavy. Zvláště charakteristická je ztráta funkčních pohybů ruky, stereotypní krouživé svírání ruky jakoby mycí pohyby rukou, nedostatečné žvýkání, časté nadměrné slinění s vyplazováním jazyka. Objevují se i epileptické záchvaty. Téměř všechny případy doprovází hluboká mentální retardace.

Landau-Kleffnerův syndrom – charakteristický ztrátou řeči, která byla před ním dobře vyvinutá. Dítě však nevykazuje autistické rysy, což je ztráta poznávacích schopností, sociability. Podobnost s autismem spočívá v tom, že asi 30 % rodičů dětí s autismem uvádí, že se u jejich dítěte v prvních letech života objevovala řeč. Tu však kolem dvou až třech let ztratila. Děti s tímto syndromem jsou velice hyperaktivní, často neklidné, až agresivní. Téměř vždy se vyskytují epileptické záchvaty, a to v koleraci se ztrátou řeči.

Atypický autismus – pervazivní vývojová porucha, která se liší od autismu buď dobou vzniku nebo nenaplněním všech tří sad diagnostických kritérií. Chybějí poruchy jedné či dvou ze tří oblastí psychopatologie požadované pro diagnózu autismu. K narušení vývoje dochází až po dosažení tří let.

Aspergerův syndrom – popsal jej v roce 1944 německý psycholog Hans Asperger, podle něž je nazván. Kanner i Asperger popsali autismus téměř současně. V jejich pojetí byl zásadní rozdíl: tam, kde Kanner viděl nenapravitelné poškození, Asperger cítil možnost některých pozitivních, nebo spíš kompenzačních projevů – určitou zvláštní originalitu myšlení a vnímání, která může později v životě vést k výjimečným výkonům. Základním znakem Aspergerova syndromu je egocentrismus, provázený malou nebo nulovou schopností či snahou po kontaktu s vrstevníky. Sociální naivita, důsledná pravdomluvnost, šokující poznámky, se kterými se děti či dospělí obrací na úplně neznámou osobu, patří také k charakteristickým projevům. Postižení jsou často motoricky neobratní, mají problémy

naučit se jezdit na kole, plavat, bruslit, lyžovat. Jsou dostatečně inteligentní v abstraktním smyslu, ale ne ve smyslu praktickém. Vyskytuje se hlavně u chlapců.

#7.5 Edukace dětí s autismem

Jedinci s diagnózou autismus mají právo na vzdělání, mají tedy možnost navštěvovat školu, která je schopna zabezpečit specifika výuky, které je nutno respektovat vzhledem k optimálnímu rozvoji žáka. Oblasti vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami je věnován §16 zákona č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon). V souladu s §16 odst. 1 je dítětem, žákem nebo studentem se speciálními vzdělávacími potřebami osoba se zdravotním postižením, kam je zahrnut i autismus.

Předškolní vzdělávání je legitimní součástí vzdělávacího systému a představuje počáteční stupeň veřejného vzdělávání, organizovaného a řízeného požadavky a pokyny MŠMT ČR. Děti s autismem mohou být na základě doporučení poradenského pracoviště zařazeny do mateřské školy samostatně zřízené pro děti se zdravotním postižením nebo do běžné mateřské školy formou integrace.

Základní vzdělávání se uskutečňuje převážně ve speciálních třídách pro děti s autismem a pervazivními vývojovými poruchami zřizovaných při speciálních základních školách. Výhodou je snížený počet žáků ve třídě a využívání speciálních programů různých typů škol podle svých schopností. Dále mohou být tito jedinci integrováni v běžných školách, kde je velmi důležitá informovanost pedagogů a spolupráce s poradenskými pracovišti. Aby bylo vzdělávání úspěšné, je nutné na základě komplexní diagnostiky postupně vytvořit individuální vzdělávací plán pro každého žáka.

Speciálně pedagogické poradenství je zajišťováno na školských poradenských zařízeních, kterými jsou pedagogicko-psychologická poradna a speciálně pedagogické centrum. V rámci problematiky autismu jsou v praxi častěji využívána speciálně pedagogická centra.

#7.6 Speciálně pedagogická intervence

Za posledních dvacet let se v odborném tisku objevilo značné množství specifických terapií a léčebných přístupů k autismu a k příbuzným vývojovým poruchám. Ne všechny lze vnímat jako intervence speciálně pedagogické.

Psychoanalytická terapie – podle psychogenní teorie byla nejlepší terapií ústavní léčba. Chybná aplikace psychoanalytické teorie u autismu je stále velmi rozšířená a tendence používat specifické léčebné koncepce bez podpůrných dat je velmi běžná.

Farmakoterapie – některé autistické děti mají nízkou hladinu serotinu v krvi, zatímco jiné velmi vysokou. Jestliže toto bylo primárním mechanismem v rozvoji autismu, pak fenfluramin může korigovat vysokou hladinu serotinu, zatímco megavitaminová terapie může zvýšit nízkou hladinu tohoto neuropřenašeče.

Normalizace a deinstitutionalizace – princip normalizace byl importován ze Skandinávie s cílem přiblížit život postižených co nejvíce normálu. Heslem dne se stala deinstitutionalizace a jako vzdělávací technika bylo preferováno umístění dětí s autismem do tříd se zdravými vrstevníky.

Řízené chování – v odborné literatuře jsou prezentovány dvě specifické behaviorální terapie, a to averzivní a intenzivní. Averzivní terapie je používána pro snížení nepřijatelného chování. Patří sem například elektrické šoky, dráždivý kouř, fyzické omezení, helmy nebo bolestivé zvuku. Používají se v celé řadě zařízení, zvláště v Behaviorálním institutu v Massachusetts, který se na tento problém specializuje. Tlak na zákaz užívání takových averzivních terapií velmi vzrostl, když došlo v těchto zařízeních k několika úmrtím a nedalo se vyloučit, že to bylo následkem použití averzivních terapií. Intenzivní behaviorální terapie je založena na intenzivním zapojení rodičů i dětí do programu. Tento program předpokládá, že rodiče, hlavně matky, pracují s dětmi skoro celý den po dobu jednoho roku za dohledu a pomoci vysokoškolsky vzdělaných odborníků.

Facilitovaná komunikace – tuto techniku vyvinula v polovině 80. let v Austrálii Rosemary Crossleyová. Technika používá tabulku s abecedou. Terapeut nebo facilitátor podporuje ruku klienta, který píše pomocí tabulky svůj vzkaz.

Program TEACCH

Terapie, výchova a vzdělávání dětí s autismem i jiným komunikačním handicapem (TEACCH – Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children) je model péče o děti s autismem a jinou pervazivní vývojovou poruchou. Vznikl v USA v roce 1966 v Severní Karolíně v Chapel Hill, pod vedením světového odborníka na autismus profesora Erika Schoplera. Tento program zahrnuje péči o osoby s autismem všech věkových kategorií. Jádrem je včasná a správná diagnóza a následná speciální pedagogická péče. V dospělosti potom speciální přístup a adaptace prostředí vzhledem k specifikům jejich poruchy.

Zásady TEACCH modelu:

individuální přístup;

aktivní generalizace dovedností (prostupnost školního a domácího prostředí);

úzká spolupráce s rodinou;
integrace autistických dětí do společnosti;
přímý vztah mezi ohodnocením a intervencí;
pozitivní přístup i k dětem s problematickým chováním, aktivní snaha o pedagogickou intervenci vedoucí ke zlepšení chování.

Obecné principy práce s lidmi s autismem jsou individuální přístup, strukturované prostředí, vizuální podpora. Tyto tři prvky tvoří strategii výchovy dětí s autismem a provázejí klienta po celý život.

Terapeut musí navodit upřímný vztah mezi dítětem, rodiči a všemi zúčastněnými osobami. Cíl práce s autistickými dětmi je dohoda. Je nutná akceptace zvláštností autistického myšlení a přizpůsobovat se specifikám dítěte, nikoli dítě našemu světu.

Základní předpoklady pro práci s autisty jsou:

sebeuvědomění „já“;

být nezávislý;

nabýt sebevědomí (často selhávají);

schopnost předvídat čas a prostor;

tvoření speciálních programů: denní režim, pracovní režim, organizace, odměna, kontext komunikace (kde, kdy, za jakých okolností).

#7.7 Přístup k člověku s poruchou autistického spektra

O lidech s autismem se někdy hovoří jako o cizincích mezi námi. Největší problém autismu spočívá v oddělenosti světa takto postižených lidí od okolí, do něhož se narodili a v němž jsou nuceni žít. Právě okolní svět je pro ně obtížně srozumitelný a jeví se jim jako chaotický a tím i nebezpečný. Tento pocit vede k uzavřenosti, která ústí až k extrémní osamělosti uprostřed ostatních lidí. Právě pochopení uvedených obtíží je důležité pro hledání správného přístupu k osobám s autistickými projevy. To, že v jejich komunikaci a chování nezaznamenáváme žádné standardní přátelské emoční reakce, neznamená ve vztahu k nám nic osobního. Je to zkrátka jeden ze symptomů tohoto postižení. Rodiče dětí s poruchami autistického spektra trpí velmi často neopětovanou vstřícností a chybějící citovou odezvou ze strany svého dítěte, u něhož se objevují i další neobvyklé projevy v komunikaci, a to: nereaguje na své jméno, neříká, co chce, nereaguje na pokyny, někdy působí dojmem, že je neslyšící, zdá se, že slyší, ale nikoli ostatní osoby, neukazuje a nemává na rozloučenou.

U dospělých osob s autismem bývají rozlišovány tři typy životního stylu s charakteristickými projevy také v komunikaci, a to konkrétně:

typ autistický uzavřený – tito lidé se aktivně vyhýbají bezprostřednímu kontaktu s ostatními lidmi;

typ aktivní, ale zvláštní – přístup těchto lidí k ostatním je jednostranný, chovají se často způsobem společensky nepřijatelným, a proto bývají považováni za problémové osobnosti;

typ pasivní a přátelský – tito jedinci pasivně přijímají společnost ostatních, sami ji ovšem nijak aktivně nevyhledávají.

Navazování partnerské komunikace s člověkem s poruchou autistického spektra rozhodně není jednoduché a vyžaduje velkou míru vstřícnosti. Neschopnost těchto lidí porozumět ostatním, ale také neporozumění okolí potřebám takto handicapovaných osob vyvolává nestandardní komunikační situace a u dotyčného někdy také frustraci z neuspokojení jedné ze základních potřeb. I lidé s autismem totiž potřebují komunikovat, jenom to nedokážou stejným způsobem jako jejich okolí. Přetrvávají u nich problémy s porozuměním neverbální komunikaci, neschopnost sledovat téma konverzace nebo vůbec navázat rozhovor. Pro ostatní je někdy těžké trpělivě naslouchat přehnanému a detailními objasňování oblíbeného tématu (jestliže má někdy člověk s autismem nějaký speciální zájem, je schopen o něm hovořit až do vyčerpání, ovšem není schopen o něm skutečně diskutovat). Ochota komunikovat s takovým jedincem je však navzdory těmto nesnázím a nepříjemnostem jedinou cestou ke vzájemnému pootevření bran mezi jinak oddělenými světy.

Doporučení při komunikaci s jedinci s poruchami autistického spektra:

Při kontaktu s člověkem postiženým autismem je důležité zhodnotit celkovou úroveň jeho schopností a té přizpůsobovat vlastní přístup v komunikaci.

Nezapomínejme, že narušená komunikační schopnost je jedním z hlavních projevů poruch autistického spektra, některé charakteristické zvláštnosti jsou tedy v tomto případě vlastně normální.

Pro lepší navázání komunikace může někdy napomoci i zrcadlení (kopírování) aktivity dítěte s autismem, které nás potom snadněji přijme jako komunikační partnery a vpustí do svého světa.

Některé neobvyklé reakce v chování osob s autismem (vztek) mohou být interpretovány jako komunikační projevy, kterými se pokoušejí sdělit to, co nedokážou vyjádřit jinak.

Mezi osvědčené alternativy nebo doplňky běžné řeči, které komunikaci s těmito jedinci obvykle usnadňují, patří především vizualizované grafické systémy založené na obrázcích, piktogramech apod.

Při komunikaci s člověkem tohoto postižení bychom se měli vyjadřovat jednoduše, stručně, jasně a zřetelně. Doporučuje se využívat při komunikaci stabilní strukturu sdělení, která je pro osoby s autismem obvykle srozumitelnější.

Odbornou diagnostiku a poradenství týkající se rovněž komunikace s jedinci s poruchami autistického spektra nabízejí některé specializované organizace.

#Shrnutí kapitoly - Autismus

Autismus je neurologická dysfunkce, která se manifestuje deficitem v chování založenými na mozkových abnormalitách. Příčina těchto mozkových abnormalit je mnohočetná. Etiologie autismu je středem výzkumu. Komplexní diagnostika autismu zahrnuje interdisciplinární spolupráci. Do diagnostického procesu vstupuje řada odborníků různých profesí, například psychiatr, psycholog, neurolog, logoped, speciální pedagog.

Kontrolní otázky a úkoly:

Vysvětlete pojem autismus, jeho prevalenci a etiologii.

Co označujeme za triádu příznaků?

Stručně charakterizujte další autistické poruchy.

Jak probíhá edukace dětí s autismem?

Co je smyslem sociálně pedagogické intervence autismu?

Úkoly k textu:

V odborné literatuře vyhledejte program TEACCH a vysvětlete jeho podstatu.

V odborné literatuře vyhledejte možnosti komplexní diagnostiky autismu.

Pokuste se zhotovit pomůcky k výuce autistických dětí, například piktogramy.

Otázky k zamyšlení:

Jaký vliv může mít dítě s autismem na funkci rodiny?

Citovaná a doporučená literatura:

Hrdlička, M., Komárek, V. Dětský autismus. Přehled současných poznatků. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-813-9.

Nevšímalová, S., Růžička, E., Tichý, J. a kol. Neurologie. Praha: Galén, 2002. ISBN 80-7262-162-2.

Pipeková, J. et al. Kapitoly ze speciální pedagogiky. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-198-0.

Slowík, J. Komunikace s lidmi s postižením. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-691-9.

Thorová, K. Porucha autistického spektra. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-091-7.

Vocilka, M. Autismus. Praha: Tech-Market, 1996. ISBN 80-902134-3-x.

#8 Etopedie

V této kapitole se dozvíte:

Co zahrnuje vědní obor etopedie.

Jaké je současné pojetí poruchy emocí a chování.

Co je předmětem etopedie.

Jaké je uplatnění etopedie v praxi.

Jaké názvosloví se v etopedii používá.

Možnosti edukace jedinců s poruchami emocí a chování.

Po jejím prostudování byste měli být schopni:

Vysvětlit pojem etopedie.

Objasnit předmět etopedie jako pedagogické disciplíny.

Charakterizovat postupy využívající se v etopedii v praxi.

Klíčová slova kapitoly: Etopedie, porucha emocí, poruchy chování, edukace v etopedii, prevence, intervence, rehabilitace v etopedii.

#8.1 Pojetí etopedie

Etopedie je speciálně pedagogická disciplína, která se zabývá edukací, reedukací a zkoumáním jedinců s rizikem poruch emocí a chování a s poruchami emocí a chováním. V současnosti se rozsah působnosti této disciplíny rozšiřuje i na prevenci poruchového chování. Předmětem zájmu etopedie je proces edukace. Prioritně hledá odpovědi na otázky týkající se vzájemných souvislostí mezi edukací ve smyslu naplnění potenciality dítěte a poruchou emocí a chování, která vytváří bariéry v přístupu ke vzdělanosti.

Pedagogické pojetí poruchy emocí a chování je postaveno na bio-psycho-sociálním modelu

života člověka, podle kterého je postižení výsledkem vzájemných vztahů mezi zdravotním stavem, osobnostními faktory a externími faktory, ve kterých jedinec žije. V současném pojetí problematiky poruch emocí a chování se dostává do popředí osobnost jedince s poruchou emocí a chování v kontextu jeho životní perspektivy. Linií směřování pedagogického vedení (edukace, prevence, intervence, rehabilitace) je kvalita jeho života v současnosti i v budoucnosti (dospělosti).

Současné pojetí poruchy emocí a chování zohledňuje:

Celkovou životní a sociální situaci dítěte, které daným postižením trpí. Pohlíží na jeho chování v celém kontextu (osobnostním, sociálním, životní situace i zkušenosti). Má na paměti, že chování odráží osobnost člověka, jeho vnitřní stavy, sociální podmínky, životní zkušenost i situaci.

Potencialitu dítěte, které daným postižením trpí, jeho směřování a osvobodování se z odkázanosti na dospělém. Zvažuje dopad poruchy emocí a chování do vzdělávání, míru znevýhodnění dítěte při získávání odpovídajícího vzdělání. Přitom máme na mysli, že nedostatečné vzdělání ovlivňuje kvalitu jeho života i v dospělosti, neboť je počátkem sociálního vyčleňování v dospělosti.

Základní cíle výchovně-vzdělávacího procesu specifikované rámcovým vzdělávacím programem.

V kontextu problematiky poruch emocí a chování považujeme za nejdůležitější zohledňovat cíl motivace k celoživotnímu vzdělávání, jehož naplnění pomáhá jedinci i v průběhu dospělého života zkvalitňovat vlastní životní podmínky, zvyšuje možnosti pracovního uplatnění a schopnost reagovat na změny životních situací.

Etopedie je speciálně pedagogická disciplína, která primárně využívá formativní prostředky k ovlivňování chování dětí a mládeže. Cíleně je využívá k podpoře rozvoje osobnosti jedinců s rizikem poruch emocí a chování a s poruchami emocí a chování ve snaze překonat bariéry v přístupech ke vzdělání, které jim jejich postižení způsobuje. Zabývá se formami a prostředky edukačních aktivit pro ovlivňování chování těchto dětí, podmínkami edukačního prostředí ve školském prostředí i ve školských zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy a preventivně výchovnou péči. Rozvíjí ve smyslu rozsahu pedagogického působení a diferencuje ve smyslu cíleného působení na různé skupiny populace dětí a mládeže podle intenzity poruchového chování. Etopedie jako obor začala profilovat v rámci speciální

pedagogiky na konci 60. let minulého století. Název pochází z řeckého slova „ethos“ (mrav) nebo „éthos“ (zvyk), v určitém slova smyslu jej můžeme překládat jako výchovu směřující k nápravě chování a zvyklostí chování.

Předmětem etopedie jako pedagogické disciplíny je cílená edukace všech dětí a mládeže.

Diferenciace předmětu etopedie dle věku:

děti předškolního věku;

děti školního věku;

děti středoškolského věku (případně do ukončení profesní přípravy).

Diferenciace předmětu etopedie dle intenzity problémového chování:

celá populace – v celé šíři jde především o preventivní působení prostřednictvím speciálně pedagogických postupů, metod a forem s cílem zamezit vzniku rizikových aspektů v chování dětí a patologických podmínek jejich edukačního prostředí;

riziková populace – k rizikové skupině dětí a mládeže patří ti, kteří jsou oproti ostatním žákům zvýšeně vstřícní k nepřiměřenému chování. Bývá to způsobeno více faktory osobnostního i sociálního charakteru, které umocňuje zkušenost z interakce samotného jedince: v důsledku toho je u nich zvýšená pravděpodobnost selhání v oblasti psychické i sociální. U dětí s rizikem poruchy chování je předmětem etopedie omezení rizikových aspektů v jejich chování, rizik v podmínkách a průběhu edukačního procesu a motivace k žádoucímu chování;

populace s poruchami emocí a chování – u dětí s poruchou emocí a chování je předmětem etopedie přerušení nežádoucího vývoje v jejich chování, stabilizace jejich osobní a sociální situace a navozování nových modelů chování.

#8.2 Praxe etopedie

V praxi se etopedie zabývá edukací jedinců s poruchami chování a emocí, stejně jako prevencí těchto poruch. Svými postupy se snaží o cílené ovlivňování nežádoucích edukačních situací, vrozených, vývojových nebo získaných poruch emocí a chování – reedukací, korekcí. Směřuje ke společensky akceptovatelné modifikaci tohoto chování. Současně je zaměřena i na zlepšení podmínek pro další celkový rozvoj jedince s poruchami emocí a chování a na odstranění ohrožujících a škodlivých vlivů z jeho okolí. Veškeré speciálně pedagogické působení je úzce provázáno s diagnostikou jako podmínkou pro jeho účinnost.

Praxe etopedie probíhá ve třech rámcových fázích (prevence, intervence, rehabilitace):

Prevence – v této fázi probíhá speciálně pedagogické působení především ve školách a školských zařízeních hlavního proudu a směřuje na tři skupiny dětí:

nemající výraznější problémy v chování (praxe spočívá především v preventivních aktivitách a opatřeních);

mající rizikové chování (praxe spočívá v preventivních aktivitách a opatřeních, v diagnostice, poradenské práci);

mající problémy chování, poruchy emocí a chování (praxe má těžiště v diagnostice a poradenství).

Intervence – v této fázi probíhá speciálně pedagogické působení ve školách a školských zařízeních hlavního proudu, těžiště je však v zařízeních preventivně výchovné péče. V odůvodněných případech je intervence realizovaná institucionálně. Intervence směřuje na dvě skupiny dětí, a to kteří mají rizikové chování a kteří mají problémy chování, poruchy emocí a chování. U obou těchto skupin má praxe těžiště v diagnostice a poradenství, v intervenci a dlouhodobém vedení.

Rehabilitace (resocializace) – v této fázi probíhá speciálně pedagogické působení ve školských zařízeních pro výkon ochranné a ústavní výchovy. Praxe směřuje v této fázi k dětem s poruchami emocí a chování, u nichž závažnost poruchy neumožňuje realizaci reedukace v přirozeném sociálním prostředí. Význam diagnostiky v této fázi je především ve dvou oblastech: poznání jedince v jeho osobnostních, sociálních a edukačních souvislostech a zpětnovazební funkce pro pedagoga. Ve školských zařízeních pro ústavní a ochrannou výchovu probíhá i vzdělávání, které směřuje především k profesní orientaci jedince, se kterým se zde pracuje. Vzdělávání umožňuje naplňovat princip perspektivy v praxi etopedie.

Stěžejním cílem speciálně pedagogického vedení a podpory jedince s poruchou emocí nebo chování je optimalizace jeho životních perspektiv. Navazuje na cíle rámcového vzdělávacího programu pro odpovídající stupeň vzdělávání (předškolní, základní, střední), úzce souvisí s efektivitou výuky těchto žáků. Efektivní výuka předchází vytváření bariér v dosažení odpovídajícího vzdělání. Odpovídající vzdělání je přitom považované za předpoklad dobré kvality života.

#8.3 Současné názvosloví v etopedii

Problémové chování – s tímto termínem se setkáváme v současné české i světové literatuře. Je to termín, který ukazuje na nežádoucí chování jako na fenomén, který není trvalý, nýbrž má charakter přechodního rázu. Termín najdeme v odborné literatuře, která podporuje myšlenku společné edukace jedinců s problémovým chováním v hlavním proudu vzdělávání. Naznačuje odpovědnost edukačního prostředí a ostatních účastníků výchovně vzdělávacího procesu za jejich podporu a rozvoj.

Riziková mládež – poměrně často užívaný termín v současné odborné literatuře, který vyjadřuje název té části mládeže, která je výrazně ohrožena rizikem kriminálního chování. Matoušek je trefně popisuje jako mladé lidi zakopávající na prahu dospělosti. Tento termín vyjadřuje širší multifaktoriální pohled na problematiku poruch chování. Za rizikovou mládež nebo také nazývanou ohroženou mládež jsou považováni ti dospívající, u nichž je následkem spolupůsobení více faktorů zvýšená náchylnost, oproti běžné populaci, k nepřiměřenému chování a zvýšená pravděpodobnost selhání v oblasti psychické i sociální.

Dispozice k poruchám chování – perspektivní dimenze v přístupech k problematice poruch chování klade ve svém důsledku na pedagogy v běžném i speciálním školství odpovědnost za rozvoj a uplatnění dětí a mládeže s poruchou chování. Termín individuální dispozice k poruchám chování považuje za metodicky přesnější. Pojem porucha chování je pro svou přílišnou nekompromisnost a stigmatizaci spíše zavádějící. Termín individuální dispozice k poruchám chování koresponduje s bio-psycho-sociálním modelem života člověka. Ukazuje na osobnostní faktory, které zvyšují vnímavost dítěte k rizikovým vlivům z jeho sociálního okolí. Užívání tohoto názvu pro označování dětí, jejich chování, se během vývoje dlouhodobě liší od očekávání jejich sociálního okolí, problémy nezakrývá. Ukazuje na ně, ale zároveň vyjadřuje:

odpovědnost okolí dítěte za jeho postižení;

výzvu ke zvýšení pozornosti vůči prevenci poruchy chování;

naději a optimismus pro hledání preventivních pedagogických opatření.

Pedagogická práce s dětmi s poruchami emocí a chování je vysoce náročná, na druhé straně umožňuje ovlivňovat změny v chování dětí. Pedagog má při práci s těmito dětmi velkou výhodu – pracuje s dětmi dlouhodobě, v přirozeném sociálním prostředí a k ovlivňování chování může využívat činnosti, které jsou pro děti přirozené.

#8.4 Edukace jedinců s poruchami emocí a chování

Celoevropským motivem vzděláváním dětí a mládeže je na jedné straně individualizace výuky ve smyslu naplňování potenciality každého žáka a na straně druhé zapojování všech (i žáků se speciálními vzdělávacími potřebami) do škol hlavního proudu. V souladu s těmito trendy vytvořilo Ministerstvo školství České republiky rámcové legislativní podmínky pro společné vzdělávání těchto dětí v běžných školách. Do skupiny dětí se speciálními vzdělávacími potřebami jsou v rámci těchto podmínek zařazeny i **děti se sociálním znevýhodněním**, patří sem:

Děti z rodinného prostředí s nízkým sociálně kulturním postavením, ohrožené sociálně patologickými jevy. Z pohledu etopedie jde o rizikovou skupinu dětí ohroženou poruchou emocí nebo chování. Bývají vzdělávány v běžných školách za stejných podmínek jako děti s jinými typy speciálních vzdělávacích potřeb. Na přechodnou dobu a za určitých podmínek mohou být tyto děti zařazeny do střediska výchovné péče i ke vzdělávání.

Děti s nařízenou ústavní výchovou nebo uloženou ochrannou výchovou. V této skupině jsou zahrnuty všechny děti, které mají soudem nařízenou ústavní nebo ochrannou výchovu. Přitom mezi dětmi s ústavní výchovou je velká část těch, kterým soud nařídil ústavní výchovu z důvodů sociálních a ne z důvodů poruchy chování. Tyto děti bývají vzdělávány v běžných školách za stejných podmínek jako ostatní děti nebo za podmínek pro vzdělávání dětí se speciálními vzdělávacími potřebami. Děti s poruchami chování s nařízenou ústavní nebo uloženou ochrannou výchovou bývají vzdělávány přímo ve školském zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy.

Edukace jedinců s ústavní a ochrannou výchovou:

Ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy vykonává stát náhradní rodinnou péči institucionální formou. Instituce zajišťuje jak výchovu, tak i vzdělávání dítěte, a to interní nebo externí formou. Nad tento rámec poskytuje dětem ještě sociální zázemí a péči. Je to v případech:

kdy rodiče nejsou z různých důvodů schopni zajistit podmínky pro zdárný vývoj jejich dítěte v rodině;

kdy porucha chování je takového stupně a intenzity, že ohrožuje zdárný vývoj dítěte;

kdy v důsledku poruchy chování dítě porušuje zákonné normy, je již trestně odpovědné a ústavní (ochranná) výchova je mu nařízena (uložena) jako alternativní trest;

kdy v důsledku poruchy chování dítě mezi 12. až 15. rokem porušuje zákonné normy způsobem, za který by byl dospělému uložen výjimečný trest.

Ústavní výchova:

Nařizuje ji soud podle zákona o rodině nebo podle zákona o soudnictví ve věcech mládeže dětem do 18 let. Důvody mohou být výchovné a sociální. Ústavní výchova trvá tak dlouho, jak je nezbytně nutné, nejdéle do dosažení zletilosti. O jejím zrušení rozhoduje soud.

Ochranná výchova:

Nařizuje se jedincům od 12 do 18 let podle zákona o soudnictví ve věcech mládeže. Důvody mohou být:

u dětí od 12 do 15 let ji soud nařizuje v případě, kdy spáchaly čin, za který lze dle trestního zákona uložit výjimečný trest;

mladistvým mezi 15 až 18 lety soud ochrannou výchovu nařizuje za trestný čin, pokud je pravděpodobné, že bude mít větší efekt než uložení trestu odnětí svobody.

Ochranná výchova se realizuje pouze ve speciálních školských výchovných zařízeních. Trvá do dosažení zletilosti. Stejně jako ústavní výchova může být soudem prodloužena až do 19 let, a to pokud nesplnila svůj účel.

Školská zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy:

Školská zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy poskytuje dětem ve věku od 3 do 18 let (případně 19 let) výchovu a vzdělávání. Děti do těchto zařízení přichází na základě rozhodnutí soudu o ústavní výchově, případně ochranné výchově, popřípadě předběžného opatření.

Školskými zařízeními pro výkon ústavní a ochranné výchovy jsou:

diagnostický ústav;

dětský domov;

dětský domov se školou;

výchovný ústav.

Diagnostický ústav:

V systému školských zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy plní zvláštní postavení. Je to zařízení, které přijímá děti krátkodobě zpravidla na dobu 8 týdnů. Provádí

jejich komplexní diagnostiku a na jejím základě je umísťuje do konkrétního školského zařízení. Může také poskytovat preventivně-výchovnou péči dětem na základě žádostí rodičů (zákonných zástupců), péči dětem s nařízenou ústavní výchovou nebo uloženou ochrannou výchovou, zadrženým na útěku z jiných zařízení nebo od rodičů (po dobu nezbytně nutnou).

Diagnostický ústav plní tyto úkoly:

diagnostické;

vzdělávací;

terapeutické;

výchovné a sociální;

organizační;

koordinační.

Na základě komplexní diagnostiky je na každé dítě v zařízení zpracovaná komplexní diagnostická zpráva, která specifikuje výchovné a vzdělávací potřeby a navrhuje program rozvoje osobnosti. S ohledem na tyto potřeby a perspektivu dítěte umísťuje diagnostický ústav dítě do školského zařízení pro výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy, které poskytuje péči dlouhodobou: dětského domova, dětského domova se školou, výchovného ústavu.

Dětský domov:

V dětském domově zajišťuje stát edukaci dětí s nařízenou ústavní výchovou, které nemají závažné poruchy chování, a to s ohledem na jejich individuální potřeby. Jsou to děti věku zpravidla od 3 do nejvýše 18 let, které jsou sem většinou umístěny ze sociálních důvodů. Jejich rodiče se o ně nemohou nebo neumí postarat. Dětské domovy plní zejména úkoly výchovné, vzdělávací a sociální.

Dětský domov se školou:

V těchto domovech probíhá edukace dětí s nařízenou ústavní výchovou, mají-li závažné poruchy chování, nebo pro svou přechodnou nebo trvalou duševní poruchu vyžadují výchovně-léčebnou péči. Jsou sem zařazovány také děti s uloženou ochrannou výchovou a nezletilé matky se závažnými poruchami chování nebo s duševní poruchou vyžadující výchovně-léčebnou péči, a to se svými dětmi. Jsou sem umísťovány děti zpravidla od 6 let do ukončení povinné školní docházky. Pokud po ukončení povinné školní docházky pokračuje

závažná porucha chování a dítě se nemůže vzdělávat ve střední škole mimo zařízení nebo neuzavře-li pracovněprávní vztah, bývá přeřazeno do výchovného ústavu.

Výchovný ústav:

Zde se zařazují děti starší 15 let se závažnými poruchami chování, u nichž byla nařízena ústavní nebo uložena ochranná výchova. Může sem být umístěno i dítě starší 12 let, má-li uloženu ochrannou výchovu, a v jeho chování se projevují tak závažné poruchy, že nemůže být umístěno v dětském domově se školou (výjimečně i dítě s nařízenou ústavní výchovou starší 12 let). Ve vztahu k dětem plní zařízení hlavně úkoly výchovné, vzdělávací a sociální.

#Shrnutí kapitoly - Etopedie

Etopedie je speciálně pedagogická disciplína, která se zabývá edukací, reedukací a zkoumáním jedinců s rizikem poruch emocí a chování a s poruchami emocí a chování. V současné terminologii se odráží perspektivní dimenze etopedické praxe, která je zaměřena na kvalitu života jedince s poruchou emocí a chováním i v dospělosti. Edukace dětí s poruchami emocí a chování probíhá v závislosti na stupni poruchy ve školách nebo školských zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy. V těchto zařízeních naplňuje stát náhradní rodinnou výchovu formou institucionální péče a vedle úkolu souvisejících s edukací dětí plní i funkci sociální.

Kontrolní otázky a úkoly:

Vysvětlíte pojem etopedie.

Jak je v současné době nahlíženo na pojetí poruchy emocí a chování?

Charakterizujte etopedii jako speciálně pedagogickou disciplínu.

Vymezte předmět etopedie.

Čím se zabývá etopedie v praxi?

Úkoly k textu:

V odborné literatuře vyhledejte současné názvosloví užívané v etopedii.

Na základě dostupné literatury, vyhlášek MŠMT a příslušných zákonů se seznamte s podmínkami edukace dětí s poruchami emocí a chování.

Citovaná a doporučená literatura:

Helus, Z. Dítě v osobnostním pojetí. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-888-0.

Labáth, V. Riziková mládež. Praha: Sociologické nakladatelství, 2001. ISBN 80-7178-064-2.

Matoušek, O. Práce s rizikovou mládeží. Praha: Portál, 1996. ISBN 80-7178-064-2.

Pipeková, J. et al. Kapitoly ze speciální pedagogiky. 3. vyd. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-198-0.

Vojtová, V. Kapitoly etopedie I. Přístupy k poruchám emocí a chování v současnosti. 1. vyd. Brno: MU, 2004. ISBN 80-210-3532-3.

Vojtová, V. Chování žáků jako edukační problém. In Střelec, S. Studie z teorie a metodiky výchovy II. Brno: MU, 2005. ISBN 80-210-3687-7.

Vojtková, V. Kapitoly z etopedie I. Přístupy k poruchám emocí a chování v současnosti. 2. vyd. Brno: MU, 2008. ISBN 80-210-4573-6.

Vyhláška MŠMT ČR č. 458/2005 Sb., kterou se upravují podrobnosti o organizaci výchovně vzdělávací péče ve střediscích výchovné péče.

Vyhláška MŠMT ČR č. 438/2006 Sb., kterou se upravují podrobnosti výkonu ústavní výchovy a ochranné výchovy ve školských zařízeních.

Zákon č. 109/2002 Sb. o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů v platném znění.

Zákon č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (Školský zákon).

Zákon č. 94/1963 Sb. o rodině, v platném znění.

Zákon č. 218/2003 Sb. o odpovědnosti mládeže za protiprávní činy a o soudnictví ve věcech mládeže a o změně některých zákonů (Zákon o soudnictví ve věcech mládeže), v platném znění.

Zákon č. 104/1991 Sb., Úmluva o právech dítěte.

#9 Těžké postižení a souběžné postižení více vadami

V této kapitole se dozvíte:

Co zahrnuje termín těžké postižení.

Jak vymezujeme souběžné postižení více vadami.

Jaký vliv má těžké postižení na vývoj a život člověka.

Jaké zásady podpory uplatňujeme u osob s těžkým zdravotním postižením.

Možnosti edukace jedince s těžkým postižením a souběžným postižením více vadami.

Po jejím prostudování byste měli být schopni:

Vysvětlit pojem těžké postižení.

Objasnit problematiku souběžného postižení více vadami.

Charakterizovat zásady podpory jedinců s těžkým zdravotním postižením.

Klíčová slova kapitoly: Těžké postižení, kombinované vady, edukace, bazální stimulace.

#9.1 Vymezení pojmu těžké postižení

Za těžké postižení se považuje zvláště těžká forma nějakého druhu postižení. Těžké postižení je **komplex omezení člověka jako celku** ve všech jeho prožitkových sférách a výrazových možnostech. Podstatně omezeny a změněny jsou schopnosti emocionální, kognitivní a tělesné, ale také sociální a komunikační. Přiřazení k tzv. hlavnímu symptomu ve smyslu klasického postižení, jako je postižení tělesné, mentální nebo smyslové, není možné, neboť tím by se na jedné straně ignoroval charakter komplexnosti postižení, na druhé straně celistvost individua. U jedince s těžkým postižením se jedná o postižení celistvosti člověka v jeho životních výkonech, které je tak těžké, že ve většině oblastí se stěží dosahuje hranice toho, co v našem mezilidském styku v širokém slova smyslu lze považovat ještě za normu.

Pojem postižení více vadami je charakterizovaný z hlediska poruchy informačního toku jako základního předpokladu edukace. U jedinců s více vadami se v důsledku působení některých limitujících faktorů mohou vyskytovat těžkosti ve vnímání informací, při jejich centrálním zpracování nebo ve vyjádření, rovněž v jejich kombinacích. Vícenásobné postižení se vyskytuje v různých početných variantách, v rámci kterých je třeba vzhledem k interindividuálním rozdílům postupovat přísně individuálně. V odborné literatuře se užívají ještě další termíny, kterými je v podstatě míněn stejný okruh osob: těžké mentální postižení, kombinované vady, děti s extrémně psychomotoricky retardovaným vývojem, děti s těžkým narušením vnímání atd. Každý vybraný termín signalizuje určitý akcent, který zdůrazňuje těžiště postižení. V minulosti se právě ve speciální pedagogice ukázalo, že termíny se velmi rychle přežívají, a proto se mění. Z tohoto důvodu se v textu používá neutrální termín těžké postižení, ačkoliv je zřejmé, že termínem se popisuje jen velmi obecně to, co je skutečně míněno.

Při současném stavu interdisciplinární spolupráce je obtížné poskytnout úplný přehled o podmínkách vzniku těžkého postižení. Je snazší se orientovat podle obecných příčin postižení, což zahrnuje celou šíři genetických, chromozomálních, metabolických, neurologických a traumatických příčin. V současnosti lze jednoznačně konstatovat, že velká část dětí s těžkým

postižením má v anamnéze předčasné narození. Jedná se o děti s nízkou porodní hmotností, které by ještě před několika lety pravděpodobně zemřely. Ale také děti s normálním průběhem těhotenství a porodu se občas objevují ve skupině těžce postižených. Jsou to děti po těžkých úrazech, které po fázi reanimace už nenavážou na předešlý vývoj. Na prvních místech jsou to traumata lebky a mozku, stejně jako stavy po tonutí. Popsané následky mohou způsobit i nedostatečně kontrolované infekční choroby. To, co je společné pro okruh těchto jedinců, spočívá v poškození centrálních funkcí, to znamená, že se jedná z nejrůznějších příčin o podstatné narušení nebo ztrátu koordinujících centrálních systémů, které řídí a realizují vnímání, pohyb a jejich zpracování. Všichni postižení vykazují stejný problém, a to orientovat se ve svém prostředí, změnit prostředí a tím si vybudovat vlastní kognitivní struktury. Rozdíly mohou spočívat ve vlastních pohybových schopnostech, ve zpracování přijímaného, v interpretačních schopnostech vnímaného a v komunikačních možnostech.

Těžké postižení je spojeno s aktuálním **ohrožením vitality života**. Životně důležité funkce se neustále ocitají v krizi. Týká se to zejména těchto funkcí:

onemocnění dýchacích cest (ačkoliv zde existuje možnost změny postižení prostřednictvím aktivní činnosti člověka) a jiných infekcí;

progresivní tělesná změna – vede k tomu, že vnitřní orgány se přemísťují a jsou omezeny ve svém vnitřním rozpínání: tyto následné jevy se přidávají později jako chronická onemocnění k primárnímu poškození;

záchvatová onemocnění při těžkém poškození mozku přispívají k tomu, že se mnoho těchto lidí ocitá v trvalém nebezpečí života;

život na okraji života – je stále spojen s nejistotou a vzrušením, s bolestí a medicínskými intervencemi.

Okolí člověka s těžkým postižením je také postiženo. Strach a nejistotu střídá naděje a očekávání. Je nutná velká angažovanost a senzibilní rezervovanost. Je potřeba žít pod diktátem aktuálního zdravotního stavu, společné plánování života orientované na budoucnost je téměř nemožné.

Pro osoby s těžkým postižením je obtížné dosáhnout uspokojení základních potřeb, přesto jsou to podmínky životně důležité pro jedince každého věku, kterých se nemohou zříci. Jedná se o potřeby:

zamezení hladu, žízně, bolesti;

podnětů, změny, pohybu;

jistoty, stability – spolehlivost vztahů;
vazby, být někým přijat, potřeba něhy;
uznání a sebeúcta;
nezávislost, samostatnost, sebeurčení.

Na jedné straně postižení umocňuje stav potřeb, na druhé straně zabraňuje často jejich přiměřenému uspokojení. Všem osobám s těžkým postižením (bez ohledu na věk) je společné, že na základě svého poškození mají **specifické potřeby** pro vlastní vývoj a interakci s jinými lidmi:

potřeba tělesné blízkosti z důvodu získání přímé zkušenosti;
potřeba pedagoga, terapeuta, který jim přiblíží jejich prostředí co nejjednodušším způsobem;
potřeba pedagoga, terapeuta, který jim umožní pohyb a změnu polohy;
potřeba každého, který jim rozumí i bez řeči a spolehlivě se o ně stará a pečuje o ně.

Z uvedeného vyplývá, že osoby s těžkým postižením by měli mít zajištěný nárok na celistvost v podpoře vývoje. Tato celistvost je potřebná pro veškerý režim dne, pro interakci s osobou s postižením. Integruje rovněž uspokojování základních lidských potřeb, otázky základní péče jako podpurnou a speciální péči, otázky tréninku vnímání, pohybovou podporu a podporu komunikace.

#9.2 Zásady podpory jedinců s těžkým zdravotním postižením

V současné době existuje v řadě evropských zemí právo na školní podporu jedinců s těžkým postižením, v několika posledních letech byla také u nás nabízena možnost vzdělávat jedince s těžkým postižením, od roku 2005 je právo na vzdělávání těchto žáků ve škole zabezpečeno legislativně ve školském zákoně č. 561/2004 Sb.

Při realizaci vyučování žáků s těžkým mentálním postižením je třeba dbát důležitých pedagogických zásad:

požadavky na uspořádání vyučování;
použití přiměřených forem výuky;
zásady plánování vyučování;
poskytnutí adekvátních organizačních podmínek;
spolupráce školy při medicínsko-terapeutických opatřeních.

Výukové a výchovné cíle jsou rozčleněny pro žáky s těžkým postižením do těchto oblastí:
schopnost poznat svou osobu prostřednictvím svého těla;

schopnost nechat se zaopatřit a přispět k zajištění existenčních potřeb;
schopnost přijímat vztahy k okolí a orientovat se v nich;
schopnost žít v kolektivu;
schopnost spoluvytvářet svět věcí.

Katalog výukových cílů má výběrový charakter. Určující pro výběr obsahu vyučování je výchozí výuková pozice jednotlivého žáka. Všechna podpůrná opatření směřují k vývoji celé osobnosti a slouží k tréninku jednotlivých funkcí. Detailní závěry k výukovým a výchovným cílům jsou velice prakticky orientované.

#9.3 Edukace jedinců s těžkým postižením a souběžným postižením více vadami

Charakteristika postižení více vadami je uvedena ve Věstníku MŠMT ČR (č. 8/1997, č. j. 25602/97-22): Za postiženého více vadami se považuje dítě, resp. žák postižený současně dvěma nebo více na sobě kauzálně nezávislými druhy postižení, z nichž každé by jej vzhledem k hloubce a důsledkům opravňovalo k zařazení do speciální školy příslušného typu. Za provedení speciálně pedagogické diagnostiky odpovídá speciálně pedagogické centrum (případně pedagogicko-psychologická poradna), zařazené do sítě škol, předškolních zařízení a školských zařízení MŠMT ČR.

Pro potřeby resortu školství se žáci s těžkým postižením a souběžným postižením více vadami člení do tří skupin:

Skupina, v níž je společným znakem mentální retardace, která je determinujícím faktorem pro nejvýše dosažitelný stupeň vzdělání a pro dosažitelnou míru výchovy. Proto je při rozhodování způsobu vzdělávání pokládána za vadu dominantní.

Druhou skupinu tvoří kombinace vad tělesných, smyslových a vad řeči. Specifickou skupinu tvoří děti, žáci hluchoslepí.

Samostatnou skupinu tvoří děti, žáci s poruchou autistického spektra.

Žáci se souběžným postižením více vadami bez mentálního postižení se vzdělávají ve školách hlavního vzdělávacího proudu nebo ve školách pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami podle Rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání.

Významné místo v systému edukace a terapie zaujímá ontogenetický vývojový model „**vnímání – představy – myšlení**“. Odpovídá vývoji člověka a pokouší se ho napodobit. Tento model chápeme jako vztahový rámec pro diagnostiku, terapii, rehabilitaci, speciálně pedagogickou intervenci a prevenci. V oblastech „vnímání – představy – myšlení“ vycházíme z kategorie člověka, přičemž se sem počítají například potencionální možnosti člověka, které spočívají v jeho duševnu. V celkovém vývojovém procesu je třeba vidět dialektiku – kolísání vjemu a vyjádření, aktivity a pasivity. Základem je obraz člověka orientovaný holisticky, což znamená, že tělo a duše jedná společně.

Vnímání:

Existuje celá řada speciálně pedagogických metod, které mají svůj základ v oblasti vnímání. Tato rovina je pro speciálně pedagogickou práci zvláště důležitá, protože se zde dá najít základna každého poznání a každého chápání. Sem řadíme autogenní trénink podle Schultze, funkční uvolnění (Fuchs), Montessori pedagogiku, bazální stimulaci (Fröhlich), trénink vnímání (Affolter), sensorický trénink (Ayres), psychomotoriku/fototerapii (Kiphard), rytmiku, pedagogicko-psychologické ježdění a hipoterapii, konduktivní pedagogiku (Petö, Keil) a mnoho jiných metod, které mají ve středu zájmu fyzicky smyslovou rovinu vnímání.

Představy:

Hovoříme-li o představách, tak tím rozumíme na jedné straně pocity, které se váží na stálou interakci mezi subjektem a objektem ve smyslu vnímání, na druhé straně jsou tím míněny obrazy, asociace, symboly a představy vznikající v tomto procesu. Obojí je psychickou stránkou biologických procesů odpovídající vnímané reality. Mezi speciálně pedagogické aktivity v této oblasti patří pohádky, simulační hry, snění, fantazie, malování, tvoření, psychodrama a všechny formulace úloh, které jsou zaměřeny na symboly a symboliku.

Myšlení:

Na třetí úrovni je myšlení, které se dělí na integrativní myšlenkové procesy a tradiční myšlení. Integrativní myšlenkové procesy jsou vybudovány na smyslových zkušenostech, na konání a symbolech, které z toho vznikají. Naproti tomu se nachází tradiční myšlení, které produkuje slovní pojmenování. Zkušenosti se dále předávají jen slovy. Na této úrovni myšlení spočívá komunikační terapie, aspekty analytické práce apod. Také tato rovina potřebuje zpětnou vazbu, zde na úrovni smyslové a symbolické. Tím je rozuměno, že když klienti hovoří o fantazii a snění, tak se mají naučit pozorovat, co dělá při tom jejich tělo. Měli bychom dospět

k psycho-somaticko-sociálnímu porozumění, což ve zkratce představuje podstatu modelu „vnímání – představy – myšlení“.

#9.4 Bazální stimulace

Jedná se o psychologickou aktivitu, kdy se snažíme nabídnout jedincům s mentálním postižením a s více vadami možnosti pro vývoj jejich osobnosti. Pojem bazální znamená elementární základní nabídku, která se nabízí v nejjednodušší podobě. Pojem stimulace se rozumí nabídka podnětů všude tam, kde těžce postižený člověk vzhledem ke svému postižení není schopen se sám postarat o dostatečný přísun přiměřených podnětů potřebných pro svůj vývoj.

S ohledem na potřeby dětí s těžkým mentálním postižením a s více vadami byla v 70. letech vyvinuta na základě praktické práce a teoretické reflexe konceptu bazální stimulace. Na začátku to byly především úvahy neuropsychologického charakteru, které neměly vliv na pedagogiku. Na základě dynamicky se rozvíjejícího konceptu rané podpory se v teoretických úvahách kladl důraz na interdisciplinární přístup (týmová práce). Po čase začali tuto přínosnou koncepci využívat nejen odborníci s předchozím medicínským či terapeutickým vzděláním, ale také psychologové a speciální pedagogové. V průběhu doby se začaly více zohledňovat aspekty vývojově psychologické, zvláště prenatálně psychologické. Ukázalo se, že i na tzv. primitivním vývojovém stupni lze pozorovat diferencované psycho-emocionální projevy. Objev duše u dětí s těžkým mentálním postižením a s více vadami představoval rozhodující krok v celkovém vývoji. Na elementární bázi se odrážely zkušenosti z prenatální psychologie v úzkém propojení vnímání a pohybu s prožitkem. V praxi se opakovaně zkoumaly, korigovaly a přizpůsobovaly potřebám těžce postižených jedinců praktické postupy jednání a kritéria pozorování. Docházelo pak ke zřetelným posunům, které korespondovaly se všeobecným vývojem v oblasti terapie a speciální pedagogiky. Základní myšlenkou bazální stimulace je požadavek celistvosti, holistický přístup.

Za základní princip bazální stimulace se považuje zjištění, že pomocí těla můžeme jedince uvést do reality, zprostředkováním zkušenosti a vjemů. Tyto zkušenosti a vjemy je třeba pečlivě sledovat, stejně jako je třeba promyšleně plánovat programy, které vedou k přiměřenému vývoji dítěte. Zprostředkování přes tělo je vzájemné celkové zprostředkování, to znamená, že matka, terapeut, učitel, vychovatel, jakákoli osoba pracující s těžce postiženým dítětem, je svým vlastním tělem vtažen do tohoto zprostředkování. Tělesnost zde poskytuje jistou paralelu, popřípadě rovnocennost obou partnerů.

Bazální stimulace zaujala v posledních desetiletích určitou pozici v oblasti podpory jedinců s těžkým mentálním postižením nebo s více vadami. Prostřednictvím tohoto podpůrného přístupu se podařilo překročit hranice nevzdělavatelnosti těchto jedinců. Bylo možné ukázat, že živý člověk je schopen vstoupit do procesu interakce se svým okolím. Při vhodné volbě médií a nabídek je možná komunikace a interakce mezi lidmi i tehdy, když těžké postižení zdánlivě blokuje především schopnost aktivity. Jedinci s těžkým mentálním postižením a více vadami jsou živí lidé s vlastní dynamikou rozvoje, potřebují podněty a interakci a mohou, i když velmi omezeně, žít svůj vlastní autonomní život, když po jejich boku stojí nějaký partner.

#Shrnutí kapitoly – Těžké postižení a souběžné postižení více vadami

Těžké postižení je komplex omezení člověka jako celku ve všech jeho prožitkových sférách a výrazových možnostech. U jedince s těžkým postižením se jedná o postižení celistvosti člověka v jeho životních výkonech. Významnou roli v systému péče o tyto jedince sehrává edukace a vzájemná spolupráce školských, zdravotnických a mimoškolských orgánů a institucí.

Kontrolní otázky a úkoly:

Charakterizujte jedince s těžkým postižením a více vadami.

Co znamená celistvost člověka.

Jaký význam má edukace u těžce postiženého jedince.

Co je bazální stimulace.

Úkoly k textu:

V dostupné literatuře vyhledejte možnosti podpory dětí s těžkým zdravotním postižením.

Otázky k zamyšlení:

Ve kterých případech se dá využít metoda bazální stimulace?

Citovaná a doporučená literatura:

Bartošová, M., Vítková, M. Strategie vzdělávání dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami. 2. vyd. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-158-4.

Pipeková, J., Vítková, M. (ed) Terapie ve speciálně pedagogické péči. Sborník. Brno: Paido, 2001. ISBN 80-7315-010-7.

Pipeková, J. et al. Kapitoly ze speciální pedagogiky. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-198-0.

Švarcová, I., Vítková, M. Podpora vzdělávání dětí a žáků s těžkým zdravotním postižením III. Právo na vzdělávání. Kurikulární aspekty podpory. Praha: IPPP ČR, 2001.

Vašek, Š. Speciální pedagogika. Bratislava: Sapientia, 1996.

Vítková, M. (ed) Možnosti reedukace zraku při kombinovaném postižení. Brno: Paido, 1999. ISBN 80-85931-75-3.

Vítková, M. Podpora vzdělávání dětí a žáků s těžkým zdravotním postižením I. Základní informace. Speciálně pedagogická diagnostika. Praha: IPPP ČR, 2001a.

Vítková, M. (ed) Integrativní školní (speciální) pedagogika. Brno: MSD, 2003. ISBN 80-86633-071.

Vítková, M. (ed) Integrativní speciální pedagogika. Integrace školní a speciální. Brno: Paido, 2004. ISBN 80-7315-07-1.

Vyhláška MŠMT ČR č. 48/2005 Sb. o základním vzdělávání a plnění povinné školní docházky.

Vyhláška MŠMT ČR č. 72/2005 Sb. o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních.

Vyhláška MŠMT ČR č. 73/2005 Sb. o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných.

Zákon č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (Školský zákon).

Zákon č. 49/2009 Sb., kterým se mění zákon č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů.

#Literatura

Bartoňová, M. Kapitoly ze specifických poruch učení I. Vymezení současné problematiky. Brno: MU, 2004. ISBN 80-210-3613-3.

Bartoňová, M. Kapitoly ze specifických poruch učení II. Reedukace specifických poruch učení. Brno: MU, 2005. ISBN 80-210-3822-5.

Bartoňová, M. a kol. Edukace žáků se speciálními vzdělávacími potřebami. Zaměření na edukaci žáků se specifickými poruchami učení. Brno: MSD, 2005. ISBN 80-86633-33-1.

- Bartoňová, M. a kol. Psychopedie. Texty k distančnímu vzdělávání. Brno: Paido, 2007. 1. vyd. ISBN 978-80-7315-144-7.
- Bartošová, M., Vítková, M. Strategie vzdělávání dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami. 2. vyd. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-158-4.
- Dolejší, M. K otázkám psychologie mentální retardace. Praha: Avicenum, 1978.
- Dvořák, J. Logopedický slovník. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 2001. ISBN 80-902536-2-8.
- Helus, Z. Dítě v osobnostním pojetí. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-888-0.
- Hrdlička, M., Komárek, V. Dětský autismus. Přehled současných poznatků. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-813-9.
- Hruška, J. Komplexní systém výchovně vzdělávací péče o tělesně postižené děti a mládež. Praha: Septima, 1995. ISBN 80-85801-47-7.
- Janotová, N., Řeháková, K. Surdopedie. Komunikace sluchově postižených. Praha: SPN, 1990. ISBN 80-7066-004-x.
- Kábele, F. Somatopedie. Praha: Karolinum, 1993. ISBN 80-7066-533-5.
- Kapounek, B. a kol. Ortopedie a neurologie pro speciální pedagogii. Praha: SPN, 1989.
- Klenková, J. Kapitoly z logopedie. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-88-5.
- Krejčířová, O. Speciální pedagogika mentálně retardovaných. In Renotierová, M. a kol. Speciální pedagogika. Olomouc: UP, 2004. ISBN 80-244-0873-2.
- Kucharská, A. a kol. Specifické poruchy učení a chování. Sborník. Praha: Portál, 1996, 2000.
- Květoňová-Švecová, L. Oftalmopedie. 2. vyd. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-84-2.
- Labáth, V. Riziková mládež. Praha: Sociologické nakladatelství, 2001. ISBN 80-7178-064-2.
- Lavička, L., Šlapák, I. Poruchy sluchu v dětském věku. Pediatrie pro praxi, č. 6, 2002.
- Lechta, V. et al. Diagnostika narušené komunikační schopnosti. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-961-5.
- Lejska, M. Poruchy verbální komunikace a foniatry. Brno: Paido, 2003. ISBN 80-7315-038-7.
- Ludíková, L. Speciální pedagogika osob s postižením zraku. Olomouc: UP, 2003. ISBN 80-244-0646-2.
- Matějček, Z. Dyslexie. Jinočany: HaH., 1993. ISBN 80-85787-27-x.
- Matoušek, O. Práce s rizikovou mládeží. Praha: Portál, 1996. ISBN 80-7178-064-2.
- Nevšímalová, S., Růžička, E., Tichý, J. a kol. Neurologie. Praha: Galén, 2002. ISBN 80-7262-162-2.

- Pipeková, J. et al. Kapitoly ze speciální pedagogiky. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-198-0.
- Pipeková, J. Edukace žáků s mentálním postižením. In Vítková, M. (ed). Integrativní školní (speciální) pedagogika. Brno: MSD, 2003. ISBN 80-86633-07-1.
- Pipeková, J. Pedagogika osob s mentálním postižením – psychopedie. In Vítková, M. (ed) Integrativní speciální pedagogika. Integrace školní a sociální. Brno: Paido, 2004. ISBN 80-7315-071-9.
- Pipeková, J., Vítková, M. (ed) Terapie ve speciálně pedagogické péči. Sborník. Brno: Paido, 2001. ISBN 80-7315-010-7.
- Pokorná, V. Teorie, diagnostika a náprava specifických poruch učení. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-817-3.
- Potměšil, M. Čtení k surdopedii. Olomouc: UP, 2003. ISBN 80-244-0766-3.
- Říčan, P., Krejčířová, D. Dětská klinická psychologie. Praha: Grada, 1997. ISBN 80-7169-512-2.
- Slowík, J. Komunikace s lidmi s postižením. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-691-9.
- Škodová, E., Jedlička, J. a kol. Klinická logopedie. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-546-6.
- Švarcová, I., Vítková, M. Podpora vzdělávání dětí a žáků s těžkým zdravotním postižením III. Právo na vzdělávání. Kurikulární aspekty podpory. Praha: IPPP ČR, 2001.
- Thorová, K. Porucha autistického spektra. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-091-7.
- Vágnerová, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. 3. vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.
- Vašek, Š. Speciální pedagogika. Bratislava: Sapientia, 1996.
- Vítek, J. Medicínská propedeutika pro speciální pedagogy. Úvod do neurologie. Úvod do oftalmologie. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-154-6.
- Vítková, M. Somatopedické aspekty. Brno: Paido, 1999. ISBN 80-85931-69-9.
- Vítková, M. et al. Integrativní speciální pedagogika. Integrace školní a sociální. Brno: Paido, 2004. ISBN 80-7315-07-1.
- Vítková, M. Otázky speciálněpedagogického poradenství. Brno: MSD, 2003. ISBN 80-86633-08-X.
- Vítková, M. (ed) Možnosti reedukace zraku při kombinovaném postižení. Brno: Paido, 1999. ISBN 80-85931-75-3.
- Vítková, M. Podpora vzdělávání dětí a žáků s těžkým zdravotním postižením I. Základní informace. Speciálně pedagogická diagnostika. Praha: IPPP ČR, 2001a.

Vítková, M. (ed) Integrativní školní (speciální) pedagogika. Brno: MSD, 2003. ISBN 80-86633-071.

Vocilka, M. Autismus. Praha: Tech-Market, 1996. ISBN 80-902134-3-x.

Vojtová, V. Kapitoly etopedie I. Přístupy k poruchám emocí a chování v současnosti. 1. vyd. Brno: MU, 2004. ISBN 80-210-3532-3.

Vojtová, V. Chování žáků jako edukační problém. In Střelec, S. Studie z teorie a metodiky výchovy II. Brno: MU, 2005. ISBN 80-210-3687-7.

Vojtová, V. Kapitoly z etopedie I. Přístupy k poruchám emocí a chování v současnosti. 2. vyd. Brno: MU, 2008. ISBN 80-210-4573-6.

Vybíral, Z. Psychologie lidské komunikace. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-291-2.

Vyhláška MŠMT ČR č. 48/2005 Sb. o základním vzdělávání a plnění povinné školní docházky.

Vyhláška MŠMT ČR č. 72/2005 Sb. o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních.

Vyhláška MŠMT ČR č. 73/2005 Sb. o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných.

Vyhláška MŠMT ČR č. 438/2006 Sb., kterou se upravují podrobnosti výkonu ústavní výchovy a ochranné výchovy ve školských zařízeních.

Vyhláška MŠMT ČR č. 458/2005 Sb., kterou se upravují podrobnosti o organizaci výchovně vzdělávací péče ve střediscích výchovné péče.

Zákon ČR č. 49/2009 Sb., kterým se mění zákon č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů.

Zákon ČR č. 94/1963 Sb. o rodině, v platném znění.

Zákon ČR č. 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních).

Zákon ČR č. 104/1991 Sb., Úmluva o právech dítěte.

Zákon ČR č. 109/2002 Sb. o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů v platném znění.

Zákon ČR č. 155/1998 Sb. o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob.

Zákon č. 218/2003 Sb. o odpovědnosti mládeže za protiprávní činy a o soudnictví ve věcech mládeže a o změně některých zákonů (Zákon o soudnictví ve věcech mládeže), v platném znění.

Zákon ČR č. 384/2008 Sb., kterým se mění zákon č. 155/1998 Sb., o znakové řeči a o změně dalších zákonů a další související zákony.

Zákon č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (Školský zákon).

Zelinková, O. Poruchy učení. Specifické poruchy čtení, psaní a dalších školních dovedností.

Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-8000-7.

Zvolský, P. a kol. Speciální psychiatrie. Praha: UK, 1996. ISBN 80-7184-203-6.