

KAPITOLY ZE SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKY

PhDr. Veronika Blažková, Ph.D.

*Katedra pedagogiky,
Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta*



evropský
sociální
fond v ČR



EVROPSKÁ UNIE



MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ,
MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY



OP Vzdělávání
pro konkurenceschopnost

INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

Další vzdělávání pedagogických pracovníků na PedF UK Praha (CZ.1.07/1.3.00/19.0002)

KAPITOLY ZE SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKY

PhDr. Veronika Blažková, Ph.D.
Katedra pedagogiky,
Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta

Studium kombinované:
**Vychovatelství,
Pedagog volného času**

Kurz:
**Základy speciální pedagogiky,
Kapitoly ze speciální pedagogiky**

OBSAH

1 Úvod.....	6
2 Inkluzivní vzdělávání a inkluzivní pedagogika.....	9
2.1 Legislativní opatření zabývající se realizací vzdělávání žáků se zdravotním postižením.....	10
2.2 Podmínky pro školní inkluzi.....	12
3 Speciální pedagogika osob s tělesným postižením.....	14
3.1 Dětská mozková obrna (DMO).....	16
3.2 Svalová onemocnění.....	18
3.3 Specifika života lidí s tělesným postižením.....	19
4 Speciální pedagogika osob se zrakovým postižením.....	21
4.1 Rozdělení zrakových vad.....	22
4.2 Kompenzační pomůcky a možnosti vzdělávání osob se zrakovým postižením.....	24
5 Speciální pedagogika osob se sluchovým postižením.....	27
5.1 Klasifikace sluchových ztrát.....	29
5.2 Komunikace a vzdělávání osob se sluchovým postižením.....	30
6 Speciální pedagogika osob s narušenou komunikační schopností.....	34
6.1 Příčiny vzniku narušené komunikační schopnosti.....	35
6.2 Klasifikace řečových vad.....	36
6.3 Péče o osoby s narušenou komunikační schopností v České republice.....	40
6.4 Alternativní formy komunikace.....	40
7 Speciální pedagogika osob s mentálním postižením.....	42
7.1 Etiologie mentální retardace; Klasifikace mentální retardace.....	44
7.2 Charakteristika osob s mentálním postižením a možnosti vzdělávání.....	45
7.3 Downův syndrom.....	49
7.4 Autismus a další pervazivní vývojové poruchy.....	50

8 Speciální pedagogika osob s poruchami chování.....	54
8.1 Etiologie poruch chování.....	54
8.2 Klasifikace poruch chování.....	55
8.3 Zařízení poskytující edukaci a reedukaci.....	58
Seznam použité literatury.....	61

Anotace

Studijní materiál Kapitoly ze speciální pedagogiky je primárně určen studentům oboru Vychovatelství a slouží k základní orientaci v samostatné vědní disciplíně speciální pedagogika. Úvodní část učebního textu je věnována konceptu integrace žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a inkluzivnímu vzdělávání, ke kterému se v posledním desetiletí přihlásila vláda České republiky a MŠMT ČR. Další kapitoly jsou věnovány jednotlivým disciplínám: speciální pedagogice osob s tělesným, smyslovým a mentálním postižením, speciální pedagogice osob s narušenou komunikační schopností a vybraným poruchám chování. Předkládaný text si neklade nároky na úplnost, omezuje se pouze na nejdůležitější informace a může být podnětem pro další studium.

Annotation

Resource Chapters of special education is primarily determined to students of Teaching Assistant Training and to serve primary orientation in a separate scientific discipline special education. The introduction part of the text is devoted to integrating pupils with special educational needs and inclusive education which has been promoted by the Government of the Czech Republic and the Ministry of Education in the last decade. Other chapters are devoted to individual disciplines: special education of people with physical, sensory and mental disabilities, special education of people with impaired communication abilities and selected behavioral disorders. The proposed text may not be comprehensive, is limited to the most important information and can be a stimulus for further study.

Klíčová slova

Inkluzivní škola, inkluzivní vzdělávání, integrace, žák se speciálními vzdělávacími potřebami, žák se zdravotním postižením

Keywords

Inclusive School, Inclusive Education, Integration, Pupil with Special Educational Needs, Pupil with Physical Disabilities

1 Úvod

Disciplínu, kterou dnes nazýváme speciální pedagogika, můžeme považovat za disciplínu poměrně mladou, která se v souvislosti se společenskými procesy a snahou o co největší možné začlenění osob s různým druhem postižení rychle rozvíjí. Pokud bychom měli definovat předmět jejího zájmu, shodují se nejčastěji současní speciální pedagogové v tom, že jde o obor zabývající se výchovou, vzděláním a dalším rozvojem osob se zdravotním postižením nebo znevýhodněním s cílem dosáhnout co nejvyšší míry jejich sociální integrace (školní, pracovní, kulturní atd.). Současně se jedná o oblast, která vychází ze široké speciálněpedagogické teoretické základny a konkretizuje se v jednotlivých specializacích podle rozdílného předmětu zájmu.

Pojem speciální pedagogika se v jednotlivých obdobích různě měnil a specifikoval, z historie posledního století připomeňme alespoň některé z tehdy běžně používaných termínů, např. péče o děti a *mládež abnormní a děti úchylné* (dnešní terminologií děti s mentálním postižením). **Jan Mauer** (1878–1937) zavedl ve 20. letech 20. století pojem *nápravná pedagogika*, jejímž posláním bylo pomáhat abnormálním jedincům k tělesnému uzdravení, podněcovat jejich vývoj tělesným a duševním cvičením a v rámci jejich možností je připravovat pro praktický život (Renotiérová, Ludíková, 2006). Významným představitelem meziválečné pedagogiky byl **Josef Zeman** (1867–1961), který působil na ministerstvu školství a národní osvěty a zasadil se o vybudování sítě pomocného školství, tj. dnešních praktických a speciálních škol. V 50. letech minulého století se běžně používal termín *pedagogická defektologie*, později speciální pedagogika defektologická a v roce 1972 přešel profesor **Miloš Sovák** (1905–1989) definitivně k termínu *speciální pedagogika*, což také potvrdil ve své práci *Nárys speciální pedagogiky*

(1972). Termín speciální pedagogika se ustálil až na přelomu 60. a 70. let 20. století a používá se dodnes. Miloš Sovák, původní profesí lékař, ale také zakladatel České logopedické společnosti a první vedoucí katedry speciální pedagogiky na Pedagogické fakultě Univerzity Karlovy, je autorem rozčlenění speciální pedagogiky jako vědy na jednotlivé oblasti (tzv. pedie), které se věnují jednotlivým druhům postižení: somatopedie (tělesná postižení, dlouhodobá a chronická onemocnění), tyflopédie (zrakové postižení), surdopedie (sluchové postižení), psychopedie (mentální postižení, Downův syndrom, poruchy autistického spektra), logopedie (narušená komunikační schopnost), etopedie (poruchy chování), speciální pedagogika osob s dílčími nedostatky (specifické poruchy učení, projevy ADD, ADHD) a kombinovaná postižení, např. dvou a více druhů postižení (Slowík, 2007).

V každé době vývoje lidské společnosti se rodili lidé s nějakým typem postižení nebo k němu přišli následkem vážného úrazu či onemocnění a společnost k nim zaujímal určitý postoj.

V období nejstarších civilizací platila velmi tvrdá represivní opatření vůči postiženým jedincům, realitou byla jejich likvidace, zneužívání či zotročování. Znamé jsou praktiky ze starověké Sparty, ve které byly hned po narození zabíjeny slabé děti, které by nevydržely tvrdou výchovu. Na druhou stranu, řada archeologických nálezů dokládá, že i ve starověku přežívali někteří velmi těžce postižení lidé, vyžadující vysokou míru péče a pomoci (Titzl, 2000). Vztah většinové populace ke znevýhodněným členům se samozřejmě vyvíjel, a to v jasné souvislosti s panujícím světovým názorem, převládajícími myšlenkovými proudy a filozofickými názory. Křesťanský středověk a nadvláda církve je svázán se stádiem charitativní pomoci, postižený člověk se stává objektem milosrdenství, ochrany a pro takto potřebné jsou zakládány první klášterní špitály nebo nalezince. S nástupem novověku, osvícenství a rozvojem vědeckého poznání se setkáváme s rozsáhlým zakládáním

institucí, ústavů a škol, zaměřených na pomoc a péči o různě postižené osoby. Tato zařízení byla sice na různé úrovni a plnila funkci především sociální péče, podle tehdejší terminologie péče o hluchoněmé, zmrzačené, mravně narušené nebo slepé, můžeme je ale pokládat za průkopníky péče o znevýhodněné osoby.

Teprve pro 20. století je charakteristické spojení péče s rehabilitací, výchovou a vzděláváním. Odborný zájem o postiženého člověka byl zpočátku zaměřen spíše medicínsky, teprve později se dostává do centra pozornosti pedagogů a právníků. Po 2. světové válce se vyspělé země orientují také na prevenci vzniku postižení včetně snah předcházet riziku narození dítěte s vrozenou vadou a současně se začínají hledat cesty k maximální možné **integraci** znevýhodněných osob do majoritní společnosti. V České republice jsou tyto tendence nejmarkantnější v posledních dvou desetiletích. Integrace má velmi těsný vztah k problému sociální, ekonomické, kulturní a pedagogické nerovnosti a k principu rovnosti šancí. Obecně rozumíme integrací spojování částí v celek, ve speciální pedagogice hovoříme o spojování osob, speciálně pak o spojování handicapovaných a intaktních – zdravých (Jesenský, 2000).

Nejmodernější trendy související s přístupem k osobám s postižením jsou nazývány jako **inkluzivní přístupy**. Ty lze charakterizovat jako přirozené začleňování handicapovaných osob do běžné společnosti, resp. jejich nevyčleňování z běžné populace. Při inkluzi se připouští, že integrovaný těžce postižený jedinec nebude ani při zvláštních opatřeních schopen dosahovat stejné míry fungování nebo výkonu jako jedinec zdravý. Rozhodujícím důvodem pro inkluzi je subjektivní přínos pro postiženého, plynoucí z inkluze.

2 Inkluzivní vzdělávání a inkluzivní pedagogika

Koncept **integrace** (začlenění) je ve světovém měřítku charakteristický pro 80. léta 20. století, pro inkluzi jsou typická především 90. léta 20. století, ale zejména začátek 21. století, kdy vytvoření společného školního prostředí pro všechny je cestou, na kterou se postupně vydávají jednotlivé státy včetně České republiky. Podle zahraničních i našich autorů lze **inkluzi** chápat v třídimenzionálním pojetí: Můžeme ji ztotožňovat s integrací nebo ji přijímat jako jakousi vylepšenou, „optimalizovanou“, integraci a konečně třetí možností je vnímání nové kvality přístupu k postiženým dětem, odlišné od integrace, tedy jako bezpodmínečné akceptování speciálních potřeb všech dětí. V moderním pojetí je jednoznačně správně vysvětlení pojmu inkluze pouze ve třetí variantě.

Velmi zjednodušeně můžeme také říci, že integrace vyžaduje větší přizpůsobení dětí škole, zatímco inkluze se víc snaží přizpůsobit educační prostředí dětem. Inkluze vyžaduje zároveň radikální kurikulární reformu, reformu v oblasti hodnocení a vytváření skupin žáků. Inkluze je založená na akceptování různorodosti, pokud jde o pohlaví, národnost, rasu, jazykový původ, sociální pozadí, úroveň výkonu nebo postižení (Lechta, 2010).

Podle Lechty můžeme považovat v obecné rovině za hlavní subjekty inkluzivní pedagogiky žáky s postižením, narušením nebo ohrožením a žáky intaktní. Otázky může vyvolat samotné spojení intaktní žák, který je většinou prezentován jako „normální, nepostižený“ žák, což svádí k polemice nad tím, co je normální, protože pojem „norma“ může být vysvětlován také nejednoznačně. Stejně tak spojení postižený žák

a zdravý žák je poněkud zavádějící, neboť např. neslyšící či nevidomý žák může být zcela zdravý.

Inkluzivním vzděláváním se rozumí vzdělávání rozvíjející kulturu školy směrem k sociální koherenci a inkluzí se rozumí uspořádání běžné školy způsobem, který může nabídnout adekvátní vyučování a studium všem dětem, žákům a studentům s ohledem na jejich individuální rozdíly a s respektem vůči jejich aktuálním vzdělávacím potřebám, přičemž nezáleží na druhu „speciálních“ potřeb ani na výsledcích poměrování výkonu žáků (Hájková, Strnadová, 2010).

2.1 Legislativní opatření zabývající se realizací vzdělávání žáků se zdravotním postižením

Vzdělávání žáků se zdravotním postižením nebo také se speciálními potřebami v České republice vychází v posledních letech z principů inkluzivní pedagogiky a inkluzivního vzdělávání, k čemuž přispívá i současná legislativa. Podmínky pro vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami vymezuje školský zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání ve znění pozdějších předpisů. Danou problematiku dále rozpracovává vyhláška č. 147/2011 Sb., kterou se mění vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných ve znění pozdějších předpisů, a která umožňuje vedle individuální či skupinové integrace zřízení speciálních škol pro žáky či studenty se speciálními vzdělávacími potřebami podle charakteru postižení od mateřské školy po střední školu (např. gymnázia, střední odborná učiliště, střední odborné školy, konzervatoře, ale i odborná učiliště a praktické školy).

Významným počinem pro prosazení myšlenky inkluzivní školy byla ratifikace **Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením** Českou republikou v září 2009 (samotný dokument byl schválen Valným shromážděním OSN již v prosinci 2006). Úmluva ukládá důsledné naplňování existujících lidských práv a svobod z hlediska osob se zdravotním postižením. Uznává jejich důstojnost a rovné postavení, právo na samostatnost a nezávislost, na svobodné rozhodování, podporuje zapojení osob se zdravotním postižením do všech politik, které se jich dotýkají. Za mimořádně důležité považuje Úmluva zajištění přístupu zdravotně postižených k fyzickému, ekonomickému, sociálnímu a kulturnímu prostředí, ke vzdělávání, k rehabilitaci, k informacím a komunikaci.

Článek 24 Úmluvy ukládá státům, které jsou její smluvní stranou, povinnost uznávat právo osob se zdravotním postižením na vzdělání, zajistit, aby osoby se zdravotním postižením měly možnost přístupu k terciárnímu vzdělávání, odborné přípravě na výkon povolání, vzdělávání dospělých a celoživotnímu vzdělávání bez diskriminace a na rovnoprávném základě s ostatními (MPSV, Úmluva OSN... 2009).

Vládou České republiky byly v minulých letech postupně vypracovány a schváleny již čtyři národní plány formující politiku státu ve vztahu ke zdravotně postiženým občanům a současně byla pro jednotlivá ministerstva vytvořena konkrétní opatření. Aktuálně je realizován **Národní plán vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2010–2014**, který navazuje na starší Národní plán podpory a integrace občanů se zdravotním postižením (2006–2009), z něhož vyplynula řada nedořešených otázek života osob se zdravotním postižením. Stát tak deklaruje, že chce odstraňovat bariéry, které brání občanům se zdravotním postižením v plnohodnotné účasti a zapojení do společnosti, a zlepšit podmínky i kvalitu jejich života. Plán připomíná, že je potřeba věnovat zvýšenou pozornost oblasti zaměstnávání

osob se zdravotním postižením, neboť i přes veškeré dosud přijaté legislativní změny je situace v této oblasti nepříznivá. Ministerstvo práce a sociálních věcí a Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy by měla společně usilovat o zabezpečení podmínek propojení systému vzdělávání a zaměstnanosti, což by mělo zvýšit šance mladých lidí na plynulý přechod mezi školou a zaměstnáním (Klenková, Vítková, 2011).

Z iniciativy Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy vzešel v roce 2010 další dokument – **Národní akční plán inkluzivního vzdělávání**, který si klade za cíl zvýšit míru inkluzivního vzdělávání v českém vzdělávacím systému na všech stupních a typech škol a zajistit tak proinkluzivní opatření vedoucí k ukončení segregace ve vzdělávání. Konečným cílem je pak působit preventivně proti sociální exkluzi (vyčlenění, vyloučení) jednotlivců i celých sociálních skupin a přispět k úspěšné integraci jedinců s postižením či znevýhodněním. Žákovská různorodost (heterogenita) se má postupně stát sociální normou.

2.2 Podmínky pro školní inkluzi

Škola realizující inkluzivní vzdělávání je povinna vytvořit vyhovující podmínky pro docházku žáků se speciálními vzdělávacími potřebami. V první řadě se jedná o **personální a materiální zabezpečení**. Pro úspěšné začlenění dítěte s postižením do běžné školy a třídy je nezastupitelná úloha **třídního učitele**. Se žákem může pracovat i druhý učitel ve třídě, tzv. podpurný učitel, jehož přítomnost ve třídě je právně zakotvena ve Směrnici MŠMT k integraci dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami do škol a školských zařízení (Valenta, 2003). K běžnému materiálnímu vybavení inkluzivní školy řadíme bezbariérový přístup, úpravu pracovního místa žáka (lavice) a zajištění kompenzačních nebo didaktických pomůcek.

Podle vyhlášky č. 73/2005 Sb. pomáhají pedagogům při výchovné a vzdělávací činnosti **asistenti pedagoga**. Jejich role spočívá také v pomoci žákovi přizpůsobit se školnímu prostředí, podílejí se na spolupráci se zákonnými zástupci žáků a pedagogům pomáhají při výuce. Ve třídě se můžeme setkat i s pozicí osobního asistenta, jehož těžiště činnosti nevidíme v pedagogické práci, ale v kompenzaci znevýhodnění dítěte s postižením v sebeobsluze, dopravě nebo při stravování.

Dalšími důležitými členy pedagogického týmu inkluzivní školy mohou být **školní speciální pedagog a školní psycholog**, podporu a pomoc žákovi se speciálními vzdělávacími potřebami nalezneme i na specializovaných pracovištích, v pedagogicko-psychologické poradně a ve speciálně pedagogickém centru.

Personální a materiální zabezpečení školy je třeba doplnit změnami v úpravě kurikula, změnami učebních plánů a osnov a přizpůsobením vzdělávacího programu žákovi se speciálními vzdělávacími potřebami. V inkluzivní škole je nezbytné omezit frontální práci s celou třídou a naproti tomu využívat více diferencovaný a individualizovaný přístup k žákům. S ohledem na zdravotní postižení či znevýhodnění je pro žáka obvykle vypracován individuální vzdělávací plán (Bartoňová, Vítková, 2011).

Zapamatujte si



Česká republika přijala v posledních letech několik zásadních dokumentů, kterými se přihlásila k myšlence inkluzivní školy a inkluzivního vzdělávání. V roce 2009 ratifikovala Úmluvu o právech osob se zdravotním postižením (byla přijata Valným shromážděním OSN již v roce 2006). Aktuálně je realizován Národní plán vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2010–2014, vypracovaný vládou ČR a další dokument Národní akční plán inkluzivního vzdělává-

ní, který vznikl z iniciativy MŠMT v roce 2010. Pojem inkluze chápeme nejčastěji jako akceptování heterogenity, různorodosti a pod inkluzivním vzděláváním si představujeme takové uspořádání školy a vyučování, které respektuje aktuální vzdělávací potřeby každého žáka.



Otázky k promyšlení

1. Definujte termíny integrace, inkluze, popř. exkluze.
2. Jak se vyvíjelo vnímání žáka se speciálními vzdělávacími potřebami v poválečném období?
3. Zamyslete se nad podmínkami, které by měla splnit běžná škola, aby mohla realizovat proces inkluzivního vzdělávání.
4. Jaké máte vlastní zkušenosti s integrací/inkluzí v mateřské, základní nebo střední škole? Jako žák (student) nebo učitel (vychovatel).
5. Vysvětlete rozdíly mezi pojmy žák se zdravotním postižením, žák se zdravotním znevýhodněním a žák se sociálním znevýhodněním (pracujte se školským zákonem č. 561/2004 Sb.).



3 Speciální pedagogika osob s tělesným postižením

Většina lidí si pod pojmem tělesně postižený člověk představí vozičkáře nebo někoho s berlemi v podpaží. Tělesný handicap ale souvisí s daleko širší škálou projevů, mezi něž řadíme i dlouhodobá zdravotní oslabení, která nemusí být patrná hned na první pohled, ale postiženému člověku způsobují řadu komplikací. Tělesné handicapy jsou obvykle spojeny s určitou mírou poruchy hybnosti. Tato porucha může být částečná, což znamená sníženou mobilitu, případně úplná. Omezení

hybnosti má závažné psychické a sociální souvislosti a zásadně se může podílet na určitém stupni defektivity, tedy na úrovni narušení vztahu mezi majoritní společností a osobami se zdravotním postižením. Poruchy hybnosti mohou souviset se sníženou samostatností a jistou omezeností v normálních sociálních vztazích. Snížená mobilita s sebou nese i další zdravotní rizika v podobě atrofie svalových skupin a omezování schopností koordinace tělesných projevů. Potom hovoříme o poruchách hybnosti, které mohou být **primární** (následek přímého poškození pohybového ústrojí), nebo **sekundární** (pohyb je omezen v důsledku jiné nemoci či poruchy).

K nejméně závažným tělesným postižením a současně k postižením s nejčastějším výskytem řadíme tzv. **deformace**, k nimž patří vadné držení těla, *ortopedické vady páteře* (hrudní kyfóza a krční lordóza, skolióza páteře). Poměrně početnou skupinu pohybových vad tvoří *nesprávný vývoj kyčelního kloubu*. Postižení může být jednostranné nebo oboustranné a bývá vyvoláno vrozeným nedostatečným vývojem kyčelních kloubů, popř. úplným vykloubením hlavice kloubu (luxace) nebo jen částečným vykloubením (subluxace). Dnes podstupují všechny děti ještě v porodnici vyšetření ke včasnému zjištění vady. Závažnějším onemocněním s rozsáhlejšími důsledky jsou **malformace**. Jde o patologický vývoj různých částí těla, nejčastěji však končetin, popř. lebky. Vrozené úplné nevyvinutí končetin označujeme jako *amélie*, stav, kdy končetina navazuje přímo na trup (chybějí paže a předloktí), nazýváme *fokomélie*. **Amputace** je obvykle chirurgické odnětí části končetiny nebo celé končetiny od trupu. Příčinou mohou být také úrazy, následkem kterých k amputaci končetiny dochází, např. při autonehodách, poraněních elektrickým proudem, výbušninou apod. V takových případech je nezbytná spolupráce s plastickou chirurgií nebo s protetickým oddělením, v jejichž kompetenci je další volba nevhodnějšího řešení pro postiženého jedince (Pipeková a kol., 2006).

3.1 Dětská mozková obrna (DMO)

Dětská mozková obrna je jednou z nejčastějších příčin vrozeného nebo v nejranějších fázích života získaného tělesného postižení. Medicína ji definuje jako neprogresivní neurologický syndrom vyvolaný lézí nezralého mozku (Slowík, 2007). Neprogresivní znamená, že nedochází k nárůstu poškození mozku, ale naopak k částečnému zhojení podpůrné mozkové hmoty a k ohraničení postiženého místa. Úplné vyléčení je ale nemožné. Jde o poruchu s velmi pestrou etiologií i širokou škálou projevů. Přibližně ve dvou třetinách případů se u jedinců s DMO vyskytuje také mentální handicap různého stupně, nezřídka i další onemocnění a komplikace (smyslové vady, epilepsie, vývojová dysartrie).

Velmi důležité, vzhledem k zahájení intenzivní léčby, je stanovení **včasně diagnózy**, které by mělo být zajišťováno při pravidelných lékařských prohlídkách hned po narození dítěte. Součástí preventivního vyšetření je i porovnání kvality a rychlosti vývoje daného jedince s průměrem v populaci, tj. srovnává se věk kalendářní a vývojový.

Příčiny DMO mohou být **prenatální** (např. infekce a virová onemocnění plodu nebo matky, nezralost novorozence), **perinatální** (porodní komplikace, např. protražovaný porod spojený s nedostatečným zásobením plodu kyslíkem a glukózou, krvácení do mozku vlivem zranitelnosti mozkových cév) nebo **postnatální** (infekce, úrazy a jiná poškození především centrálního nervového systému). Odborná literatura rozlišuje **spastickou** dětskou mozkovou obrnu, kterou dále dělí na **diparetickou formu** – je charakteristická postižením zejména dolních končetin. Končetiny jsou tuhé, manipulace s nimi jde proti odporu. Spasticitou bývají nejvíce postiženy abduktory stehna, plantární flexory nohy a flexory bérce. Chůze bývá nůžkovitá

(kolena o sebe třou), po špičkách, s pokrčenými koleny. Onemocnění je většinou brzy patrné, nejvíce se projeví v době zvýšeného nároku na pohyblivost po 5. měsíci života, dítě se neposazuje, neleze, nepřevrací se na záda. Psychický vývoj zůstává bez postižení, intelekt bývá zachován v normě, což má v dalších letech význam pro spolupráci v oblasti rehabilitace. **Hemiparetickou formou** nazýváme postižení hybnosti pravé nebo levé poloviny těla, přičemž podstatněji bývá postižena horní končetina, která bývá ohnuta v lokti, zatímco dolní končetina je napjata tak, že postižený došlapuje na špičku. Horní končetina postupně slábne, stává se spastickou a zaujímá typickou pozici dlaní dolů. Příčinou je nejčastěji porucha zásobování části mozkové hemisféry krví při neprůchodnosti tepny nebo při záňetu. Chůze začíná většinou až po druhém roce života, při menším stupni postižení se porucha hybnosti projeví např. pouze při běhu a rychlejší chůzi, jinak nemusí být patrná. Intelekt bývá buď zachován (asi u poloviny postižených), u části postižených je intelekt snížen do pásma lehké mentální retardace. **Kvadruparetickou formou** rozumíme spastické postižení všech končetin s větším poškozením dolních končetin, včetně poškození intelektu. V důsledku zasažení obou mozkových hemisfér je poměrně malá šance na větší zlepšení hybnosti. I u lehčích forem kvadruparéz jsou osoby s tímto typem dětské mozkové obrny závislé na péči rodičů, příp. jiných institucí sociálního zabezpečení. Výchova a celková péče je zaměřena na rozvoj samostatnosti a sebeobsluhy.

Nespastické mozkové obrny můžeme ještě dále dělit na **hypotonické** – jedná se o chabou obrnu, většinou výraznější na dolních končetinách. Je vázána na raný věk dítěte – zpravidla do 3–4 let, později přechází do jiných forem DMO. Pokud setrvává, je doprovázena těžkou mentální retardací. Prognóza onemocnění není příliš dobrá a postižení bývají jen s obtížemi schopni samostatného života. Pro **dyskinetickou**

formu nespastické DMO jsou typické vůlí nepotlačitelné a nekoordinované pohyby, které narušují normální hybnost. Pohyby jsou většinou pomalé, tzv. červovité, atetonické nebo choreatické. Příčina onemocnění spočívá v poškození šedé kůry mozkové s centry hybnosti, intelektová úroveň zůstává nezměněna. Ve školní praxi je zásadním problémem nácvik jemných motorických dovedností, hlavně psaní, které v některých případech kvůli narušené hybnosti není vůbec možné.

Dětské mozkové obrny mohou být také doprovázeny poruchami inteligence; celkový výskyt mentální retardace u dětí s DMO je asi v jedné třetině až jedné polovině případů a až u 75 % postižených jsou zaznamenány poruchy řeči, asi ve 20 % případů jsou přítomny i poruchy sluchu (Pipeková a kol., 2006).

3.2 Svalová onemocnění

Progresivní svalová dystrofie (myopatie) patří k závažným onemocněním. Jedná se o primárně dědičné onemocnění svalů vzniklé na podkladě dědičné metabolické poruchy. První příznaky nemoci se projevují již v dětství, méně často v adolescenci a jen vzácně v dospělém věku. V současné době je onemocnění pokládáno za letální a léčba je pouze symptomatická s významným zastoupením rehabilitace. Lepší prognózu má forma postihující ramenní pletenec, druhá forma postihuje nejprve pánevní pletenec, později i svalstvo dolních končetin. Specifickým případem svalových onemocnění s nepříznivou (letální) prognózou je *Duchenneova svalová dystrofie*.

Mezi vrozená tělesná postižení bychom mohli dále zařadit vrozené vady lebky, poruchy velikosti lebky (makrocefalus nebo mikrocefalus), rozštěpy rtů, čelisti, patra nebo páteře.

3.3 Specifika života lidí s tělesným postižením

Za jeden z nejzávažnějších problémů osob s tělesným postižením považujeme omezenou **mobilitu a případnou invaliditu** (ve smyslu částečné nebo úplné neschopnosti člověka být plně výdělečně činný). Mnozí tělesně handicapovaní lidé pocítují markantní rozpor mezi vlastní psychickou nezávislostí a třeba i naprostou fyzickou závislostí na péči nebo podpoře poskytované druhými lidmi. Zdravý člověk si někdy jen stěží dokáže představit, jak některé běžné úkony a aktivity provádí ten, kdo je trvale upoután na vozík nebo má výrazné pohybové omezení (Vágnerová, 2004).

Pro děti s pohybovým postižením máme u nás vybudována centra, která zajišťují včasnou diagnostickou a komplexní péči, medicínsko-terapeutickou a pedagogicko-psychologickou péči včetně poradenských služeb pro rodiče postiženého dítěte. Pedagogické poradenství se poskytuje dětem s tělesným postižením prostřednictvím **speciálně pedagogických center (SPC)**, zřizovaných při speciálních mateřských školách a základních školách speciálních, zpravidla pro děti ve věku od 3 let až do doby ukončení povinné školní docházky. Na počátku školní docházky je u žáků s tělesným postižením důležité zjištění, zda se mohou pohybovat sami nebo jen s cizí pomocí, a to i v přílehlém prostředí (WC, šatna, jídelna). Mobilita podstatně ovlivňuje **kvalitu života** a je základním předpokladem jejich **úspěšné sociální integrace**. V úvahu je třeba vzít i vhodnost školních lavic a přístup k nim. Učitel při práci s tělesně postiženými žáky musí počítat se sníženou koncentrací pozornosti a zvýšenou unavitelností. Pracovní tempo u dětí s tělesným postižením může být pomalejší a pomaleji také probíhá socializační proces. Situace bývá ztížena i kombinovaným postižením, buď sníženými rozumovými schopnostmi, někteří žáci mohou mít rozsáhlejší logopedické vady a také obtíže s nácvikem psaní. Podle platné legislativy MŠMT může žák

s tělesným postižením nastoupit povinnou školní docházku v běžné základní škole, ve speciální škole pro tělesně postižené nebo ve speciální třídě základní školy (Vítková, 2004).

Zapamatujte si

Poruchy hybnosti mají poměrně pestrá etiologická opodstatnění a mohou vznikat jak v prenatálním období, tak v postnatálním vývoji člověka. Početnou skupinu osob s tělesným postižením představují jedinci s dětskou mozkovou obrnou různého stupně a formy. Závažným onemocněním je myopatie, zejména jedna z jejích podob, Duchenneova svalová dystrofie, považovaná v současné době stále za letální nemoc. Tělesná postižení mohou být kombinovaná např. s epilepsií, mentální retardací, smyslovými nebo řečovými vadami, a postihují tak jedince komplexně. Pro péči i vzdělávání je nutná spolupráce s týmem odborníků z mnoha oblastí (lékaři, rehabilitační pracovníci, protetici, logopedi ad.).



Otázky k promyšlení

1. Jaké možnosti vzdělávání umožňuje současná školská legislativa žákům s tělesným postižením?
2. Vysvětlete rozdíly mezi spastickou a nespastickou dětskou mozkovou obrnou.
3. Může dojít k narušení procesu socializace v případě tělesného postižení nebo při poruše hybnosti? Proč?
4. V čem spočívají specifika života osob s tělesným postižením?



4 Speciální pedagogika osob se zrakovým postižením

Zrak je považován za jeden z nejdůležitějších smyslů člověka, jehož prostřednictvím získáváme 80–90 % informací z okolního světa. Zrakové postižení narušuje kognitivní funkce, orientaci člověka v prostoru a samotný pohyb, jedinec není schopen v plném rozsahu vnímat a následně si představovat předměty a jevy s relativní či úplnou přesností a dochází k tzv. **informačnímu deficitu**. Velká část lidí používá alespoň v některé etapě svého života brýle nebo kontaktní čočky, které korigují zrakovou vadu, např. krátkozrakost. Takováto vada ovlivňuje negativně život člověka jen minimálně. Pokud nestačí běžná optická korekce, diagnostikujeme zrakové postižení určitého stupně a hovoříme o osobě se zrakovým postižením.

Příčinou zrakového postižení může být vada v jakékoli části zrakového ústrojí – ve zrakovém centru v mozku, nervových drahách nebo na samotném receptoru. Vrozené vady bývají často geneticky podmíněné nebo způsobené infekčním onemocněním matky v době těhotenství, může se také jednat o vrozený zelený či šedý zákal (glaukom a katarakta). U nezralých novorozenců může v důsledku delšího pobytu v inkubátoru vzniknout tzv. **retinopatie nedonošených**, která patří k častým postnatálním etiologickým činitelům vzniku zrakového onemocnění. K dalším postnatálním příčinám můžeme zařadit i onkologická onemocnění oka nebo širokou škálu úrazů zrakového orgánu. Některé vady jsou navíc progresivní, takže postupné zhoršování stavu, nebo dokonce prognóza úplné ztráty zraku mohou být v takových případech vysoce pravděpodobné. Protože vývoj zrakových funkcí končí mezi šestým až sedmým rokem věku dítěte, sehrává důležitou roli i doba, ve které do-

šlo k poškození zraku, tedy předcházející zraková zkušenost, která může ovlivňovat další vytváření představ nebo rozvoj orientačních schopností.

4.1 Rozdělení zrakových vad

Zrakové vady můžeme třídit podle různých kritérií, nejčastěji se setkáváme s dělením na vady refrakční, okulomotorické a postižení zorného pole.

Refrakční vady vznikají porušením správného poměru mezi délkou oka a lomivostí optického prostředí. Jde o ztrátu zrakové ostrosti a vady se korigují vhodnými brýlovými čočkami. Pokud člověk dobře vidí na blízko a špatně do dálky, je prodloužená předozadní osa oka nebo zvýšená lomivost paprsků, postižený trpí poruchou zvanou *krátkozrakost (myopie)*. V opačném případě se jedná o *dalekozrakost (hypermetropii)*, poruchu, při které je oko zploštělé nebo dochází k menší lomivosti paprsků, jež se spojují až za sítnici, takže na sítnici se promítá neostrý obraz při vidění zblízka. Nepravidelným zakřivením čočky nebo rohovky, kdy světelné paprsky nedopadají na sítnici rovnoměrně, vzniká *astigmatismus*. Odstraňuje se brýlemi s cylindrickými skly.

Okulomotorické poruchy nebo také **poruchy binokulárního vidění** jsou poruchy, které vznikají na základě částečného omezení zrakové funkce jednoho oka. Na sítnicích obou očí se nevytvářejí na stejných místech dva rovnocenné obrazy, které by po splynutí vytvořily prostorový vjem. Řadíme sem *šilhání (strabismus)* a *tupožrakost (amblyopie)*. Strabismus je porucha rovnovážného postavení očí, osy očí nejsou rovnoběžné, jedno se odchyluje.

U tupožrakosti dochází k podstatnému snížení zrakové ostrosti na jednom oku, které nelze korigovat brýlemi.

Postižení šíře zorného pole znamená omezení prostoru, který dítě vidí. Ztrátu je obtížné změřit, zvláště u malých dětí. Pokud jde o výpadek v centru zrakového pole, potom bude mít člověk problémy při pohledu přímo před sebe a bude se dívat stranou, aby viděl zřetelněji. Výpadek periferního vidění se může objevit v horním, dolním nebo postranním poli.

Porucha barvocitu je vada zrakového vnímání, při které nejsou rozlišovány jednotlivé barvy, nejčastěji je poškozeno vnímání červené a zelené barvy, v horším případě vnímá postižený okolní realitu v odstínech šedé barvy (tzv. úplná barvoslepost – *daltonismus*). Nepříjemné důsledky může porucha mít při školním vyučování, protože barevnost hraje důležitou roli při práci s učebními texty (Pipeková a kol., 2006).

Tabulka 1

Stupně zrakového postižení (klasifikace podle Světové zdravotnické organizace)

<p>Střední slabozrakost Zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí: maximum menší než 6/18, minimum rovné nebo lepší než 6/60. Kategorie zrakového postižení 1.</p>
<p>Silná slabozrakost Zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí: maximum menší než 6/60, minimum rovné nebo lepší než 3/60. Kategorie zrakového postižení 2.</p>
<p>Těžce slabý zrak a) zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí: maximum menší než 3/60, minimum rovné nebo lepší než 1/60. Kategorie zrakového postižení 3. b) koncentrické zúžení zorného pole obou očí pod 20 stupňů, nebo jediného funkčně zdatného oka pod 45 stupňů</p>
<p>Praktická nevidomost Zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí 1/60, 1/50 až světlocit nebo omezení zorného pole do 5 stupňů kolem centrální fixace, i když centrální ostrost není postižena. Kategorie zrakového postižení 4.</p>
<p>Úplná nevidomost Ztráta zraku zahrnující stavy od naprosté ztráty světlocitu až po zachování světlocitu s chybou světelnou projekcí. Kategorie zrakového postižení 5.</p>

Zdroj: Slowík, 2007

4.2 Kompenzační pomůcky a možnosti vzdělávání osob se zrakovým postižením

Lidé s postižením zraku mají nepřeberné množství pomůcek, kterými buď zlepšují sníženou zrakovou percepci (speciální brýle, lupy), nebo s jejich pomocí dovolují zrakově postiženému člověku alternativně využívat kompenzační smysly, především sluch a hmat. **Kompenzační pomůcky** pro zrakově postižené můžeme rozdělit do několika skupin, např. na *optické pomůcky*, mezi které patří binokulární nebo příložné lupy pro slabozraké, *optoelektrické pomůcky* (kamerové a zvětšovací televizní lupy), zejména v poslední době běžně používané *počítače* s využitím buď speciálního hardwaru (digitální zvětšovací lupy, elektronické zápisníky, počítače s braillským řádkem, speciální tiskárny), nebo s využitím speciálního softwaru (hlasové výstupy, programy pro zpracování tištěného textu). Pro běžné vedení domácnosti a každodenní použití používají nevidomí a slabozrací např. speciální hodinky s hmatovým ciferníkem, teploměr, kuchyňskou váhu a pro pohyb na ulici bílou hůl, a to orientační, signalizační nebo opěrnou.

Odbornou pomoc lidem od 15 let věku a také osobám osleplým poskytuje **Tyfloservis**, který je minimálně v každém krajském městě, a rekvalifikační centra, např. v Praze na Dědině. Velkého pomocníka nevidomého člověka, především pro orientaci v prostoru, představuje vodící pes. Jejich výcvikem se zabývá několik organizací, občanských sdružení a neziskových organizací (Středisko výcviku vodících psů, Helppees, Pomocné tlapky).

Děti s postižením zraku mají v současné době možnost vzdělávat se jak v běžné škole (mateřské, základní a střední), tak ve speciálních školách zaměřených na vzdělávání zrakově postižených dětí a žáků. Vedle speciálních mateřských, základních a středních škol existuje také

konzervatoř pro zrakově postižené, ladičská škola a některé učební obory. Náhradou za běžný černotisk, používaný zdravými lidmi, vytvořil v 19. století Francouz **Louis Braille**, sám nevidomý, speciální systém bodového písma, který je dodnes nepřekonatelnou pomůckou pro zrakově postižené. Kombinace vytlačených bodů v základní sestavě šestibodové struktury každého znaku dovoluje zapisovat nejenom kompletně jakoukoli abecedu, včetně interpunkčních znamének, ale např. i matematické operace nebo hudební notové party.

Pro úspěšnou inkluzi dítěte se zrakovým postižením je důležitou podmínkou spolupráce a zájem rodičů a jejich pomoc při domácí přípravě dítěte. Po nástupu do školy musí žák se zrakovým postižením zvládnout orientaci v mikroprostoru, tj. ve třídě a ve školní lavici, a v makroprostoru, samostatný pohyb v budově školy a v jejím okolí, trasy třída – šatna, třída – jídelna, třída – družina. Na přijetí žáka se speciálními vzdělávacími potřebami musí být připraven i učitel, měl by získat informace o předcházejícím vzdělávání dítěte, jeho školní docházce, příp. péči. Samozřejmostí je seznámení se s kompenzačními pomůckami, které žák používá a které bude potřebovat a informování dalších pedagogických i nepedagogických pracovníků školy. U spolužáků postiženého dítěte mohou vzbuzovat pozornost některé zlovyky – kývání těla, otáčení kolem osy těla, stlačování očí (tzv. okulodigitální fenomén), kývání nebo třesení rukama.

Žáci se zrakovým postižením mají právo být vzdělávání podle individuálního vzdělávacího plánu a za pomoci asistenta pedagoga. Škola, jejímiž žáky jsou také děti se zrakovým postižením, by měla zabezpečit technicko-materiální pomůcky, zpravidla dochází i k úpravám organizace vyučování a žákovi je poskytnut delší časový interval na splnění úkolů. Asistent pedagoga obvykle zabezpečuje přípravy poznámek nebo učebních textů v černotisku, Braillově písmu nebo v auditivní podobě.

Pro inkluzivní, běžnou školu platí, že by měla spolupracovat se speciálně pedagogickým centrem, které posoudí celkové zdravotní znevýhodnění žáka a zároveň působí jako poradce jak pro učitele, tak pro žáka s postižením a jeho rodinu. Třídní učitel má znát dokumentaci dítěte včetně oftalmologického a pediatrického, příp. psychologického nebo neurologického vyšetření, dále jeho osobní a rodinnou anamnézu.

Ve **speciální škole** je nespornou předností to, že zrakově postiženého žáka vzdělávají kvalifikovaní tyflopediti, kteří ovládají speciální metody práce, škola má také lepší podmínky pro vybavení učeben, korekční pomůcky pro každého žáka a ve třídě pracuje menší počet dětí. Nevýhodou může být to, že je žák ve speciální škole srovnáván pouze se stejnými postiženými dětmi, jako je on.

Postižení je mimořádnou situací nejen pro člověka samotného, ale také pro jeho okolí. Vytváří problémy v rodině, v dětské skupině, skupině vrstevníků, při plnění školní docházky, při volbě povolání, hledání partnera, zakládání rodiny, v samostatném životě. Zrakově postižení ještě stále narážejí na různé společenské předsudky. Jedním z hlavních problémů lidí s těžkým zrakovým postižením je orientace v prostoru a samostatný pohyb, což může vést k závislosti na druhých lidech a ke sníženému sebehodnocení.

Zapamatujte si

Problematikou osob se zrakovým postižením se zabývá jedna z disciplín speciální pedagogiky – tyflopédie. Odborníci v této oblasti spolupracují ve speciálně pedagogických centrech s rodinou dítěte se zrakovým postižením hned po narození, pomáhají při řešení běžných životních situací, při volbě kompenzačních pomůcek, komunikují s rodiči i po nástupu dítěte do vzdělávacího zařízení, při plnění školní docházky, při volbě povolání atd. V důsledku nezralosti nervové soustavy u předčas-



! ně narozených novorozenců může vzniknout jedna ze zrakových vad, retinopatie nedonošených. Další skupinou zrakových postižení jsou např. refrakční vady nebo okulomotorické poruchy. Žák se zrakovým postižením může být inkluzivně začleněn buď do běžné základní školy, nebo navštěvuje speciální školu pro zrakově postižené.

Otázky k promyšlení

- ?**
1. Zamyslete se nad specifiky vzdělávání osob se zrakovým postižením.
 2. Vyjmenujte některé kompenzační pomůcky, které používají osoby se zrakovým postižením.
 3. Jaká může být etiologie zrakových vad?
 4. Znáte nějaké organizace, nadace nebo občanská sdružení pomáhající lidem se zrakovým postižením?

5 Speciální pedagogika osob se sluchovým postižením

Cílem surdopedie, disciplíny speciální pedagogiky zabývající se výchovou a vzděláváním sluchově postižených, je komplexní péče o sluchově postiženého člověka a snaha o jeho sociální a pracovní zapojení. U lidí od narození neslyšících nebo těžce sluchově postižených dopadá sluchový handicap na jejich život výrazněji, než by se mohlo zdát, a představuje především **komunikační bariéru** se zdravými – slyšícími lidmi. V důsledku sluchového postižení se špatně vytvářejí a pěstují mezilidské vztahy a člověk může trpět společenskou izolací. Protože je narušena percepce řeči, je její vývoj omezen nebo blokován a mluva

bývá deformována. Sluchově postižený člověk si jen obtížně doplňuje zrakové vnímání, jeho **orientace v prostoru** se omezuje prakticky jen na rámec zorného pole, celkově dochází k deficitu v orientačních schopnostech.

Sluchově postižení lidé byli dříve nazýváni jako hluchoněmí, což je termín jednak nepřesný a jednak překonaný. Označení **sluchově postižený** se někdy ekvivalentně zaměňuje s pojmem **neslyšící**. Podle zákona o znakové řeči z roku 2008 se za neslyšící považují pouze osoby, které neslyší od narození nebo ztratily sluch před rozvinutím mluvené řeči, nebo osoby s úplnou či praktickou hluchotou, které ztratily sluch po rozvinutí mluvené řeči, a osoby těžce nedoslýchavé, u nichž rozsah a charakter sluchového postižení neumožňuje plnohodnotně porozumět mluvené řeči sluchem (Česko, 2008). Samotní lidé se sluchovým postižením mají tedy možnost se identifikovat s takovým označením, které podle nich optimálně vystihuje jejich stav a vnímání vlastní identity.

Etiologie sluchových vad je různá, více než 50% sluchových vad je způsobeno geneticky i po několika generacích. Příčinou může být i nemoc matky prodělaná v raných měsících těhotenství (zarděnky, spalničky, poruchy látkové výměny, chřipka). Získané sluchové vady se zakládají po protahovaném porodu s následným krvácením do mozku, v pozdějším věku také jako následek prodělaných středoušních zánětů, meningitid nebo průušnic, příp. po úrazu hlavy. Úbytek sluchu je také přirozeným projevem stárnutí. Pokud dojde ke ztrátě sluchu v době, kdy je již vyvinutá řeč dostatečně zafixována, tj. v období školního věku a později, hovoříme o postlingvální ztrátě sluchu nebo také o **ohluchlosti**.

Spolehlivou vyšetřovací (diagnostickou) metodou, používanou ke stanovení stupně sluchové vady je **audiometrie**. Probíhá tak, že se

do sluchátek nebo do kostního vibrátoru generují tóny s nastavitelnou výškou a hladinou intenzity a určuje se přitom sluchový práh pro různé vysoké tóny. Grafickým znázorněním sluchového prahu je *audiogram*. Alternativou *tónové audiometrie* je *slovní audiometrie*, při které se namísto tónů do sluchátek vyšetřovaného jedince zavádí slovní sestavy a zjišťuje se úroveň porozumění. Tato metoda vyžaduje spolupráci lékaře a pacienta, což není možné u velmi malých dětí, u kterých se volí metoda nevyžadující přímou odezvu pacienta, např. *měření otoakustických emisí* (OAE) nebo tzv. *BERA, CERA*, tj. metody založené na vyšetření evokovaných sluchových potenciálů (Slowík, 2007).

5.1 Klasifikace sluchových ztrát

Tabulka 2 – Sluchové ztráty

Stupeň	Velikost ztráty sluchu podle WHO	Názvy sluchových ztrát	Kategorie podle vyhlášky MPSV č. 284/1995 Sb.
1.	0–25 dB	normální sluch	
2.	26–40 dB	lehká ztráta sluchu lehká nedoslýchavost	lehká nedoslýchavost (již od 20 dB)
3.	41–55 dB	střední ztráta sluchu střední nedoslýchavost	středně těžká nedoslýchavost
4.	56–70 dB	středně těžká ztráta sluchu	těžká nedoslýchavost
5.	71–90 dB	těžká ztráta sluchu těžké postižení sluchu	praktická hluchota
6.	91 dB a více (body v audiogramu i nad 1 kHz)	velmi těžká sluchová ztráta	hluchota
7.	91 dB a více (v audiogramu žádné body nad 1 kHz)	velmi těžká sluchová ztráta	úplná hluchota

Zdroj: Krahulcová, 2003.

Tabulka 3 – **Vnímané hladiny** (v decibelech)

10	práh slyšitelnosti, šum počítače
20	hluboké ticho, zasněžený les, bezvětří
30	místnost v bytě v noci bez hluku, bez tikání budíku, šepot
40	tichý hovor, tikot budíku ze vzdálenosti dvou metrů
50	tichá pracovna, obracení stránek novin, rádio
60	běžný hovor, v parku zpěv kosa ze vzdálenosti 3 metrů
70	mírný hluk, poslech televize, školní třída při vyučování
80	motocykl, vysavač z blízkosti, hluk osobního automobilu
85	hranice, od níž po trvalém vystavení této úrovni hluku existuje možnost poškození sluchu
90	silný hluk, mixér, řetězová pila, zvuk metra
100	symfonický orchestr, přádelna, diskotéka, klakson
110	velmi silný hluk, start vojenského proudového letounu, cirkulárka
120	extrémně silný hluk, sbíječka
130	práh bolesti, člověk neslyší hluk – vnímá bolest, tryskový motor
140	akustické trauma, člověk, který stojí 10 metrů vedle startujícího proudového letounu

Zdroj: Autorka

5.2 Komunikace a vzdělávání osob se sluchovým postižením

V souladu s požadavky na integraci, příp. inkluzi osob se zdravotním postižením do běžných škol se i u dětí se sluchovým postižením preferuje vzdělávání společně se zdravými dětmi, přičemž žáci a studenti, kteří nemohou vnímat sluchem výklad učitele, mají právo na bezplatné vzdělávání pomocí nebo prostřednictvím znakové řeči (viz § 16 odst. 7 zákona č. 561/2004 Sb.). Další možností je vzdělávání ve školách se speciálně vytvořeným programem pro sluchově handicapované děti, žáky a studenty (mateřská škola, základní škola a střední škola pro sluchově postižené). Také zájemci o vysokoškolské vzdělávání nacházejí podporu

na jednotlivých fakultách našich vysokých škol a mají možnost studovat některé obory (např. na Filozofické fakultě UK se otvírá studijní obor čeština v komunikaci neslyšících).

Protože využití mluvené řeči v běžné komunikaci se sluchově postiženým člověkem je jen omezené nebo dokonce nemožné, existují jiné prostředky a metody ke komunikaci s nimi. Jedním z nich je **znakový jazyk** jako přirozený dorozumívací prostředek neslyšících (v našich podmínkách **český znakový jazyk**). Základem znakové řeči je systém pohybů – gest rukou a doplňujících výrazových prostředků. Má vlastní gramatiku, odlišnou od mluveného jazyka a více společných znaků se znakovými jazyky jiných národů, jeho výhodou je plynulá komunikace mezi sluchově postiženými, nevýhodou prakticky nesrozumitelnost pro většinovou populaci. Vedle znakového jazyka je třeba rozlišit **znakový jazyk**. Znakovaná čeština je uměle vytvořený systém, usnadňující komunikaci mezi slyšícími a neslyšícími v České republice. Je jakýmsi kompromisem nebo mezistupněm mezi mluveným jazykem a znakovým jazykem, který téměř doslova překládá mluvenou řeč. Znakovaný český jazyk využívá gramatické prostředky češtiny, která je souhlasně hlasitě nebo bezhlasně artikulována.

Dalším z prostředků v komunikaci s neslyšícími je **odezírání**. Odezírání řeči je vnímání mluvené řeči zrakem a její chápání podle pohybu úst, mimiky tváře, výrazu očí, gestikulace rukou i celého těla. Jedná se o poměrně složitý proces, který nemůže plně nahradit slyšení řeči a závisí na individuálních schopnostech odezírajícího. Celý proces vyžaduje velkou koncentraci odezírajícího, která výrazně klesá po 15–20 minutách. Rozhodujícím činitelem při odezírání je schopnost předvídat a také na základě již odezřené logicky doplňovat mezery, bílá místa, mnohoznačnosti v přijímané informaci. Možnosti odezírání jsou dále limitovány rozsahem slovní zásoby a jazykovým vývojem

hlavně v oblasti morfologické a syntaktické. Odezírání je schopnost, která v sobě zahrnuje nadání i výkon. Potřebné nadání se v tomto smyslu vztahuje hlavně na rozvoj řeči a celkovou komunikativnost jedince. Výkon je podmíněn a ovlivněn vnějšími podmínkami, intenzitou potřeby se dorozumět a dosaženou úrovní nácviku této velmi těžké a náročné komunikativní dovednosti (Krahulcová, 2003). Odezírání tedy není vhodnou ani používanou metodou pro školní výuku. Kromě toho klade velké nároky na mluvčího (přesná artikulace, pomalejší tempo mluvy, jednodušší věty, dobré osvětlení apod.).

Daktylotika neboli **prstová abeceda** je vizuálně-motorická komunikační forma, při které se používá různých pozic prstů a dlaně k vyjádření písmen abecedy s tím, že každé písmeno má zvláštní prstový znak. Prstová abeceda je pokládána za podpůrnou metodu, která ale těžce sluchově postiženým dětem pomáhá už v předškolním věku pochopit a zapamatovat si strukturu slova a dorozumět se podle potřeby.

V současné době je v našich školách pro sluchově postižené děti nejrozšířenějším přístupem tzv. **totální komunikace**, při které kombinujeme český znakový jazyk, mluvenou řeč, prstovou abecedu, odezírání, čtení, psaní, mimické a gestikulační prvky včetně používání sluchadel jako kompenzační pomůcky. Častěji se setkáváme s pojmem **system augmentativní a alternativní komunikace**, tj. souhrn všech postupů a prostředků, kterých se využívá pro rozvoj dorozumívání konkrétní osoby (Vítková, 2004).

Naprostá většina osob se ztrátou sluchu v pásmu nedoslýchavosti používá jako **kompenzační pomůcku** při běžné komunikaci s majoritní společností různé typy sluchadel (kapesní, závěsná, brýlová). Významnou roli sehrává kompenzační smysl, především zrak, takže neslyšící člověk může používat např. mobilní telefon pro psaní sms zpráv,

psací telefon, fax nebo teletext. Samozřejmostí jsou počítače. Součástí léčebné a sociální rehabilitace se v posledních letech stává i voperování kochleárního implantátu, což představuje poměrně zdravotně náročný zákrok, který se zdaleka nehodí pro všechny sluchově postižené osoby.

Zapamatujte si

! Ztráta sluchu představuje pro postiženého člověka především komunikační bariéru v mezilidských vztazích a ve společenském styku. V běžné komunikaci využívají sluchově postižení český znakový jazyk, rozšířeným přístupem je tzv. totální komunikace, naopak méně časté je odezírání nebo používání daktylotiky. Ve speciálních školách pracují se žáky vyškolení pedagogové – surdopedi, v souladu s principem inkluzivního vzdělávání mohou žáci se sluchovou vadou navštěvovat běžnou základní školu. Rozhodnutí, jakou školu bude dítě preferovat, je především záležitostí rodičů, vždy je ale potřeba respektovat stupeň sluchové ztráty a vzdělávací potřeby dítěte.

Otázky k promyšlení

- ?**
1. Jaké diagnostické metody používané ke stanovení stupně sluchové ztráty znáte?
 2. Vysvětlete, jak rozumíte výroku: U osob se sluchovým postižením dochází k deficitu v orientačních schopnostech.
 3. Popište možnosti komunikace osob se sluchovým postižením a možnosti komunikace s osobami se sluchovým postižením.
 4. Jaké kompenzační pomůcky používají osoby se sluchovým postižením?

6 Speciální pedagogika osob s narušenou komunikační schopností

Narušená komunikační schopnost je jedním ze základních termínů současné logopedie. Samotný pojem **logopedie** vznikl spojením dvou řeckých slov: logos = slovo a paidea = výchova. Jedná se o speciálně-pedagogický vědní obor, který se zabývá komunikačními schopnostmi člověka, fyziologií a patologií komunikačního procesu, ontogenezí řeči, diagnostikou a terapií vad a poruch komunikačních schopností a také prevencí těchto poruch (Vítková, 2004). Současná logopedie je oborem interdisciplinárním, neboť využívá poznatků z jiných vědních oborů a také s těmito vědními obory při diagnostice a terapii jedinců s narušenou komunikační schopností spolupracuje. Z oborů medicíny jsou to např. pediatrie, foniatrie, otorinolaryngologie, ortodontie, plastická chirurgie nebo neurologie. Cílem logopedické péče je odstranit, překonat nebo alespoň v maximální možné míře zredukovat narušenou komunikační schopnost, příp. komunikační schopnost dále rozvinout.

Definovat narušenou komunikační schopnost není vždy jednoduché stejně jako stanovení normality, tzn. určení, kdy se jedná o normu a kdy už můžeme hovořit o narušení. Platí zde totiž určité jazykové zvláštnosti, musíme také zvážit, v jakém jazykovém prostředí jedinec žije, jaké má hodnocená osoba vzdělání nebo je-li mluvním profesionálem. Zdravý kojeneček nemluví přibližně do jednoho roku, protože k tomu nemá fyziologické předpoklady, sice neuzívá slova, ale křičí, brouká, žvatlá. Tuto fázi pokládáme za normální a hovoříme o tzv. **fyziologické nemluvnosti**. Vlastní vývoj řeči začíná kolem 1. roku, mezi

2. a 3. rokem již dítě mluví ve větách. Pokud je dítě zdravé, slyší, není opožděn jeho duševní vývoj a motorika ani nedošlo k orgánovému poškození mluvidel, přičemž sociální prostředí dítěte je dostatečně stimulační, ale dítě přesto nemluví, hovoříme o **prodloužené fyziologické nemluvnosti**. Nemluví-li dítě ani ve třech letech, jde již o **opožděný vývoj** řeči a je potřeba vyloučit faktory, které ho mohly způsobit. Dítě musí podstoupit řadu vyšetření – sluchu, zraku, příp. postižení intelektu, projevů autismu a možných vad mluvidel. Za narušení komunikační schopnosti také nelze považovat nesprávnou výslovnost, vynechávání nebo záměnu hlásek při výslovnosti v období, kdy se jedná o jev fyziologický = **fyziologická dyslalie** (Klenková, 2006).

6.1 Příčiny vzniku narušené komunikační schopnosti

Příčiny vzniku můžeme rozdělit z časového hlediska, a to buď v období vývoje plodu (prenatálně), v průběhu porodu nebo postnatálně, po narození. K nejčastějším příčinám patří genové mutace, chromozomální aberace, orgánové poškození receptorů, porušení centrálního nervového systému, nejružnější vývojové odchylky a v období postnatálním zejména působení nevhodného, nestimulačního prostředí.

Porucha řeči může také doprovázet jiné, dominantní postižení, nemoc nebo poruchu a potom hovoříme o symptomatických poruchách řeči. Takovým dominantním postižením je např. hluchota nebo mentální postižení, doprovázené narušenou komunikační schopností. Poměrně časté může být opoždění řečového vývoje u dětí s lehčími formami dětské mozkové obrny, v těžších případech je vývoj řeči obvykle omezený.

6.2 Klasifikace řečových vad

Vývojová nemluvnost je narušená komunikační schopnost, kterou řadíme k vývojovým poruchám. Jedná se o centrální poruchu. **Vývojová nemluvnost** nebo také **vývojová dysfázie** se projevuje sníženou schopností verbálně komunikovat jako nedostatek řečového projevu při dobrém chápání a porozumění smyslu slov, přiměřené inteligenci, nezjištěné neurologické nebo smyslové poruše a dostatečně podnětném rodinném prostředí. Můžeme se ale setkat s mírnými nedostatky v motorice, paměti a pozornosti, dysfatici bývají také více unavitelní a častěji trpí specifickými poruchami učení. Dysfázie je porucha, která postihuje výslovnost, gramatickou strukturu i slovní zásobu. Řeč dysfatických dětí je obsahově chudá, ve vyjadřování jsou pomalejší, neobratné, používají jednoduché věty, špatně skloňují, časují, ve větě mají špatný slovosled. Náprava trvá dlouho, vyžaduje intenzivní péči a spolupráci dítěte i rodiny.

Získaná orgánová nemluvnost – afázie je získaným organickým narušením komunikační schopnosti. Jedná se také o centrální poruchu, ke které dochází na základě lokálního poškození mozku. Afázie je ztráta již vyvinuté řeči např. při orgánovém poškození mozku, po úrazech, cévních mozkových příhodách, mozkových nádorech, krvácení do mozku, zánětu mozku nebo mozkových blan. Postižený jedinec má narušenou nejen komunikační schopnost, ale také celou emocionální a psychickou sféru. Afatici vyžadují komplexní rehabilitační péči sestávající se z lékařské, fyzioterapeutické, psychologické a logopedické péče.

Získané neurotické poruchy – do této skupiny lze zařadit získané poruchy vyšší nervové činnosti podmíněné změnami až narušením sociálních vztahů. Mezi nejčastěji popisované patří **mutismus** – oněmění,

neuróza řeči, ztráta nebo nepřítomnost artikulované řeči na podkladě silného psychického zážitku, při kterém nedochází k organickému poškození centrální nervové soustavy. Příčinou může být šok, úlek, stres, vyčerpání, velké vzrušení. Nejvíce u dětí předškolního a mladšího školního věku se vyskytuje tzv. **elektivní mutismus** – výběrová nemluvnost, mluvní negativismus, ztráta řeči vázaná na určitou situaci, prostředí nebo osobu (např. po vstupu dítěte do mateřské školy, změně učitelky). Porucha elektivní mutismus je vázána na sociální prostředí a je chápána jako porucha sociální adaptace, respektive sociálních vztahů. U mutistických dětí nemůžeme uplatňovat autoritativní chování, protože jsou velmi citlivé na pokárání a nevlídnost. Stejně tak je nemáme přemlouvat a nutit k řečovému projevu, trestat je za absenci řečového projevu, dítě izolovat nebo ignorovat nebo naopak si dítěte příliš všímat. Terapie mutismu i elektivního mutismu je zdlouhavá a náročná na trpělivost. V terapeutickém týmu by neměl chybět logoped a rodiče dítěte i pedagogové mateřské i základní školy, kterou dítě navštěvuje (Klenková, 2006).

Porucha zvuku řeči je takové narušení komunikační schopnosti, které postihuje jak zvuk řeči, tak artikulaci. Příčinou bývá nedokonalý patrohltanový uzávěr nebo nedostatečné oddělení dutiny nosní od dutiny ústní, následkem čehož uniká proud vzduchu při řeči z dutiny ústní do dutiny nosní, dochází ke změně nosní rezonance, snížení nebo zvýšení nosní nazality včetně narušení zvuku jednotlivých hlásek. Jednou z poruch zvuku řeči je **huhňavost (rinolalie)**, která má dvě formy, zavřenou a otevřenou. Při zavřené huhňavosti je patologicky snížena nazalita (nosovost) v mluvené řeči. Příčinou mohou být organické změny v dutině ústní, polypy, vrozené anatomické změny, zduřelá sliznice při rýmě, zvětšená nosní mandle. Hlavním etiologickým faktorem otevřené huhňavosti je nejčastěji rozštěp nebo obrna patra a perforace měkkého patra. Na rozdíl od uzavřené formy vzduch uniká nosem, dítě

začíná později mluvit a má porušenou i výslovnost. **Palatolalie** je narušená komunikační schopnost s primární příčinou rozštěpu patra, při které dochází zároveň i k narušení funkce patrohltanového závěru. Rozštěp patra je vývojové onemocnění, orgánové poškození, jež postihuje pevné útvary, oddělující dutinu ústní od dutiny nosní a orgány patrohltanového závěru. Vada vyžaduje komplexní léčbu od raného věku, opakované chirurgické zásahy s následnou logopedickou péčí. Cílem je minimalizovat důsledky této vrozené anomálie a dosáhnout optimálního výsledku jak v estetickém vzhledu, tak v orální funkci a komunikační způsobilosti.

Do skupiny **poruch plynulosti řeči** je zařazena koktavost a breptavost. **Koktavost (balbuties)** je jedna z nejtěžších a nejnápadnějších vad narušené komunikační schopnosti. Projevuje se charakteristickým nedobrovolným přerušováním plynulosti procesu mluvení, zadržováním, s přerušovanými nádechy, opakováním slabik s nemožností usměrnění. Mluvený projev doprovázejí tiky, posunky, celkový motorický neklid, grimasy a pohybové stereotypy (rukama) nebo celková strnulost včetně výrazu obličeje. Příčinou koktavosti mohou být orgánové změny, neurologické nálezy různého stupně, psychické úrazy – šok, úlek. V současné době se příkládá zásadní význam dědičným dispozicím, a to až ve 40–60%. Etiologie není jednoznačná, příčin bývá obvykle několik a kombinují se. U koktavého člověka bývá narušena i respirace, dýchání je přerývané, nepravidelné, průběh artikulace je doprovázen křečemi většinou na začátku slov a vět. Celkově se může měnit postoj postiženého k verbální komunikaci, objevuje se strach z řeči, vyhýbání se řeči až logofobie (strach z mluvení, strach před řečí), spojená s odmítáním společenského života. **Breptavost (tumultus sermonis)** je taková porucha řeči, pro kterou je typické překotné tempo řeči s vynecháváním slabik, deformací slov, polykáním slabik. Řeč se stává postupně úplně nesrozumitelnou. Častým příznakem je kromě zrychleného tempa řeči

také opakování a vynechávání slabik, narušená artikulace s poruchami dýchání. Výzkumy posledních let ukázaly, že příčinou breptavosti je organický nález na mozku, byl zjištěn také vztah mezi breptavostí a lehkou mozkovou dysfunkcí. Řada autorů se domnívá, že breptavost má dědičný podklad. Terapie breptavosti je poměrně obtížná, zvláště, kombinuje-li se s kocktavostí. Breptaví si svůj nedostatek v komunikaci neuvědomují, proto je vhodné, je na jejich způsob řeči upozornit, a dosáhnout tak zlepšení.

K nejběžněji se vyskytujícím poruchám komunikační schopnosti, se kterými se u dětí i dospělých setkáváme, patří **poruchy článkování řeči – dyslalie a dysartrie**. **Dyslalií**, poruchou artikulace, trpí člověk, který neumí tvořit a vyslovit jednu nebo více hlásek nebo skupin hlásek mateřského jazyka. Český ekvivalent pro tuto poruchu je **patlavost**, je to vada vývojová, vznikající během vývoje výslovnosti. Do čtyř let věku dítěte je pokládána za fyziologickou, do pěti až šesti let hovoříme o prodloužené fyziologické dyslalii. Pokud ale vada přetrvává i v dalším věkovém období a nedochází ke zlepšení, je na místě logopedická péče. Příčinou chybné výslovnosti může být špatný řečový vzor, poruchy sluchu, nedostatek řečových podnětů, příp. citová deprivace, poruchy centrálního nervového systému, anatomické vady řečových orgánů. Mezi nejčastější druhy patlavosti řadíme dyslalii souhlásek, kterou označujeme řeckými názvy, např. chybná výslovnost sykavek je **sigmatismus**, hlásky R **rotacismus**. Vedle nepřesné výslovnosti hlásek dochází také k jejich záměnám (**paralalie**) nebo dítě hlásku, kterou neumí vyslovit, vynechává (**mogilalie**) (Slowík, 2007). Druhou poruchou článkování řeči je **dysartrie**, porucha artikulace vznikající v důsledku poškození centrální nervové soustavy. Nejtěžší stupeň dysartrické poruchy nazýváme anartrie a projevuje se neschopností verbální komunikace.

6.3 Péče o osoby s narušenou komunikační schopností v České republice

Péče je poskytována nejen dětem a dospívajícím, ale i dospělým lidem i lidem ve stáří, u nichž se vyskytuje narušená komunikační schopnost. Systém logopedické péče začíná už v mateřských školách, ve kterých mají učitelky dostatečné znalosti a dovednosti, vědí, jak v předškolním věku ovlivňovat řečový vývoj dítěte, jak předcházet nejrůznějším poruchám komunikačních schopností, jak rozvíjet slovní zásobu dětí. Do mateřských škol obvykle dochází logoped ke včasné diagnostice možných poruch a na základě stanovené diagnózy je vypracována speciální terapie, spočívající v nápravě řečové poruchy. Sami rodiče se mohou obrátit na logopedické poradny při zdravotnických zařízeních, na oddělení foniatrie, ORL, při dětských odděleních, logopedy najdou i na odděleních neurologie. Ve školství mají možnost kontaktovat speciálně pedagogická centra (SPC), která zajišťují poradenskou činnost. Na základě vyšetření v SPC může být dítě integrováno do běžné mateřské či základní školy, může navštěvovat speciální třídu při běžné základní škole nebo speciální mateřskou školu a základní školu pro žáky s vadami řeči. Tyto školy jsou u nás zřizovány jak pro denní docházku dětí, tak internátní pro žáky, kteří nemohou každodenně docházet. Obsah výuky je stejný jako v běžných školách, navíc jsou zařazeny hodiny logopedické péče a ve třídách je snížený počet žáků. Děti s méně závažnými poruchami v komunikaci navštěvují běžná školská zařízení a do logopedické poradny docházejí pouze ambulantně.

6.4 Alternativní formy komunikace

Pod pojmem alternativní způsoby komunikace u osob s narušenou komunikační schopností si můžeme přestavit komunikační systé-

my, které nahrazují mluvenou řeč. Speciální pedagogika pracuje ještě s dalším termínem, a to je **alternativní a augmentativní komunikace** (zkratka AAK), kdy slovo augmentace znamená rozšiřování nebo podporu existujících komunikačních dovedností, které ale nejsou pro běžné dorozumívání dostačující. Cílem AAK je umožnit jedincům se závažnějšími poruchami běžné aktivní komunikace lepší dorozumívání a zapojení do života společnosti. Systém AAK je používán jak u vrozených poruch komunikačního procesu, tak u získaných, kombinovaných nebo degenerativních onemocněních, např. po úrazech mozku, cévních mozkových příhodách, při Alzheimerově chorobě atd.

Především u dětí s těžkými vadami a poruchami řeči, příp. s těžkým mentálním postižením nebo autismem se používají **piktogramy**, jednoduché komunikační obrázky srozumitelné pro jakkoliv handicapovaného člověka. Z jazykových systémů je známý komunikační systém **Bliss**, který pracuje místo slov s jednoduchými obrázky, nebo jazykový program **Makaton**, využívající manuální znaky doplněné mluvenou řečí a symboly.

Zapamatujte si



Poměrně rozsáhlou problematikou narušené komunikační schopnosti (NKS) se zabývá speciálně pedagogická disciplína logopedie. Zkoumá příčiny vzniku NKS, fyziologii a patologii komunikačního procesu, realizuje diagnostiku, terapii vad a prevenci vzniku NKS. Mezi nejčastěji se vyskytující poruchy komunikačních schopností patří dyslalie (patlavost), vznikající během vývoje výslovnosti. Pedagogičtí pracovníci se při své práci mohou setkat i s poruchami plynulosti řeči, vývojovou nemluvností nebo neurotickými poruchami řeči. K alternativním způsobům komunikace s osobami s narušenou komunikační schopností řadíme např. využívání piktogramů, komunikační systémy Bliss nebo Makaton.

Otázky k promyšlení

5. Proveďte klasifikaci řečových vad.
6. Vysvětlete, co rozumíte pod zkratkou AAK.
7. Co může být příčinou vzniku narušené komunikační schopnosti?
8. V jakém věku dítěte je nevhodnější zahájit odbornou logopedickou péčí – nápravu výslovnosti?
9. Jak probíhá edukace žáků s narušenou komunikační schopností?



7 Speciální pedagogika osob s mentálním postižením

Speciálněpedagogická disciplína zabývající se problematikou rozvoje, výchovy a vzdělávání osob se sníženými rozumovými schopnostmi, ale také osob s poruchami autistického spektra se nazývá **psycho-pedie**. Jejím hlavním cílem je dosažení maximálního stupně rozvoje osobnosti mentálně postižených jedinců a jejich integrace do běžné společnosti.

Podle poslední verze Mezinárodní klasifikace nemocí, postižení a handicapů je **mentální retardace** definována jako stav související s opožděným nebo omezeným vývojem myšlení, charakteristický zejména snížením schopností, jež se projevují během vývoje, a to schopností, které vytvářejí celkovou úroveň inteligence – tedy schopností poznávacích, komunikačních, motorických a sociálních. Mentální retardace se může a nemusí vyskytovat ve spojení s jinými psychickými nebo tělesnými obtížemi (Mezinárodní klasifikace..., 1993).

Z našich autorů se problematice mentálních poruch a práci s postiženými osobami dlouhodobě věnuje např. Marie Vágnerová. **Mentální retardaci** chápe jako „vrozené postižení rozumových schopností, které se projeví neschopností porozumět svému okolí a v požadované míře se mu přizpůsobit. Je definována jako neschopnost dosáhnout odpovídajícího stupně intelektového vývoje (méně než 70% normy), přestože byl postižený jedinec přijatelným způsobem výchovně stimulován. Mentální retardace je vrozená a je trvalá.“ (Vágnerová, 2004, s. 289)

Stále se ještě, především ve starší odborné literatuře, můžeme setkat s termíny, které se používaly pro označení mentální retardace dříve, a to je **oligofrenie** nebo slabomyslnost. Vedle pojmu mentální retardace, který se vztahuje ke vrozenému postižení, příp. se jedná o deficit rozumových schopností, vzniklý v prenatalním, perinatálním nebo postnatálním období – v průběhu prvního roku života dítěte, definujeme ještě termín **demence**, pro který je charakteristický úbytek rozumových schopností v pozdějších obdobích života, méně často v dětském věku. Demence je spojena s degenerativními procesy v mozku, především s Alzheimerovou chorobou. V konečném důsledku jsou projevy jak mentální retardace, tak demence u postiženého člověka velmi podobné.

Obecně lze konstatovat, že u mentálního postižení nejde jen o prosté časové opožďování duševního vývoje, ale o celkové strukturální vývojové změny. Odborná literatura nejčastěji zmiňuje zvýšenou závislost na rodičích, infantilnost osobnosti, pohotovost k úzkosti a neurastenickým reakcím, sugestibilitu, nedostatky v osobní identifikaci, opoždění psychosexuálního vývoje, poruchu interpersonálních vztahů a komunikace, malou přizpůsobivost k sociálním a školním požadavkům, impulzivnost, hyperaktivitu nebo naopak hypoaktivitu, zpomalené chápání. Zásadně jsou postiženy kognitivní procesy, např. je snížena mechanická

a logická paměť, vnímání je vždy výběrové a vnímání času a prostoru je nedokonalé, pozornost těkavá a většinou krátkodobá, typická je její nestálost a snadná unavitelnost žáka. Myšlení žáka s mentálním postižením je zatíženo přílišnou konkrétností, neschopno vyšší abstrakce a generalizace. Pojmy se tvoří těžkopádně a úsudky jsou nepřesné (Valenta, Müller, 2007).

Osoby s mentálním postižením obtížně komunikují a mají omezenou schopnost prosazovat svá práva. Proto byla na ochranu jejich práv v prosinci 1971 vyhlášena na Valném shromáždění OSN Deklarace o právech mentálně postižených osob (Škola-života, Deklarace OSN..., 2013).

7.1 Etiologie mentální retardace

Příčin vzniku mentálních retardací je celá řada. Z environmentálních faktorů to mohou být různá onemocnění matky v průběhu těhotenství, špatná výživa matky nebo kojence, infekční onemocnění dítěte v raném věku, porodní traumata. K teratogenním faktorům, poškozujícím plod, patří užívání drog, ionizující záření, nedostatek kyslíku a faktory biologické (např. virus zarděnek). Lehké mentální retardace vznikají většinou v důsledku zděděné inteligence a vlivů rodinného prostředí. Mentální retardace mohou být podmíněny také geneticky, typickým příkladem je trisomie 21. páru chromozomu, známá jako **Downův syndrom**.

Nedostatečná stimulace, pocházející z prostředí dítěte, může ovlivnit tzv. sociálně podmíněnou mentální retardaci, projevující se výrazným opožděním vývoje řeči, myšlení a schopnosti sociální adaptace. Zdánlivá mentální retardace není trvalým stavem, protože při změně nepodnětného prostředí a vlivem vhodného výchovného působení do-

chází ke zlepšení původního stavu. Problém je v tom, že sociokulturní deprivaci trpí především děti rodičů s nižšími intelektovými schopnostmi, takže dochází ke kumulaci patologických faktorů.

Klasifikace mentální retardace

(podle 10. revize MKN s platností od 1. 1. 1993)

F 70	lehká mentální retardace	IQ 69–50
F 71	středně těžká mentální retardace	IQ 49–35
F 72	těžká mentální retardace	IQ 20–34
F 73	hluboká mentální retardace	IQ 20 a níže
F 78	jiná mentální retardace	stanovení stupně MR je nesnadné pro přidružené senzorycké nebo somatické poškození, u těžkých poruch chování, pro autismus
F 79	nespecifikovaná mentální retardace	je prokázána, není však dostatek informací pro zařazení osoby do některého z výše uvedených stupňů

7.2 Charakteristika osob s mentálním postižením a možnosti vzdělávání

Lehká mentální retardace

Dítě v pásmu lehké mentální retardace sice zaostává už v předškolním věku v celkovém psychomotorickém vývoji, je ale schopné používat účelně řeč k běžné komunikaci a v každodenním životě. Hlavní obtíže nastávají v prvních letech školní docházky – pozornost je povrchnější,

krátkodobá, paměť mechanická, myšlení je nesamostatné, infantilní, velmi jednoduché, vázané na konkrétní pojmy. Tito jedinci respektují základní pravidla logiky, ale abstraktní myšlení jim činí značné obtíže. Jednodušší je i verbální projev, užívají kratších vět, v řeči převládají agramatismy, častá je dyslalie. V emocionální oblasti je patrná jistá nezralost a značná sugestibilita, citová labilita se projevuje impulzivností nebo úzkostností. Lidé s lehkou mentální retardací jsou schopni se učit, zejména pokud jsou respektovány jejich možnosti, potřebují ale dohled a pomoc. Většina z nich dosáhne úplné nezávislosti v osobní péči a v praktických domácích dovednostech. Děti se vzdělávají buď v **základních školách praktických**, nebo jsou **integrovány** do běžných základních škol, kde pracují za pomoci asistenta pedagoga. Dále absolvují **odborná učiliště**, popř. **dvouleté praktické školy**. V dospělosti mohou dosáhnout samostatnosti, je možné je integrovat i pracovně, navazují a udržují dobré sociální vztahy, bývají prospěšnými členy společnosti. Tato skupina osob s mentální retardací je vůbec nejpočetnější, tvoří asi 70 % všech retardovaných.

Středně těžká mentální retardace

U většiny středně těžce mentálně retardovaných lze diagnostikovat organickou etiologii, může být přítomna i chromozomální aberace a také u nich nalézáme somatické degenerativní znaky. Raný vývoj dítěte je opožděn včetně porozumění obsahu řeči i v oblasti rozvoje expresivní složky řeči, obvykle jsou schopni jen jednoduché konverzace. Zpomalen je vývoj jemné a hrubé motoriky, samostatnost v osobní péči je jen částečná a někteří jedinci potřebují pomoc celý život. Výrazně opožděn je vývoj myšlení, postiženy jsou všechny kognitivní procesy. Dítě je schopno se učit jen s velkou námahou, učení trvá dlouhou dobu a výsledek nemusí vždy odpovídat vynaloženému úsilí. Ve slovníku takto postižených osob chybějí i běžné konkrétní pojmy, verbální projev je celkově velmi chudý. Jedinci se středně těžkou mentální retardací

se vzdělávají většinou v **základní škole speciální** a následně absolvují **jednoletou praktickou školu**. Mohou vykonávat jednoduchou manuální práci, pokud nevyžaduje přesnost a rychlost. Uplatňují se zejména v chráněných dílnách a na chráněných pracovištích, kde pracují pod stálým dohledem.

Těžká mentální retardace

Lidé s těžkou mentální retardací jsou v dospělosti schopni chápat jen základní souvislosti a vztahy. Dlouhodobým tréninkem si jedinec může částečně osvojit hygienické návyky, někteří postižení mohou mít problémy s udržení tělesné čistoty i v dospělosti. Obvykle poznávají pouze blízké osoby, značně postižen je rozvoj kognitivních procesů, řeč bývá omezena na jednotlivá slova nebo zůstává na stupni základních elementů projevové složky řeči, tj. pudových hlasových projevů, které se mění podle pocitů spokojenosti nebo nespokojenosti. Jako podpora, popř. náhrada verbálního projevu se uplatňuje alternativní a augmentativní komunikace. Významné jsou poruchy v emoční oblasti, typická je nestálost nálad a impulzivita. V případě osob s těžkou mentální retardací se často jedná o kombinovaná postižení např. se smyslovými vadami nebo epilepsií. Při soustavné výchovné péči, zpravidla v **základní škole speciální s využitím rehabilitačního vzdělávacího programu**, jsou takto postižené děti schopny vykonávat některé jednoduché úkony, celoživotně jsou závislé na péči druhých osob (Bendová, Zíkl, 2011).

Hluboká mentální retardace

U většiny osob s hlubokou mentální retardací se jedná o kombinovaná postižení, běžná jsou neurologická nebo tělesná postižení, která mají vliv na hybnost člověka nebo těžké formy pervazivních poruch, zvláště autismu. Většina postižených je imobilních a také inkontinentních. Nejsou schopni vykonávat ani základní osobní péči, jejich poznávací schopnosti se téměř nerozvíjejí, nevytvoří se řeč,

zejména její expresivní složka, komunikují především neverbálně. Většinou rozlišují pouze známé a neznámé podněty a reagují na ně libostí nebo nelibostí, nedokážou upozornit na svoje potřeby ani city a poměrně frekventované bývá i sebepoškozování (Vágnerová, 2004; Vítková, 2004).

Plnění **povinné devítileté školní docházky** se týká všech žáků bez rozdílu, tedy i žáků s mentálním postižením. Odklad docházky je možný, ale žák musí do školy nastoupit nejpozději ve školním roce, ve kterém dosáhl osmi let. Děti s mentálním postižením, resp. jejich rodiče, mohou zvolit buď vzdělávání ve třídě základní školy formou individuální integrace, nebo formu skupinové integrace ve speciální třídě zřízené při běžné škole. Žák se speciálními vzdělávacími potřebami se učí podle **individuálního vzdělávacího plánu (IVP)**, který povoluje ředitel na základě žádosti zákonných zástupců žáka a doporučení ze školského poradenského zařízení, což jsou pouze pedagogicko-psychologické poradny a speciálně pedagogická centra. Všechny náležitosti týkající se individuálního vzdělávacího plánu stanovuje vyhláška č. 73/2005 Sb. (Česko, 2005).

Zařazení do speciální školy je možné pouze na základě doporučení školského poradenského zařízení a zároveň je nutný souhlas zákonného zástupce žáka. Pro žáky s lehkým mentálním postižením je určena **základní škola praktická**, která se člení na dva stupně stejně jako škola základní. Důvodem pro zařazení žáka do základní školy praktické nesmí být jeho sociální znevýhodnění. Pro žáky se středně těžkým, těžkým a hlubokým mentálním postižením existují **základní školy speciální** v délce deseti let (dělí se na dva stupně: 1.–6. ročník a 7.–10. ročník) a je to jediný druh školy, jejíž absolvent nezíská základní vzdělání, ale pouze základy vzdělání.

7.3 Downův syndrom

Jedinci postižení Downovým syndromem se většinou pohybují v pásmu středně těžké mentální retardace a za určitých podmínek (např. asistent pedagoga, IVP, odklad školní docházky) jsou schopni absolvovat i povinnou školní docházku v běžné škole. Jedná se o postižení způsobené chromozomální aberací, které bylo poprvé popsáno již v roce 1866 Angličanem **Johnem Downem**, nicméně vlastní příčina vzniku aberace mohla být popsána až o století později v souvislosti s výzkumem DNA a se zjištěním, že v karyotypu těchto dětí se nachází přebytečný chromozom (tzv. trisomie 21. páru chromozomu).

Osoby s Downovým syndromem vykazují celou řadu typických fyziognomických zvláštností a zdravotních obtíží, mezi které řadíme např. celkový menší vzrůst, silnější a mohutnější krk, postava bývá zavalitější, menší hlava, vzadu zploštělá, přítomnost kožní řasy ve vnitřním koutku oka (tzv. bilaterální epikantus), špatné postavení zubů, specifické otisky prstů, ortopedické problémy. Děti trpí častěji než běžná populace vrozenými srdečními vadami (asi 40 %), zrakovými a sluchovými vadami, snížením svalového tonu, onemocněním dýchacích cest, epilepsií, leukémií (riziko výskytu je 10–20× vyšší), chybou funkcí štítné žlázy nebo poruchami chování.

Vývoj dětí s Downovým syndromem bývá rovnoměrný, ale s porovnáním s vývojem zdravých vrstevníků zpomalený. Méně je ovlivněna stránka emocionální a sociální, více je poznamenán motorický vývoj a vývoj řeči, snížena je i zvědavost a potřeba poznávat. Výhodou práce s takto postiženými jedinci je poměrně dobrá sociální adaptabilita, schopnost socializace a rozvinutá komunikace. Někteří žijí zcela samostatně a potřebují pomoc jen v náročnějších situacích, jiní se neobejdou bez pomoci ani při vykonávání primárních potřeb. Dospělý člověk

s Downovým syndromem je schopen pracovního zařazení, vhodné je podporované zaměstnávání, práce v chráněných dílnách nebo v různých centrech pracovní terapie (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007).

7.4 Autismus a další pervazivní vývojové poruchy

Pojem autismus pochází z řeckého slova autos – sám, poprvé jej použil švýcarský psychiatr **Eugen Bleuler** v r. 1911, když popisoval psychopatologii schizofrenie. Nadřazeným termínem pro označení celé skupiny poruch, mezi něž řadíme také autismus, je termín **pervazivní vývojové poruchy**, kdy slovo pervazivní znamená v doslovném překladu pronikavý, všepronikající. Podle Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10 jsou dalšími poruchami v této skupině, vedle dětského autismu, např. atypický autismus, Rettův syndrom, Aspergerův syndrom nebo hyperaktivní porucha spojená s mentální retardací a stereotypními pohyby (Lechta, 2010). Vedle pojmu pervazivní vývojové poruchy se používá i termín **poruchy autistického spektra**. Znamená to, že vývoj jedince probíhá odlišným způsobem od jedince zdravého a tato odlišnost se projevuje ve všech složkách osobnosti jedince. Projevy dětského autismu jsou poměrně rozmanité, obecně lze říci, že i přes variabilitu se projevují ve třech oblastech (**triáda**), a to:

- v oblasti mezilidské komunikace, která je narušena,
- v oblasti sociálního chování, vzájemné interakce,
- v důrazu na stereotypní vzorce chování.

Chování jedince s diagnózou autismus může být pro jeho okolí naprosto nepochopitelné a zároveň platí, že autisté nerozumí světu okolo sebe. Kvalita komunikace je silně narušena, dítě často nemluví vůbec, a pokud ano, není schopné běžné konverzace, opakuje slyšená slova či věty, mluví o sobě ve 3. osobě, vytváří si slova, kterým rozumí jen ono samo. V neverbální komunikaci chybí používání jednoduchých gest.

V oblasti sociální interakce je typickým projevem neschopnost (nezájem) navázat kontakt s jinými osobami, dítě nereaguje na druhé lidi, neudrží oční kontakt, nemá touhu zapojit se do skupinových her, často nereaguje ani na své jméno. Chybí vytváření běžných citových vazeb k matce a dalším členům rodiny, jakákoli empatie nebo projevy soucitu, neobjevuje se úsměv. Autisté těžko přijímají změny v zavedeném řádu a režimu dne, na jedné straně mohou být fascinováni zcela běžnými jevy, např. kapajícími kohoutkem, na druhé straně reagují ustrašeně na zvuk domácích spotřebičů. Specifické problémy spojené s autismem jsou doprovázeny omezeným okruhem zájmů, neúčelným, stále se opakujícím chováním, jako je např. točení se v kruhu, pozorování stále stejné aktivity, kladení totožných otázek i poté, co mu odpovíme. Autista často není schopen odhadnout reálné nebezpečí, v jeho chování můžeme pozorovat prvky sebepoškozování nebo agrese.

O **atypickém autismu** hovoříme tehdy, pokud dítě nesplňuje charakteristické znaky tzv. triády, tzn. chybějí poruchy v jedné nebo dvou ze tří výše uvedených oblastí. První symptomy se objevují zpravidla až po dosažení třetího roku života.

Aspergerův syndrom byl nazván podle vídeňského psychiatra **Hanse Aspergera**, který tento typ vývojové poruchy poprvé popsal v roce 1944. Intelekt bývá zachován, někdy je i nadprůměrný a retardace kognitivního vývoje se nevyskytuje. Základním znakem této poruchy je egocentrismus, provázený malou snahou o kontakt s vrstevníky. Děti dávají přednost osamělým aktivitám, komunikační schopnosti jsou sice zachovány, ale jedinci s Aspergerovým syndromem komunikují zvláštním způsobem, např. pouze o předmětu svého zájmu. Jejich slovní zásoba je nadprůměrná, znají nazpaměť nejrůznější pasáže z knih, encyklopedií nebo dlouhé definice, na kterých pedantsky lpí, chybí ale sociální uplatnitelnost a využití pro praktický život.

Etiologie autismu je ještě stále nejasná. Neurochemickými studiemi byly prokázány biologické základy autismu a dalších poruch autistického spektra. Za hlavní příčinu jsou považovány vrozené abnormality mozku. Také se předpokládá, že určitou roli hrají genetické faktory, dědí se konkrétně určitý kognitivní typ neschopnosti nebo sociálního deficitu, který ve spojení s dalšími faktory vede k rozvinutí symptomů autismu. Dalšími příčinami mohou být i některá prodělaná infekční onemocnění nebo neschopnost organismu dostatečně zpracovat běžné složky potravy.

Edukace žáků s autismem nebo dalšími pervazivními vývojovými poruchami má individuální charakter a probíhá podle IVP bez ohledu na to, kde se vzdělávají. Inkluzivní/integrativní edukaci v České republice zajišťují obvykle pedagogičtí pracovníci, především třídní učitel, učitelé odborných předmětů a vychovatelé, dále asistent pedagoga nebo osobní asistent, výchovný poradce, školní psycholog, příp. školní speciální pedagog. Úspěšnost inkluzivní edukace žáka s autismem závisí do značné míry na závažnosti jeho projevů, na jeho možnostech, ale i na možnostech školy a jeho pedagogů a v neposlední řadě i na kolektivu dětí, do kterého by mělo být dítě s poruchami autistického spektra zařazeno. Při vzdělávacím procesu dětí s autismem se v naší zemi nejvíce používá **TEACCH program** (Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children – péče a vzdělávání dětí s autismem a dětí s problémy v komunikaci), který vychází z úzké spolupráce odborníků s rodiči. TEACCH program je založen na třech principech: individualizace, strukturalizace a vizualizace (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007). Poradenství pro děti s poruchami autistického spektra u nás zajišťují speciálně pedagogická centra (SPC), vedle odborné činnosti SPC poskytují velmi cenné rady a informace také občanské sdružení APLA (Asociace pomáhající lidem s autismem) nebo občanské sdružení AUTISTIC.

Zapamatujte si

! Další z disciplín speciální pedagogiky, psychopedie, se zabývá výchovou a vzděláváním osob se sníženými mentálními schopnostmi a osob s pervazivními vývojovými poruchami. Etiologie těchto poruch není, s výjimkou Downova syndromu, zcela jasná. Klasifikace mentálních retardací vychází z 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí z r. 1993, plnění povinné školní docházky osob s mentální retardací se řídí školským zákonem z r. 2004 a vyhláškou č. 73/2005 Sb. Mezi pervazivní vývojové poruchy (nebo také mezi poruchy autistického spektra) patří dětský autismus, atypický autismus, Rettův syndrom, Aspergerův syndrom, jiná dezintegrační porucha v dětství nebo hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby.

Otázky k promyšlení

- ?**
1. Vyjmenujte příčiny vzniku mentálních retardací a pervazivních vývojových poruch.
 2. Jaké jsou typické znaky jedince s Downovým syndromem?
 3. Jaké složky osobnosti člověka jsou postiženy u diagnózy dětský autismus?
 4. Vysvětlete rozdíl mezi ZŠ praktickou a ZŠ speciální. Podle jakých vzdělávacích programů probíhá edukace žáků v těchto školských zařízeních?
 5. Charakterizujte jednotlivé stupně mentálních retardací.

8 Speciální pedagogika osob s poruchami chování

Etopedie je jednou ze součástí speciální pedagogiky, která se v nejširším pojetí zabývá výchovou, vzděláváním i výzkumem dětí a mládeže s poruchami chování. Původně, až do roku 1969, byla etopedie součástí psychopedie. Pokud bychom chtěli definovat předmět etopedie, jsou jím především otázky morálního formování a ovlivňování osobnosti jedince s poruchami chování, dále etiologie vzniku mravní narušenosti, prevence (ve smyslu předcházení, aby vada nepřerostla v poruchu sociálních vztahů) a systém školských institucí v dané sféře speciálně pedagogické péče (Edelsberger, 2000).

První zařízení pro obtížně vychovatelné děti a mládež vznikala již v první polovině 19. století. V roce 1839 byla v Praze založena Vychovatelna Jednoty pro blaho mladistvých káránců s názvem Dobrý pastýř a od tohoto roku až do dnešních dnů sídlí v Praze 2 v Lublaňské ulici pod současným názvem Diagnostický ústav pro mládež. Další zařízení vznikla v Brně (1847), v Modletíně a Vychovatelna v Praze – Libni (1883) pro chlapce ve věku 8–16 let. První zařízení pro dívky s poruchami chování bylo založeno v roce 1885 v Černovicích u Tábora pod názvem Dívčí ochrannovna (Blažková, 2011).

8.1 Etiologie poruch chování

K etiologickým činitelům poruch chování můžeme řadit především **vliv sociálního prostředí**, zejména rodiny, ve které dítě vyrůstá. Za rizikovou pokládáme rodinu asociálních jedinců, osob s psychopatickými

prvky chování, rodičů s tendencí k nevhodným návykům (alkoholismus), emočně chladných a bez zájmů o děti a jejich rozvoj, se špatnou hierarchií hodnot a norem. Svou roli sehrává i vliv příliš ambiciózního rodinného prostředí, školního prostředí a vrstevnických skupin, v neposlední řadě i nevíšavost rodičů k trávení volného času jejich dítěte, neznalost okruhu kamarádů, se kterými se dítě stýká. Z dalších etiologických činitelů zmiňme alespoň **geneticky podmíněné dispozice** k disharmonickému vývoji často s typickou odchylkou v rozvoji emočních a volných charakteristik a konečně **oslabení** nebo **poruchu centrální nervové soustavy** především v období prenatálním nebo perinatálním, kdy se vytvářejí podmínky pro vznik adaptačních poruch, jejichž základem je kolísavost emočního ladění, impulzivita a nižší schopnost sebeovládání.

8.2 Klasifikace poruch chování

Poruchy chování můžeme členit z různých hledisek, jednou z možností je dělení **podle stupně společenské závažnosti**.

Disociální chování je chování nepřiměřené, nespolečenské, ale zvládnutelné a zvládané vhodnými pedagogickými postupy. Setkáváme se s ním poměrně často jak ve školní, tak v rodinné výchově a jeho charakteristickým znakem rysem je skutečnost, že nenabývá sociální dimenze. Jde o drobnější výkyvy a nesoulady s běžnými zvyklostmi společenské normy. Disociální chování často koresponduje s typickými projevy některých věkových období nebo je průvodním jevem jiných druhů postižení, např. syndromu AHDH nebo neurotických projevů. Řadíme sem kázeňské přestupky proti školnímu řádu, vzdorovitost, některé negativistické projevy, neposlušnost, odmítání kontaktu i některé lži. Při řešení těchto obtíží se uplatňují výchovní poradci ve školách,

poradenské instituce, své místo zde má i terapeutický přístup psychologa či speciálního pedagoga.

V **asociálním chování** je již patrný rozpor se zvyklostmi společenské morálky, markantní je odlišnost od normy, většinou chybí i sociální cítění jedince, příp. je na nízké úrovni. Tím, jak jedinec jedná, škodí v konečném důsledku nejvíce sám sobě (např. záškoláctví, jehož neřešení vede k řadě dalších doprovodných problémů – špatný prospěch, ztráta pozice ve třídě, lhaní, krádeže, kontakt s nevhodnými skupinami osob). Asociální projevy mají většinou trvalejší charakter a často i vzestupný trend. Řadíme sem útěky z domova a z výchovných zařízení, toulky, demonstrativní sebepoškozování, drogovou závislost, patologické hráčství, opakované záškoláctví, lži, krádeže. Řešení situace již vyžaduje speciálněpedagogický postup, zapojení nejen poradenského systému (včetně středisek výchovné péče), ale i řešení prostřednictvím speciálních výchovných zařízení, zdravotnických institucí a terapeutických pracovišť.

Antisociální chování má povahu protispolečenského jednání, které poškozují nejen jedince, ale i jeho okolí, společnost, ohrožuje majetek, hodnoty i život včetně vlastního rizikového života problémového jedince. Obvykle je pokračováním asociálního jednání, které graduje v porušování zákonů a norem. Reeducace (náprava) je realizována ve školských zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy, v případě mladistvých i ve věznicích. K antisociálním projevům řadíme veškerou trestnou činnost, krádeže, loupeže, sexuální delikty, vandalství, zabití a vraždy, výrazné násilí a agresivitu, organizovaný zločin. Patří sem i trestná činnost související s gamblerstvím a drogovou závislostí. Náprava je poměrně dlouhá, bohužel s častou recidivou, zvláště v případech návratu do původního nevhodného prostředí (Pipeková a kol., 2006).

Dělení poruch chování z hlediska agresivnosti:

U neagresivních poruch sice dochází k porušování sociálních norem, ale jednání a chování nemá prvky agresivity (lži, záškoláctví, útěky, toulání, abúsus různých látek). **Záškoláctví** a případný odpor ke škole bývají spojovány se strachem z negativního hodnocení žákovy školní práce. Příčiny je třeba hledat ve škole i v rodině, ale i v osobnosti dítěte. Počátkem záškoláctví bývá impulzivní jednání, které vyvolává nutnost dělat další přestupky (lhát, podvádět, utíkat) a z pohledu dítěte jde vždy o signál existujícího nevyřešeného problému. U starších dětí má záškoláctví obvykle charakter plánu a jeho realizace, je uskutečňováno individuálně i ve skupině (pod vlivem party), může být i výrazem neochoty či neschopnosti akceptovat povinnosti. Obecně lze uvést, že čím je záškoláctví častější a plánovanější a čím dříve se projeví, tím je jeho eliminace těžší, tím méně je příznivá prognóza nápravy. **Útěky a toulání** jsou závažnou variantou únikového jednání především z rodinného prostředí, mohou být chronického či aktuálního charakteru a jejich příčinou jsou nedostatky buď v prostředí dítěte, nebo v jeho osobnostním vývoji. Reaktivní, impulzivní útěky jsou téměř vždy zkratkovitou reakcí na jinak pro dítě nezvladatelnou situaci doma či ve škole. Smyslem může být únik, ale i pomsta dospělým. Takto motivovaný útěk bývá ojedinělý, např. strach z trestu po vysvědčení, a po vyřešení problému se obvykle neopakuje. Plánované a připravované útěky mají většinou základ v dlouhodobě nakumulovaných problémech a na rozdíl od impulzivního útěku jsou cílené (dítě ví, kam uteče, ke komu, co řekne atd.) a s nechtí k návratu. Opakované útěky je možné považovat za projevy maladaptivity, za stereotypní reakci na opakující se a neřešený konflikt.

Agresivní poruchy jsou charakteristické porušováním sociálních norem a často bývají spojeny s omezováním základních práv ostatních. Mohou mít i násilnou podobu. Typická je neschopnost empatie, nedostatek citového vztahu ke komukoli, emoční oploštělost a lhostejnost.

Objevuje se výrazný egoismus, patrná je dominance vlastních potřeb a osobního uspokojení nad jiným motivem. Pocit viny většinou schází. Mezi příčiny agresivních poruch chování řadíme specifické vlivy prostředí – závažnou psychickou deprivaci, která naruší emoční a socializační vývoj jedince. Dědičné dispozice k agresivním projevům mívají děti s disharmonickým vývojem osobnosti, často s odchylkami citového prožívání. V těchto případech je agresivita spojena s odmítáním běžných norem a preferencí vlastních pravidel bez ohledu na jiné. Příčinou zvýšené agresivity impulzivního charakteru může být i poškození mozku, např. po úrazech hlavy, v rámci epileptických změn osobnosti apod. Některé varianty agresivního chování můžeme popsat jako prostředek k získání něčeho či prosazení se jedná se pak o potřebu agresivně jednat kvůli cíli – vandalismus, týrání. Cílené agresivní jednání se vyskytuje v některých partách mladistvých a bývá často spojeno s dalšími sociálně patologickými jevy.

Poruchy chování členíme také podle věku:

U dětí (6–15 let) hovoříme o dětské delikvenci a predelikvenci, u **mladistvých** (15–18 let) se používá termín juvenilní delikvence nebo kriminalita mladistvých. Projevy jsou vázány zpravidla na období dospívání (sociální změny, vliv vrstevníků, zvláštnosti psychosomatického vývoje, sociální nezralost). U **dospělých jedinců** nad 18 let se setkáváme se širokou škálou trestné činnosti nejrůznějšího rozsahu a závažnosti. Hovoříme o kriminalitě dospělých. Recidivy jsou, podobně jako u mladistvých, časté.

8.3 Zařízení poskytující edukaci a reedukaci

U poruch chování podmíněných sociálními vlivy se nabízí možnost účinné prevence i nápravy. Pozitivní úprava sociálních a výchovných

podmínek a výchovných přístupů v rodině nebo změna sociálního prostředí mohou v některých případech předejít mnoha problémům a odstranit i většinu patologických projevů v chování. Nejúčinnější je předcházet vzniku poruchy v dětském věku a v dospívání, kdy si člověk vytváří, resp. aktualizuje vlastní hodnotový systém a automatické vzorce chování. Jestliže rodina ve své výchovné funkci selhává, může nabízet preventivní funkci pouze škola, resp. další instituce a organizace, které se školou spolupracují. Psychologické a speciálně pedagogické poradenství v případě nepříliš závažných výchovných obtíží nabízejí **pedagogicko-psychologické poradny** (PPP), na případy závažnějších poruch se orientují **střediska výchovné péče** (SVP), která poskytují jak komplexní diagnostiku a poradenství, tak i možnosti ambulantní nebo krátkodobé pobytové terapeutické péče. Podmínkou je souhlas zákonných zástupců i dítěte a samozřejmě také jejich aktivní spolupráce. **Krizová a kontaktní centra** (K-centra), **nízkoprahová zařízení a kluby pro děti a mládež** nabízejí podle svého zaměření klientům zejména preventivní volnočasové aktivity, krizovou intervenci, prevenci a péči týkající se patologických závislostí (drogy, gamblerství atd.).

Na odborech sociální péče o děti a mládež působí kurátoři pro děti a mládež. Na jejich žádost, na žádost rodiny nebo na základě soudního rozhodnutí se dítě nebo dospívající jedinec může ocitnout v **zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy**, mezi něž patří: **diagnostický ústav, dětský domov, dětský domov se školou a výchovný ústav**. Pobyt v takovém zařízení může být v konkrétním případě a situaci relativně lepším řešením než ponechání jedince v patologickém prostředí rodiny. Na druhé straně ale nedokáže uspokojit většinu jeho důležitých emočních a vztahových potřeb, navíc se tu dítě nebo dospívající setkává se skupinou dalších rizikových vrstevníků, kteří jej mohou ovlivňovat v negativním směru (Slowík, 2007; Vítková, 2004).

Zapamatujte si

Oblast poruch chování je velmi široká, vedle poruch disociálních, asociálních a antisociálních sem patří také problematika ADD a ADHD (porucha pozornosti s hyperaktivitou nebo bez ní), rozsáhlá oblast drogové závislosti včetně možností léčby nebo penitenciární a postpenitenciární péče. V případě nefunkčního až patologického rodinného působení přebírá péči o dítě či dospívajícího některé ze zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy: diagnostický ústav, dětský domov, dětský domov se školou a výchovný ústav. U nepříliš závažných poruch chování nabízí svoji pomoc rozsáhlá síť pedagogicko-psychologických poraden, komplexní diagnostiku a poradenství poskytují střediska výchovné péče.



Otázky k promyšlení

1. Uveďte možnosti členění poruch chování podle různých kritérií.
2. Co rozumíte pod pojmem zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy?
3. Vyjmenujte nejčastější příčiny poruch chování.
4. Jakými prostředky lze řešit méně závažné přestupky spadající do oblasti disociálních poruch chování?



Seznam použité literatury

- BARTOŇOVÁ, M., BAZALOVÁ, B., PIPEKOVÁ, J. *Psychopedie. Texty k distančnímu vzdělávání*. Brno : Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-144-7.
- BARTOŇOVÁ, M., VÍTKOVÁ, M. et al. *Vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami V*. Brno : Paido, 2011. ISBN 978-80-7315-220-8.
- BENDO VÁ, P., ZIKL, P. *Dítě s mentálním postižením ve škole*. Praha : Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3854-3.
- BLAŽKOVÁ, V. *Úvod do pedagogiky a speciální pedagogiky*. Praha : Maurea, 2011. ISBN 978-80-904955-2-4.
- ČESKO. Vyhláška MŠMT ČR č. 73 ze dne 9. února 2005 o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných. In: *Sbírka zákonů České republiky*, č. 73/2005, částka 20.
- ČESKO. Vyhláška MŠMT ČR č. 147 ze dne 25. května 2011, kterou se mění vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných. In: *Sbírka zákonů České republiky*, č. 147/2011, částka 56.
- ČESKO. Zákon č. 561 ze dne 24. září 2004 o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání. In: *Sbírka zákonů České republiky*, č. 561/2004, částka 190.
- ČESKO. Zákon č. 384 ze dne 23. září 2008, kterým se mění zákon č. 155/1998 Sb., o znakové řeči a o změně dalších zákonů a další související zákony. In *Česká unie neslyšících*. Praha : ČUN, 2011. Dostupný také z: <http://www.cun.cz/dokumenty/zakon-o-komunikacnich-systemech-neslysicich-a-hluchoslepych-osob-zakon-c-384-2008-sb.pdf>.
- EDELSBERGER, L. *Defektologický slovník*. Praha : Nakladatelství H&H, 2000. ISBN 80-86022-76-5.

- HÁJKOVÁ, V., STRNADOVÁ, I. *Inkluzivní vzdělávání. Teorie a praxe*. Praha : Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3070-7.
- JESENSKÝ, J. *Základy komprehenzivní speciální pedagogiky*. Hradec Králové : Gaudeamus, 2000. ISBN 80-7041- 196-1.
- KLENKOVÁ, J. *Logopedie*. Praha : Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1110-9.
- KLENKOVÁ, J., VÍTKOVÁ, M. et al. *Inkluzivní vzdělávání se zřetelem na věkové skupiny a druhy postižení*. Brno : Masarykova univerzita, 2011. ISBN 978-80-210- 5731-9.
- KRAHULCOVÁ, B. *Komunikace sluchově postižených*. Praha : Nakladatelství Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0329-2.
- LECHTA, V. *Základy inkluzivní pedagogiky. Dítě s postižením, narušením a ohrožením ve škole*. Praha : Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-679-7.
- Mezinárodní klasifikace nemocí. Instrukční příručka. Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění desáté decennální revize. Instrukční příručka*. Praha : ÚZIS ČR, 1996. ISBN 80-901856-4-9.
- MPSV. *Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením*. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/10775/umluva_info_160511.pdf.
- MŠMT. *Národní akční plán inkluzivního vzdělávání*. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/socialni-programy/narodni-akcni-plan-inkluzivniho-vzdelavani>.
- Národní plán vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2010-2014*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2010. ISBN 978-80-7440.
- PIPEKOVÁ, J. a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno : Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-0.
- RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. a kol. *Speciální pedagogika*. Olomouc : Univerzita Palackého, 2006. ISBN 80-244-1475-9.
- SLOWÍK, J.. *Speciální pedagogika*. Praha : Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1733-3.

- ŠKOLA-ŽIVOTA. *Deklarace OSN o právech lidí s mentálním postižením*.
Dostupné z: <http://www.skola-zivota.cz/SiteCollectionDocuments/Etika-a-lidska-prava/deklarace-osn-o-pravech-lidi-si-mentalnim-postizenim.pdf>.
- TITZL, B. *Postižený člověk ve společnosti*. Praha : UK, 2000. ISBN 80-86039-90-0.
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha : Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.
- VALENTA, M. *Přehled speciální pedagogiky a školská integrace*. Olomouc : UP, 2003. ISBN 80-244-0698-5.
- VALENTA, M., MÜLLER, O. *Psychopedie*. Praha : Nakladatelství Parta, 2007. ISBN 978-80-7320-099-2.
- VÍTKOVÁ, M. *Integrativní speciální pedagogika. Integrace školní a sociální*. Brno : Paido, 2004. ISBN 80-7315-071-9.

KAPITOLY
ZE SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKY

PhDr. Veronika Blažková, Ph.D.

Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta

Rok vydání: 2014

Počet stran: 64

Formát: A5

Není určeno k tisku

ISBN 978-80-7290-646-8