

---

# Základy psychopedie

Mgr. Lucia Pastieriková, Ph.D.

## Cíle

Cílem kapitoly je seznámit čtenáře s problematikou mentálního postižení. Po jejím prostudování byste měli být schopni orientovat se v základní terminologii související s mentálním postižením, charakterizovat jedince s mentálním postižením z hlediska stupně jeho postižení i z pohledu jeho poznávacích procesů. Současně získáte přehled o možnostech výchovy a vzdělávání osob s mentálním postižením i možnostech jejich pracovního uplatnění.

## Po prostudování této kapitoly byste měli být schopni:

- orientovat se v oblasti odborné psychopedické terminologie;
- charakterizovat mentální postižení, mentální retardaci, demenci a hraniční pásmo mentální retardace;
- popsat příčiny mentálního postižení;
- orientovat se v jednotlivých klasifikačních systémech mentálního postižení;
- popsat specifika vnímání a myšlení osob s mentálním postižením;
- orientovat se v systému školských zařízení pro žáky s mentálním postižením;
- charakterizovat jednotlivé vzdělávací instituce pro jedince s mentálním postižením;
- popsat instituce pro profesní přípravu mentálně postižených;
- charakterizovat autismus a jedince s autismem;
- orientovat se v termínech autismus, porucha autistického spektra či pervazivní vývojová porucha.

## Průvodce studiem

„Přibližně každých 20 sekund se někde na světě narodí mentálně postižené dítě a takovéto dítě se může narodit každému. Kterýkoli člověk může onemocnět nebo se poranit tak, že začne ztrácet svou mentální kapacitu.“ (Bajo, Vašek, 1994, s. 1) V České republice žije asi 300 000 osob s mentální retardací, což je číslo poměrně vysoké a hodné naší pozornosti. V kapitole, kterou právě začínáte studovat, se seznámíte s vymezením, předmětem dané problematiky a odbornou terminologií užívanou v psychopedii.

## 1 Základní psychopedická terminologie

Psychopedie (pedagogika osob s mentálním postižením) představuje obor speciální pedagogiky, jehož **předmětem je člověk s mentálním postižením** nebo **jinou duševní poruchou** a jeho socializace. Zabývá se péčí o osoby s mentálním postižením ve všech fázích jejich života a jejich edukací. Jejím **cílem** je dosažení **maximálního možného stupně rozvoje osobnosti člověka s mentálním postižením**. Hlavním a nezbytným předpokladem je respektování specifik postižení a individuality každého člověka s mentálním postižením.

Pedagogika osob s mentálním postižením – psychopedie

Psychopedie vznikla z řeckých slov *psýché* = duše a *paideia* = výchova (Sovák a kol., 2000). V nejširším významu patří do soustavy věd o člověku (společenských věd), v užším významu do pedagogických věd. Aby mohla plnit své poslání, musí kooperovat s celou řadou dalších vědních disciplín (Bajo, Vašek, 1994), např. s pedagogikou (obecná pedagogika, didaktika, metodika, speciální pedagogika aj.); psychologii (obecná psychologie, vývojová psychologie, pedagogická psychologie, sociální psychologie, psychopatologie); sociologii (sociální patologie); právem (rodinné právo, občanské právo, trestní právo); filozofií a etikou; medicínskými obory (pediatrie, neurologie, psychiatrie apod.). (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007)

## Pro zájemce

Terminologická rozmanitost Jak uvádějí Bajo a Vašek (1994), jen v československé odborné literatuře se v období mezi roky 1952 a 1989 vyskytovalo na našem území více než dvacet různých pojmů pro označení stavu mentálního postižení nebo mentální retardace (např. duševně chybní, duševně úchylní, duševně abnormální, duševně opoždění, duševně defektní, rozumově chybní, děti s chybným rozumovým vývojem, rozumově zaostalí, slabomyslní, oligofrenní, mentálně defektní, mentálně subnormní, mentálně opoždění, mentálně retardovaní apod.).

### Mentální retardace **Mentální retardace**

A právě z důvodu pojmového a terminologického sjednocení se začal používat pojem mentální retardace. Ale i tento pojem se vyznačuje velkým množstvím různých definic. Souhrnně mají všechny jeden společný prvek, kterým je celkové snížení rozumových schopností (vzniklé v dětském vývoji) s následným snížením adaptace na okolní prostředí. Dané nedostatky v adaptaci se přitom mohou týkat (a většinou také týkají) například učení, řeči, sociálních schopností atd. (Müller, 2011)

### Vrozená mentální retardace **Vrozená mentální retardace**

– opoždění duševního vývoje v prenatálním, perinatálním nebo v časně postnatálním období, nejpozději **do dvou let** života dítěte.

### Získaná mentální retardace – demence **Získaná mentální retardace – demence**

– jedná se o snížení již nabytých mentálních schopností jedince, které může nastat v různých obdobích lidského života (v dětství, dospělosti, stáří), zpravidla **po druhém roce** života. (Švarcová, 2004) (Pozn.: v žádném případě se však nejedná o tzv. demenci seniorského věku, jako je např. demence Alzheimerova typu.) (Müller, 2011)

## Pro zájemce

Pro demence dětského věku se doporučuje používat obdobný termín **deteriorace inteligence** (zhoršení, úbytek schopností), a to proto, že demence u dětí se v mnohém liší od demence v dospělosti, jak svými charakteristikami co do rozložení postižených funkcí (viz dg. „organicity“), tak i průběhem (protože patologický proces zasahuje v průběhu vývoje). Na rozdíl od dospělých nejde obvykle o postižení stacionární (či progresivní), ale kombinují se zde vlivy nemoci s vlivy dynamickými, vývojovými. Při relativně časném postižení (v předškolním nebo v mladším školním věku) bývá klinický obraz podobný ostatním případům MR (Svoboda a kol., 2001; srov. Valenta, Müller, 2009).

### Mentální postižení **Mentální postižení**

Širší pojem než mentální retardace je termín mentální postižení (dále MP), který označuje nejen všechny jedince s IQ pod 85 (jedince v pásmu mentální retardace), ale i jedince s IQ pod 70 (jedince nacházející se v tzv. hraničním pásmu mentální retardace).

### Hraniční pásmo MR **Hraniční pásmo mentální retardace**

Mezi mentální retardací a průměrnou inteligencí se nachází početná skupina lidí, které nemůžeme zařadit mezi osoby s mentální retardací, avšak kteří nedosahují ani v nejlepším případě průměrné mentální úrovně. Jedná se o jedince v hraničním pásmu mentální retardace. Toto pásmo však není obsaženo v desáté revizi MKN, proto není z medicínského hlediska považováno za subnormu. Jde především o jedince výchovně a duševně zanedbané, s poruchami vědomí, s ADHD, s neurotickými projevy apod.

### Sociálně podmíněná mentální retardace **Sociálně podmíněná mentální retardace**

V psychopedické terminologii se objevuje ještě jeden termín, a to „sociálně podmíněná mentální retardace“ (tzv. pseudooligofrenie). Tento pojem zahrnuje i výše uvedené osoby. Projevuje se opožděným vývojem řeči, myšlení a sociální adaptace. Zajištěním stimulačního prostředí a vhodným výchovným vedením je možné uvedené deficity upravit.

## 2 Etiologie, symptomatologie a klasifikace mentálního postižení

### 2.1 Etiologie mentálního postižení

Mentální postižení může být způsobeno jak příčinami endogenními (vnitřními, genetickými), tak exogenními (vnějšími). Vnější činitele, které mohou zapříčinit mentální retardaci, působí od početí, v průběhu celé gravidity, porodu, poporodního období i v raném dětství. Jako nejčastější příčiny MP můžeme uvést:

Etiologie  
mentálního  
postižení

- následky infekcí a intoxikací;
- následky úrazů a fyzikálních vlivů (mechanické poškození mozku při porodu, postnatální poranění mozku nebo hypoxie apod.);
- poruchy výměny látek, růstu, výživy;
- makroskopické léze mozku (novotvarem, degenerací, postnatální sklerózou);
- nemoci a stavy způsobené jinými a nespecifickými prenatálními vlivy;
- anomálie chromozomů;
- nezralost;
- vážné duševní poruchy;
- psychosociální deprivace;
- jiné a nespecifické etiologie. (Švarcová, 2006)

### 2.2 Klasifikace mentálního postižení

Mentální postižení můžeme klasifikovat podle nejrůznějších kritérií. V současné době lze v oblasti psychopedie zaznamenat několik desítek různých klasifikací.

Klasifikace  
mentálního  
postižení

#### Současné klasifikační systémy:

Klasifikační  
systémy

- Klasifikace podle **etiologie** – jedná se o snahu klasifikovat mentální postižení podle příčin jeho vzniku.
- Klasifikace podle **klinických symptomů, sympto-matologická/symptomatická klasifikace** – vychází z typických příznaků vztahujících se např. k typu osobnosti, chování, vzhledu, všímá si osobnostních rysů, somatických specifik, motorického a psychického vybavení člověka s mentálním postižením apod. Nejčastější klasifikací v tomto kontextu je klasifikace psychických symptomů podle chování jedince na dva základní typy, a to na typ eretický (hyperaktivní, verzatilní, neklidný) a typ apatický (torpidní, hypoaktivní, netečný).
- Klasifikace podle **vývojových období**. Při klasifikaci podle jednotlivých vývojových období se vychází ze znalostí vývojových období tzv. intaktní populace a zároveň také ze zákonitostí, jimiž se vývojové procesy řídí.
- Klasifikace podle **závažnosti (stupně, hloubky) postižení**. Úroveň schopností jedince je srovnána s tzv. „normou“. V případě mentální retardace se vychází z psychologické diagnostiky inteligence, tzn. ze stanovení inteligenčního kvocientu, který vyjadřuje poměr mentálního věku k věku fyzickému, chronologickému.
- Klasifikace podle **míry podpory, kterou jedinec potřebuje k tomu, aby mohl žít co nejběžnějším způsobem života** – v roce 2004 vydala American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD), dříve American Association on Mental Retardation (AAMR), standardizovanou škálu (Supports Intensity Scale), jež měří míru podpory, kterou člověk potřebuje k tomu, aby mohl žít v běžném prostředí. Jedná se o diagnostický nástroj, který je využitelný především pro sociální práci s lidmi s mentálním postižením. Škála je rozdělena do několika sledovaných sekcí. Posuzování se provádí v průběhu dlouhodobějšího kontaktu s posuzovaným (např. dva měsíce). Při diagnostice se využívá řada různých technik, jako je např. rozhovor, pozorování a posuzování jinými osobami.

- (Klasifikace podle MKN) Klasifikace podle **Mezinárodní klasifikace nemocí**. Od devadesátých let 20. století platí MKN ve znění desáté decennální revize s názvem *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů* (MKN-10), s účinností od 1. 1. 1993. V České republice je tato klasifikace v platnosti od roku 1994. Mentální retardace je součástí V. kapitoly nazvané Poruchy duševní a poruchy chování, zařazené pod písmenem „F“. Mentální retardaci zde nalezneme pod kódovým značením F70–F79 (F70 – lehká mentální retardace, F71 – střední mentální retardace, F72 – těžká mentální retardace, F73 – hluboká mentální retardace, F78 – jiná mentální retardace a F79 – nespecifikovaná mentální retardace). (Kozáková, 2011)

### Pro zájemce

V dřívější speciálněpedagogické, ale i psychologické a lékařské terminologii se pro označení stupňů mentální retardace používaly termíny debilita, imbecilita a idiocie, které se již v současnosti nepoužívají kvůli svému pejorativnímu příznaku.

## 2.3 Symptomatologie mentálního postižení

- Klinické projevy mentálního postižení
- V odborné literatuře většinou souhrnně nalezneme, že **mentální postižení se klinicky projevuje** zejména:
- zvýšenou závislostí na rodičích a druhých lidech;
  - infantilností osobnosti;
  - zvýšenou pohotovostí k úzkosti, k neurotickým dětským reakcím a pasivitě chování;
  - konformností se skupinou;
  - sugestibilitou a rigiditou chování;
  - nedostatky v osobní identifikaci a ve vývoji vlastního „já“;
  - v opožděném psychosexuálním vývoji;
  - v nerovnováze aspirací a výkonů;
  - ve zvýšené potřebě uspokojení a potřebě jistoty/bezpečí;
  - poruchami v interpersonálních skupinových vztazích a v komunikaci;
  - sníženou přizpůsobivostí sociálním a školním požadavkům;
  - impulzivností, hyperaktivitou, nebo naopak celkovou zpomaleností chování;
  - citovou vzrušivostí a labilitou nálad;
  - poruchami poznávacích procesů, zpomalenou chápavostí, jednoduchostí a konkrétností úsudků, ulpíváním na detailech, sníženou mechanickou a logickou pamětí;
  - sníženou schopností až neschopností komparace a vyvozování logických vztahů;
  - tékavostí pozornosti;
  - nedostatečnou slovní zásobou a neobratností ve vyjadřování;
  - poruchami vizuomotoriky a pohybové koordinace. (Krejčířová, 2007; Švarcová, 2006)

My vám nabízíme přehled projevů dle jednotlivých stupňů mentálního postižení.

**Tabulka:** Klasifikace dle stupňů mentálního postižení

Klasifikace  
dle stupňů  
mentálního  
postižení

	Název ( <i>starší název, v současnosti považovaný za pejorativní</i> )	Charakteristika
F70	<b>LEHKÁ MENTÁLNÍ RETARDACE (IQ 50–69)</b> ( <i>debilita</i> )	Jde o nejlehčí stupeň MR. IQ se pohybuje v rozmezí od 50 do 69, což u dospělých jedinců odpovídá mentálnímu věku 9–12 roků. Motorický, neuropsychický vývoj a psychické procesy jsou kvantitativně i kvalitativně odlišné od normy. Nejzřetelnější deficit je v myšlení (zejména při abstrakci, dedukci a úsudku). Řeč je po formální i obsahové stránce narušená. Projevuje se obtížemi v učení; většina těchto osob je v dospělosti schopna pracovat, navazovat a udržovat dobré sociální vztahy a být prospěšnými členy společnosti.
F71	<b>STŘEDNÍ MENTÁLNÍ RETARDACE (IQ 35–49)</b> ( <i>imbecilita</i> )	Je vymezena pásmem IQ 35–49, což u dospělých jedinců s MP odpovídá mentálnímu věku 6–9 roků. V dětství je zřetelné omezení v motorickém a neuropsychickém vývoji. Řeč se vyvíjí opožděně a dosahuje roviny konkretizace, slovník je chudý a vyjadřování je na úrovni jednoduchých vět. Mnozí jsou schopni dosáhnout určité úrovně samostatnosti a nezávislosti, zvládají přiměřenou komunikaci a školní schopnosti. Dospělí jsou s různým stupněm podpory schopni pracovat a vykonávat činnosti ve společnosti.
F72	<b>TĚŽKÁ MENTÁLNÍ RETARDACE (IQ 20–34)</b> ( <i>idioimbecilita</i> )	Charakteristické je výrazné opoždění psychického (myšlení, paměť, představy atd.) i motorického vývoje (sezení, stání, chození, nekoordinovanost pohybů). Mentální úroveň se pohybuje v pásmu od 20 do 34 IQ, což odpovídá mentálnímu věku 3–6 roků. Řeč je na velmi jednoduché úrovni, bez chápání obsahu, častá je echolálie. Je možné je naučit základní sebeobsluhy, hygienickým návykům a jednoduchým pracím. Jsou trvale závislí na péči jiných.
F73	<b>HLUBOKÁ MENTÁLNÍ RETARDACE (IQ 20 a méně)</b> ( <i>idiocie</i> )	Představuje nejtěžší stupeň MR, vymezený pásmem pod 20 IQ, což odpovídá mentálnímu věku pod 3 roky. Jde o celkové omezení neuropsychického vývoje a významné zaostávání motoriky (většina osob je úplně imobilní a často celý život leží nebo se plazí). Charakteristické jsou i stereotypní pohyby. Řeč se pohybuje na úrovni hlasových projevů, pudových a afektivních reakcí (skřeky). Stav způsobuje nesamostatnost, klienti potřebují pomoc při pohybu, komunikaci a hygieně.
F78	<b>JINÁ MENTÁLNÍ RETARDACE</b>	Mentální retardaci nelze přesně určit pro přidružená postižení smyslová a tělesná, poruchy chování nebo autismus.
F79	<b>NESPECIFIKOVANÁ MENTÁLNÍ RETARDACE</b>	Je určeno, že jde o mentální postižení, ale pro nedostatek znaků nelze jedince přesně zařadit do žádné z výše uvedených kategorií.

(Bajo, Vašek, 1994; Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2006; Pastieriková, Regec, 2010)

### 3 Specifika poznávacích procesů u osob s mentálním postižením

#### Vnímání

Vnímání Člověk s mentálním postižením se stejně jako ostatní lidé učí vidět a vnímat. To, co dokáže vidět svými očima, není jen obraz předmětu na sítnici jeho oka, ale výsledek určité životní zkušenosti (Švarcová, 2006). Mezi vnímáním osob s mentálním postižením a intaktními jedinci jsou kvantitativní i kvalitativní rozdíly. Prvním a nezanedbatelným problémem je zpomalené tempo a značné zúžení rozsahu vnímání, které ztěžuje člověku s mentálním postižením orientaci v novém prostředí a v neznámé situaci (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007). Dále jde o rozdíly v zaměřenosti vnímání (nevydrží delší čas vnímat jeden předmět), v jeho rozsahu a celistvosti (mají zjednodušené vnímání), ve výběrovosti vnímání, (které má spíše náhodný než výběrový charakter), v koordinaci vnímání a v diferenciaci vjemů (Bajo, Vašek, 1994). Opoždění psychického vývoje, především v oblasti vývoje řeči, způsobuje pomalé vytváření diferenciacních podmíněných spojů v oblasti sluchového vnímání (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007). Výraznou zvláštností vnímání u osob s mentálním postižením je **inaktivita vnímání**, což znamená, že když se dítě s mentálním postižením dívá na nějaký obraz nebo předmět, nemá zájem prohlížet si ho dopodrobna a do všech detailů. (Švarcová, 2006)

#### Pozornost

Pozornost Pozornost souvisí s bezprostředním vnímáním a poznáním. Členíme ji na nepodmíněnou (mimovolní) a podmíněnou, která je vázána na vůli. U osob s mentálním postižením vykazuje záměrná pozornost nízký rozsah sledovaného pole, nestálost, snadnou unavitelnost i sníženou schopnost rozdělit se na více činností. S nárůstem kvantity výkonu narůstá, přirozeně, i počet chyb. Proto je nutno střídat záměrnou pozornost s relaxací. (Valenta, Krejčířová, 1992)

#### Myšlení

Myšlení Myšlení je ze všech poznávacích procesů u lidí s mentálním postižením zasaženo nejvíce. Evidentní jsou nedostatky v analýze a syntéze, v indukci a dedukci, v abstrakci, generalizaci, v analogii a porovnávání, klasifikaci a strukturalizaci. Myšlení zůstává konkrétní, jednoduché. Nedostatečná je i schopnost zobecňování a slabá schopnost osvojování pravidel a obecných pojmů. Charakteristickými znaky jsou dále oslabená řídicí úloha myšlení (člověk s mentální retardací nepromýšlí své jednání a nepředvídá jeho důsledek), nedůslednost a nekritičnost myšlení (pro mentálně postižené lidi je charakteristické, že nepochybují o správnosti okamžitých domněnek) (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007). Lidé s mentálním postižením mají tzv. sekvenční myšlení, což se projevuje v nedostatečném vnímání logických souvislostí a časové následnosti. Nedokážou odhadnout, jak dlouho bude něco trvat, nedokážou dodržet domluvené termíny, často chodí pozdě, proto úkoly, které mají plnit, musejí být pečlivě strukturovány a nad jejich plněním by měl být zajištěn dohled (Švarcová, 2006).

#### Řeč

Řeč Myšlenky vyjadřujeme pomocí slov, tedy řečí. Řeč mentálně postižených osob je obvykle narušená po obsahové i formální stránce. Vývoj řeči se ve většině případů opožďuje, tempo vývoje je pomalé a jen málokdy se řeč dostává na úroveň normálu. V závislosti na druhu, typu a stupni MP je řeč narušená v různé míře. Typické jsou nedostatky v rozvoji fonemického sluchu, tj. v nedostatečné diskriminaci fonémů, i nedostatky v artikulaci. Z charakteru mentálního postižení plyne i narušení obsahu sdělení, tj. nedostatečná schopnost rozumění, hodnocení a rozhodování (Valenta, Krejčířová, 1992).

#### Paměť

Paměť Díky paměti si uchováváme minulé zkušenosti, získáváme dovednosti a vědomosti. Typickým znakem paměti osob s mentální retardací je pomalé tempo osvojování nových poznatků, nestálost jejich uchování a nepřesnost při jejich vybavování. Tyto osoby si lépe zapamatují vnější znaky předmětů

a jevů, nepamatují si vnitřní logické souvislosti. Vhodné je proto zaměnit nebo vhodně doplnit verbální přístup multisenzoriálním přístupem (Švarcová, 2007). U osob s mentálním postižením je proces zapamatování narušen ve všech jeho fázích: v zapamatování, udržení i ve vybavování. Všechno nové si osvojují jen velmi pomalu, po četných opakováních, což vyžaduje velkou dávku trpělivosti a motivace.

### Emocionální sféra

Citový vývoj člověka souvisí s vývojem osobnosti, a promítá se tak do povahy, temperamentu, sociální přizpůsobivosti, schopností i do procesu učení. City člověka s mentální retardací nejsou dostatečně diferencovány, jsou primitivnější a mnohdy protikladné či opožděné. Tzv. vyšší city se utvářejí obtížně, daleko častěji se vyskytují chorobné citové projevy (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007). Lidé s mentálním postižením projevují často city neadekvátní podnětům z vnějšího světa. U některých můžeme pozorovat nepřiměřené a povrchní prožívání vážných životních událostí, rychlé přechody od jedné nálady ke druhé. Nedostatečné ovládnutí citů intelektem se projevuje v nedostatečném korigování citů vzhledem k situaci. K mimořádnému významu emocí přispívá i jejich funkce nejvýznamnějšího motivačního činitele ve vývoji lidí s MP. Mnozí jsou velmi emocionální. Dovedou mít rádi své blízké, jsou velmi vnímaví k jejich trápení a bolesti. Pokud s nimi lidé v jejich okolí jednají vlídně a laskavě, zpravidla jim to oplácejí přátelským chováním a oddaností. Jsou ochotni pomáhat každému, kdo jejich pomoc potřebuje.

Emocionální sféra

### Pro zájemce

V souvislosti s emocemi je vhodné se zmínit o problematice **emoční deprivace**, která je velmi častá u dětí s mentální retardací umístěných v ústavní výchově. Emoční deprivace úzce souvisí se senzoričnou, sociální a kulturní deprivací, se zanedbaností, se zhoršením životní úrovně rodiny, s nakupením frustračních a stresových situací v rodině atd. (Dolejší, 1973, in Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007). Uvádí se pokles o 20 IQ u dětí trvale žijících v sociálněpatologickém či nepodnětném prostředí. Jestliže se ale včas podaří závadné prostředí eliminovat, může nastat překvapivý obrát k lepšímu. Jsou popsány případy, kdy se podařilo zvýšit obecnou inteligenci o 10 až 20 bodů. To je také jedním z argumentů podporujících tvrzení, že mentální retardace je měnitelná. Proto je nutné při prognóze vycházet vždy z etiologie postižení (Valenta, Krejčířová, 1992).

Emoční deprivace

### Vůle

Vůle, projevující se v uvědomělém a cílevědomém jednání, je jedním z nejdůležitějších rysů osobnosti člověka. Lidé s mentálním postižením vykazují nedostatek iniciativy a mají problém řídit své jednání v souladu se vzdálenějšími cíli a překonávat překážky. Typická je sugestibilita, nekritické přijímání rad a pokynů od druhých lidí, neovladatelnost, tvrdohlavost. Častá je hypobulie (snížení volních kompetencí), ale vyskytuje se i abulie (úplné chybění volních kompetencí). Všechny tyto projevy jsou vyjádřením nezralé osobnosti (Švarcová, 2006).

Vůle

### Sebehodnocení

Celý proces sebehodnocení úzce souvisí s motivací. Zvýšené sebehodnocení u lidí s mentálním postižením souvisí s celkovým nedostatečným intelektuálním rozvojem. Je projevem celkového emocionálního zabarvení hodnocení i sebehodnocení, jakož i celkové nezralosti osobnosti (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007).

Sebehodnocení

### Pro zájemce

„L. S. Vygotskij upozorňuje na možnost utváření **symptomu zvýšeného sebevědomí** u dětí s mentální retardací jako na *pseudokompenzační charakterový útvar, jako odpověď na nízké hodnocení okolí. Pseudokompenzační nadhodnocení vlastní osobnosti vzniká na základě slabosti a pocitu méněcennosti.*“ (Rubinšteinová, 1973, in Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007, s. 27)

Aspirace Pro **aspirační úroveň** osob s mentálním postižením je příznačný výraznější posun k nižší aspiraci nebo k přeceňování se.

### Sexualita

Sexualita Z hlediska sexuality disponuje člověk s mentálním postižením stejnými potřebami jako intaktní jedinec, přičemž se uvádí, že jedinci s lehkou MR mají pohlavní styk stejně často jako jejich vrstevníci z intaktní populace. Častým problémem v oblasti sexuality těchto osob je obnažování a především masturbování na veřejnosti, což může být sociálním prostředím hodnoceno jako deviantní chování, a nikoliv jako saturace přirozené fyziologické potřeby. Je proto důležité vysvětlit člověku s mentálním postižením nevhodnost takového počínání na veřejnosti. Problém, se kterým se setkáváme u lidí s MR, je jejich zranitelnost – často se stávají oběťmi znásilnění či svedení (Valenta, Kozáková, 2006).

### Charakter

Charakter Charakter je seskupením nejpodstatnějších vlastností osobnosti, jež determinují vztah jedince ke světu – k práci, rodině, společnosti i k sobě samému. Mentální defekt představuje, svým způsobem, také poruchu sociální interakce a komunikace. Charakter osob s mentálním postižením lze formovat. Především prostřednictvím důslednosti, neustálé kontroly plnění zadaných úkolů, zavedením pevného denního řádu a spolupráce s rodinou (Valenta, Krejčířová, 1993).

Psychické zvláštnosti osob s mentálním postižením **Shrnutí psychických zvláštností osob s mentálním postižením** (dle Švarcové, 1998, s. 15):

- „zpomalená chápavost, jednoduchost a konkrétnost úsudků;
- snížená schopnost až neschopnost komparace a vyvozování logických vztahů;
- snížená mechanická a zejména logická paměť;
- těkavost pozornosti;
- nedostatečná slovní zásoba a neobratnost ve vyjadřování;
- poruchy vizuomotoriky a pohybové koordinace;
- impulzivita, hyperaktivita, nebo celková zpomalenost chování;
- citová vzrušivost;
- sugestibilita a rigidita chování;
- nedostatky v osobní identifikaci a ve vývoji „já“;
- opožděný psychosexuální vývoj;
- nerovnováha aspirací a výkonů;
- zvýšená potřeba uspokojení a bezpečí;
- poruchy v interpersonálních skupinových vztazích;
- poruchy v komunikaci;
- snížená přizpůsobivost sociálním požadavkům.“

Všechny tyto projevy se nemusejí vyskytovat u každého člověka s mentálním postižením. Každý takový jedinec má v projevech svá vlastní, individuální specifika. Mnozí z těchto lidí si tvoří preference jistého vzorce chování při interakci s okolím. Například se může jednat o časté používání určitých slov nezávisle na kontextu komunikace, potřeba těsné sociální vazby (objímání), ale i zvědavost (kladení otázek), nebo naopak strach, vyhýbání se očnímu kontaktu apod. Z důvodu heterogenity projevů je proto nevyhnutelné citlivě reflektovat individuální odlišnosti každého člověka.



## 4 Edukační systém a pracovní uplatnění osob s mentálním postižením

### 4.1 Základní východiska vzdělávání osob s mentálním postižením

Od 1. 1. 2005 nabyl účinnosti **zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon)**. V souladu s ním vydává MŠMT **vyhlášku č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků a studentů mimořádně nadaných** a **vyhlášku č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských zařízeních**.

Legislativní opatření

Dilema výběru školy a školního vzdělávání řeší již výše zmíněný zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon). Obsahuje hned několik oprávnění a povinností pro zainteresované subjekty. Pro integraci je zde důležité ustanovení, že o zařazení žáka do školského zařízení rozhoduje ředitel školy. Přednost při tom mají děti, které mají trvalý pobyt ve spádovém obvodu školy. Samo ministerstvo školství má tímto zákonem uloženou povinnost koordinovat předpisy pro navrhování a výstavbu školních budov se zvláštním zřetelem k možnosti integrace dětí se zdravotním postižením (Krejčířová, 2011).

Integrace, nebo speciální škola?

Zařazení dítěte s postižením do školy běžného typu vždy vyžaduje pečlivé zvážení. Je nutné přihlížet ke specifickým potřebám jedince a k jeho individuálním možnostem, a to nejen při výběru školského zařízení a způsobu vzdělávání, ale i v průběhu vzdělávání (ibid, 2011).

### 4.2 Raná péče o osoby s mentálním postižením

#### Střediska rané péče

V České republice zajišťují služby rané péče **střediska rané péče**. Služby jsou zaměřeny nejen na postižené děti, ale i na podporu jejich rodičů či sourozenců. Právě rodiče jsou důležitým článkem celého systému rané péče. Služby se orientují na včasnou diagnostiku, komplexní přístup a péči o děti, odbornou (medicínskou, terapeutickou, pedagogicko-psychologickou, speciálněpedagogickou) podporu, poradenství. Předpokladem úspěšné rané intervence je týmová spolupráce.

Střediska rané péče

### 4.3 Předškolní vzdělávání osob s mentálním postižením

Předškolní vzdělávání je realizováno v:

- **mateřské škole,**
- **speciální třídě při mateřské škole,**
- **mateřské škole speciální.**

Předškolní výchova

V současnosti není mateřská škola součástí povinné školní docházky, i když má významné místo v rámci edukační přípravy osob.

Předškolní vzdělávání upravuje **rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání**, který je realizován v pěti základních oblastech: biologická, psychologická, interpersonální, sociálně-kulturní a environmentální. V případě osob s mentálním postižením je zaměřen na zvládnutí sebeobsluhy a hygienických návyků s ohledem na stupeň a věk dítěte a v rámci výuky se využívají podpůrná opatření – např. kompenzační pomůcky, asistent pedagoga či snížený počet dětí ve třídě.

Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání

Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání upravuje obsah vzdělávání i v **přípravné třídě základní školy**. Tyto třídy jsou určeny především pro děti ze sociálně znevýhodněného prostředí a děti s odkladem školní docházky. Ani tato třída není součástí povinné školní docházky.

Přípravná třída základní školy

## 4.4 Základní vzdělávání osob s mentálním postižením

Základní vzdělávání Osoby s mentálním postižením absolvují základní vzdělávání v:

- **základní škole,**
- **základní škole praktické,**
- **základní škole speciální.**

Integrace v základní škole **Základní škola**

V případě, že žáci s mentálním postižením jsou schopni zvládat základní vzdělávání bez aplikace speciálních opatření, mohou být vzděláváni v běžných základních školách, případně školách určených pro osoby s jiným postižením, formou **individuální integrace**. Žáci mívají vypracovaný **individuální vzdělávací program**. Formou **skupinové integrace** jsou žáci s mentálním postižením vzděláváni ve třídách zřízených pro žáky se zdravotním postižením při běžné škole nebo ve třídě pro žáky s jiným druhem postižení.

Základní škola praktická **Základní škola praktická**

Posláním základní školy praktické (dřívější zvláštní školy) je umožnit žákům pomocí speciálních metod a forem práce dosáhnout co možná nejvyšší úrovně znalostí. Výchovně-vzdělávací proces se přizpůsobuje zvláštnostem psychického i fyzického vývoje žáků. Vzdělávání na základní škole praktické se realizuje po dobu devíti let (1. stupeň: 1.–5. ročník; 2. stupeň: 6.–9. ročník), nejvýše však do konce školního roku, v němž žák dosáhne 17. roku věku. Obsah vzdělávání vychází z **Rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání s přílohou upravující vzdělávání žáků s lehkým mentálním postižením**. Z důvodu posouzení schopností a vědomostí žáka pro volbu zvoleného typu zařízení může předcházet zařazení žáka do základní školy praktické diagnostický pobyt v délce 2–6 měsíců.

### Pro zájemce

Více o obsahu, vzdělávacích oblastech či průřezových tématech v základní škole praktické se dočtete v Rámcovém vzdělávacím programu pro základní vzdělávání s přílohou upravující vzdělávání žáků s lehkým mentálním postižením.

Základní škola speciální **Základní škola speciální**

Základní škola speciální (dřívější pomocná škola) vzdělává žáky se středním a těžkým mentálním postižením, souběžným postižením více vadami a žáky s poruchou autistického spektra. Obsah, metody a formy vzdělávání odpovídají jejich vzdělávacím potřebám a možnostem a jsou v souladu s aktuální legislativou. Vzdělávání je desetileté (1. stupeň: 1.–6. ročník; 2. stupeň: 7.–10. ročník). Vzdělávání upravuje **Rámcový vzdělávací program pro základní školu speciální**, který obsahuje dva díly: díl I – vzdělávání žáků se středně těžkým mentálním postižením, a díl II – vzdělávání žáků s těžkým mentálním postižením a souběžným postižením více vadami.

### Pro zájemce

Více o obsahu, vzdělávacích oblastech či průřezových tématech v základní škole speciální se dočtete v Rámcovém vzdělávacím programu pro základní školu speciální.

Přípravný stupeň základní školy speciální **Přípravný stupeň základní školy speciální**

Přípravný stupeň základní školy speciální je do systému vzdělávací soustavy v České republice zaveden zákonnou normou – § 48a novely školského zákona (zákon č. 49/2009 Sb.). Přípravný stupeň ZŠS umožňuje nezbytnou přípravu na vzdělávání dětem s těžším mentálním postižením, postižením více vadami nebo autismem. Jedná se o typ školského zařízení, ve kterém není plněna povinná školní docházka.

**Rehabilitační třídy**

Rehabilitační třídy

Rehabilitační třídy jsou určeny žákům se středním a těžkým mentálním postižením i žákům s kombinovanými vadami. Výuka je zcela přizpůsobena možnostem a schopnostem žáků. V rehabilitačním vzdělávacím programu ZŠS plní žák povinnou školní docházku. Školní docházka žáka zařazeného do rehabilitačního vzdělávacího programu ZŠS je desetiletá. Rehabilitační třídy se vnitřně člení na dva stupně (první stupeň a druhý stupeň), analogicky jako základní školy, s tím rozdílem, že oba stupně jsou pětileté.

**4.5 Střední a celoživotní vzdělávání osob s mentálním postižením**

Žáci s mentálním postižením se jako absolventi základních škol mohou připravovat pro svoji profesní dráhu na jakékoliv střední škole, pokud, samozřejmě, vyhoví podmínkám přijetí a požadavkům školy.

Specifickou profesní přípravu, která je realizována s respektem ke zvláštnostem a možnostem jedinců s mentálním postižením, zajišťují:

**Odborná učiliště**

Odborná učiliště

Studium na odborném učilišti je organizováno jako dvouleté nebo tříleté. Svým obsahem navazuje na vzdělávací program základní školy praktické. Důraz je kladen na získání praktických dovedností vedoucích k profesnímu uplatnění. Studium dvouletého oboru je ukončeno závěrečnou zkouškou a získáním vysvědčení. Absolvent tříletého oboru získá výuční list pro danou profesi. Při výběru vhodného oboru je potřeba vycházet z možností a schopností studenta, ale i z vhodnosti a přiměřenosti dané profese. V našich podmínkách je v současnosti velký výběr učebních oborů.

**Praktická škola**

Praktická škola

Praktická škola je určena žákům, kteří ukončili povinnou školní docházku na základní škole praktické nebo na základní škole speciální (příp. na základní škole v nižším než devátém ročníku, nebo v odůvodněném případě v devátém ročníku). Studium je jednoleté nebo dvouleté. Studium na praktické škole dvouleté umožňuje získat středoškolské vzdělání. Absolventi si osvojí znalosti a manuální dovednosti potřebné k výkonu jednoduchých pracovních činností, a získají tak perspektivní možnost uplatnění na chráněných pracovištích, při pomocných pracích v různých profesních oblastech (ve zdravotnictví, zemědělství, v oblasti sociální péče apod.) i v životě. Studium je ukončeno složením závěrečné zkoušky a získáním vysvědčení. V rámci výuky na praktické škole jednoleté se klade důraz především na prohloubení a rozšíření vědomostí nabytých v průběhu povinné školní docházky. U jedinců se středním a těžkým mentálním postižením by měla pracovní činnost plnit primárně funkci rehabilitační, až sekundárně funkci produktivní.

**Speciální kurzy, večerní školy a rekvalifikační kurzy**

Speciální kurzy, večerní školy a rekvalifikační kurzy

V případě osob s různým stupněm mentálního postižení přicházejí v úvahu v rámci celoživotního vzdělávání speciální kurzy a večerní školy, které jsou určeny hlavně k procvičování získaných schopností a dovedností. Rekvalifikační kurzy jsou určeny těm osobám s mentálním postižením, které mají zájem uplatnit se na trhu práce, k tomu je však potřebná jistá forma rekvalifikace.

**4.6 Systém poradenské podpory**

Poradenství pro osoby s mentálním postižením je v České republice zajišťováno nejen resortem zdravotnictví, školství, mládeže a tělovýchovy, resortem práce a sociálních věcí, ale i různými organizacemi, občanskými sdruženími či soukromníky. Poskytování poradenských služeb je legislativně ukotveno ve vyhlášce č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských

zařízeních. Důraz je kladen na podporu a odbornou pomoc při řešení osobních problémů a problémů psychického a sociálního vývoje žáků v průběhu edukačního procesu, na prevenci sociálněpatologických jevů, na pomoc při volbě povolání a profesní orientace. Odborná pomoc probíhá formou diagnostiky či intervence (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007).

System  
poradenské  
podpory Podle výše uvedené vyhlášky existují v našich podmínkách dva typy školských poradenských zařízení: **pedagogicko-psychologická poradna** a **speciálněpedagogické centrum**. Kromě poradenských zařízení poskytují poradenské služby ve školním prostředí: **výchovný poradce, školní metodik prevence, školní psycholog a školní speciální pedagog**.

## 4.7 Zaměstnávání osob s mentálním postižením

Zaměstnávání představuje jednu z mnoha otázek, které nás v souvislosti s osobami s mentálním postižením napadají. Práci můžeme vnímat jako jednu ze základních potřeb, které vnášejí do našeho života smysl. Nejde jen o ekonomickou samostatnost, možnost sociálních kontaktů, ale také o vlastní seberealizaci člověka.

Zákon  
č. 435/2004  
Sb., o zaměst-  
nanosti Zaměstnáváním osob se zdravotním postižením se zabývá **zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti**. Pracovní uplatnění osob s mentálním postižením zajišťují chráněné pracovní dílny (nebo dílny ve stacionářích) a podporované zaměstnávání.

Chráněná  
pracovní dílna **Chráněná pracovní dílna**  
Chráněná pracovní dílna je podle § 76 zákona č. 435/2004 Sb. definována jako pracoviště zaměstnavatele vymezené na základě dohody s úřadem práce a přizpůsobené pro zaměstnávání osob se zdravotním postižením, kde je v průměrném ročním přepočtu zaměstnáno nejméně 60 % těchto zaměstnanců. Musí být provozována nejméně 2 roky ode dne sjednaného v dohodě. Chráněné dílny slouží především k tréninku pracovních dovedností, pracovního režimu a k práci v kolektivu. Snahou je rozvinout u zaměstnanců samostatné jednání a zodpovědnost.

Podporované  
zaměstnávání **Podporované zaměstnávání**  
Smyslem podporovaného zaměstnávání je vyrovnávání příležitostí pro pracovní uplatnění osob, které mají v důsledku svého postižení ztížený přístup na otevřený trh práce. Služba je orientována na konkrétního uživatele a na konkrétní pracovní místo. Službu zprostředkovává vyškolený pracovní tým, který pomáhá zaměstnanci ve všech potřebných oblastech. Služba sleduje nejen získání, ale i udržení pracovního místa. U podporovaného zaměstnávání probíhá výcvik dovedností a zručnosti přímo na místě, aby byl zaměstnanec připraven právě na ty činnosti, které od něj zaměstnavatel požaduje. Podpora je poskytována i zaměstnavateli, především v souvislosti s administrativou související s přijetím zaměstnance se sníženou pracovní schopností (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007).

## 5 Poruchy autistického spektra

### 5.1 Základní terminologie a vývoj názorů na autismus

Základní  
terminologie Mezi nejčastěji se vyskytující termíny, se kterými se v souvislosti s danou problematikou běžně setkáváme, jsou **autismus, poruchy autistického spektra** a **pervazivní vývojové poruchy**. Dané termíny nahradily v minulosti užívané pojmy jako autistická psychóza, časný infantilní autismus, raný dětský autismus či autistické rysy.

Termín **autismus** je odvozen z řeckého slova *autos* – které znamená „sám“, a přípony *-ismus* – která označuje stav, směr nebo orientaci (Vocilka, 1996). Autismus

Pervazivní vývojové poruchy patří k nejzávažnějším poruchám dětského mentálního vývoje. Slovo *pervazivní* znamená vším pronikající a vyjadřuje fakt, že vývoj dítěte je narušený v mnoha oblastech. Dítě vnímá, prožívá, a tedy se i chová jinak (Thorová, 2006). Pervazivní vývojové poruchy – PDD

Vycházíme-li z medicínské definice autismu, je autismus řazen mezi pervazivní vývojové poruchy. Nově se však můžeme setkat i s pojmem poruchy autistického spektra (PAS), který se užívá k popisu celé skupiny poruch (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007) a v České republice se „těší“ oblibě. Porucha autistického spektra – PAS

## 5.2 Etiologie autismu

Specifická příčina autismu není doposud známá. Ani navzdory mnohým výzkumům zabývajícím se možnými příčinami jeho vzniku nemůžeme mluvit o jednoznačné etiologii. Etiologie autismu

Základem pro mylné vysvětlení a léčení autismu se stala psychoanalytická (psychogenní) teorie. Vycházelo se v ní z předpokladu, že autismus je emocionální porucha projevující se uzavřeností, která je reakcí na podvědomě odmítavý a **negativní postoj rodičů**, především matek. Léčení autismu probíhalo odebráním dítěte rodičům a umístěním do psychiatrické léčebny, kde jako jediná správná terapie byla aplikována psychoterapie spojená s medikací (Jelínková, 2010). „Chladná“ výchova rodičů

A třebaže dnes již víme, že tato teorie je dávno překonaná a její vyvrácení je podloženo velkým množstvím empirických výzkumů, zanechala mnoho negativních důsledků postihujících jak rodinu, tak samotné dítě s autismem.

Jako nejčastější příčiny se zmiňují mozkové dysfunkce, které mohou vést k úplnému rozvinutí autismu (neurobiologický model), vliv stresu (Tinbergenův „behaviorálně-etologický“ model) či genetické predispozice (Pastieriková, 2011). Nejčastěji uváděné příčiny

Na závěr poukážeme na tzv. „spouštěcí mechanismy poruch autistického spektra“, o kterých se zmiňuje Hoffman (2008). Řadí mezi ně **prostředí** (např. olovo, rtuť, hliník, toluen apod.), **stravu** (nedostatek vápníku, hořčíku, železa apod.), **metabolické obtíže** (nedostatečná detoxikace ledvinami, abnormality v režimu aminokyselin apod.), **narušení funkcí štítné žlázy, střevní nemoci** (propustnost střev, přebytek kvasinek, bakteriální toxiny apod.), **alergie a imunologické aberace** (infekce, očkování apod.). Další příčiny

## 5.3 Symptomatologie postižení

Autismus se začíná projevovat již v raném dětství a způsobuje samotnému člověku s poruchou autistického spektra (dále jen PAS) velký problém fungovat v běžné společnosti. Běžná společnost často nejenže nechápe, odsuzuje a kritizuje, ale ani není připravena na zvláštní projevy chování, které s sebou právě diagnóza autismu přináší (Pátá, 2008). Symptomatologie autismu

Přestože nenajdeme dvě osoby, které by disponovaly stejnými projevy, protože existuje široká škála různých kombinací symptomů, všechny současné uznávané diagnostické systémy (DSM-III-R, DSM-IV, MKN-10) se shodnou v tom, že pro diagnózu autismu je nutné postižení ve třech oblastech, a to **omezení recipročních sociálních interakcí, omezení reciproční komunikace** (verbální i neverbální) a **omezení imaginace**, které se projevuje omezeným repertoárem chování. Wingová „Triáda“ symptomů

(in Gillberg, Peeters, 2008) nazývá tyto tři skupiny specifických symptomů, v případě, že se objevují společně, jednoduše „triádou“.

### Problémy v sociálních interakcích a v sociálním chování

Osamělý a extrémní typ dítěte s PAS U dětí s PAS se můžeme setkat s celou škálou sociálního chování, která má dva extrémní póly, a to pól *osamělý* (kdy se dítě při každé snaze o sociální kontakt odvrátí či protestuje) a pól *extrémní* (kdy se dítě s autismem snaží navázat sociální kontakt všude a s každým) (Thorová, 2006).

Ze zkušeností víme, že většina lidí s autismem o sociální styk stojí, i když nejistota a neschopnost přiměřeně navázat kontakt se projevuje naopak nedotknutelností a odtažitostí, což navázání kontaktů komplikuje. Při pokusech vytvářet sociální chování využívají tito lidé prostředky, které jsou odlišné od zvyklostí v intaktní společnosti. Charakteristickým rysem je absence sociálního porozumění.

Zrakový kontakt Problematickou oblastí je vizuální kontakt – autistické děti zrakový kontakt navazují, ale v jiných interakčních situacích, než se to děje u běžné populace (Volkmar a Mayese in Doherty-Sneddon, 2005).

Schopnost porozumění a reagování na emoce druhých Další problematickou oblastí je porozumění emocím druhých osob a správné reagování na ně. Osoby s autismem nemají jen problémy porozumět emocím ostatních, ale také mají těžkosti i při porozumění emocím vlastním. I když je naučíme rozeznávat emoce například podle fotografií a obrázků, stále nemáme jistotu, že jim rozumí a budou je umět adekvátně použít v příslušné situaci (Thorová, 2006).

### Problémy v komunikaci

Problémy v komunikaci Poruchy autistického spektra jsou primárně poruchami komunikace. Porucha komunikace se u dětí s PAS může projevit také na úrovni receptivní (porozumění), expresivní (vyjadřování), verbální a neverbální. Liší se pestrostí projevu a celkovou mírou komunikačního handicapu (Thorová, 2006).

Specifické projevy poruchy komunikace Častým projevem jsou **echolálie** (jak bezprostřední, tak i opožděné, které přetrvávají až do dospělého věku), **neologismy**, **idiosynkrazie**, nesprávné používání záměn – narušená **pragmatická rovina** řeči, narušená **fonologie** (zvuková stránka řeči), **sémantika** (porozumění a vytváření smyslu řeči), **syntax** i **gramatika**. Řeč bývá chudá na přízvuky, tóny, melodii. Problémy jedincům s PAS působí abstrakce a symboly.

Jazyk jako nástroj dorozumívání Osobám s autismem chybí vrozená schopnost uvědomit si, že jazyk je vlastně nástroj, kterým lze danému člověku něco sdělit, případně ovlivnit své okolí k svému prospěchu. Z toho důvodu je žádoucí, jak uvádí Jelínková (2010), při rozvoji komunikace učit děti s autismem nejen to, **jakým způsobem** komunikovat, ale také **proč komunikovat**. To může člověku s autismem pomoci při vyjadřování jeho potřeb, touhy a přání. Jestliže postižený člověk nedokáže komunikovat o svých potřebách, musí se okolí snažit poskytnout mu vhodnou pomoc. K tomu účelu nám mohou posloužit **videonahrávky** či **různé techniky hraní rolí**.

### Omezení imaginace, stereotypní a repetitivní chování

Stereotypy v oblasti zájmů U osob s autismem se často objevují stereotypy v oblasti zájmů – sbírání různých faktů, předmětů či jejich částí. Je důležité si uvědomit, co nám jimi člověk s autismem dává najevo. Odbourávat

dané projevy za každou cenu není tou nejsprávnější volbou. Musíme hledat jakýsi kompromis mezi zvláštními zájmy dítěte, požadavky společnosti a potřebami rodiny (Jelínková, 2010).

Pro některé osoby s PAS jsou tyto projevy jedinou možností, jak ovládat svůj strach a úzkost z neznámé situace či z neznámého prostředí. Náš svět je pro lidi s PAS příliš složitý a právě vytváření rituálů a stereotypů jim pomáhá ho zvládat.

### Nespecifické symptomy

Kromě výše zpracované „triády“ specifických symptomů se autismus manifestuje také nespecifickými projevy, mezi které patří percepční poruchy či omezení v motorickém vývoji.

Rimland (in Attwood, 2005) uvádí, že přibližně 40 % dětí s autismem je hypersenzitivních. Osoby s autismem bývají **citlivé na některé zvuky, barvy, dotyky či bolest**. Jedinci s autismem zpracovávají smyslové podněty jinak, než je obvyklé. Nevnímají svět standardním způsobem a při jeho poznávání preferují jiné smyslové kvality než jejich vrstevníci. Mívají problémy při selekci a při diferenciaci různých podnětů, což znamená, že nedokážou koncentrovat svoji pozornost komplexněji (Vágnerová, 2008). Hyper-senzitivita

## 5.4 Specifika péče o osoby s autismem

V současné době se často při výchově a vzdělávání osob s autismem využívají metody či formy práce ověřené při péči o osoby s mentálním postižením.

V případě osob s autismem se jako velmi účinný osvědčil **TEACCH program** (Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children – péče a vzdělávání dětí s autismem a dětí s problémy v komunikaci). TEACCH program

TEACCH program stojí na třech pilířích:

### a) Individualizace

Z hlediska individuálního přístupu je potřebné zjistit úroveň schopností dítěte nebo dospělého, zvolit vhodný způsob komunikace (fotografie, piktogramy, kombinace s psanou formou, tiskací či hůlkové písmo atd.), zabezpečení prostředí (rozmístění lavic, prostor na práci, jídlo, oddych, hru apod., ale i prostor v domácím prostředí, v chráněném bydlení atd.), vytvořit individuální vzdělávací plán, zvolit strategie řešení behaviorálních problémů. Individualizace

### b) Strukturalizace

Zpracování podnětů a informací je u člověka s PAS v hlubokém deficitu. Neschopnost analyzovat situace, řídit práci a volný čas, třídít informace na důležité a méně podstatné, neschopnost porozumět abstraktním pojmům a emocím, zaměření pozornosti na detaily na úkor celku způsobuje v člověku s autismem zmatek, který nezřídka vyústí do stresu, pocitů bezmoci, úzkosti, problémového chování či stereotypů. Způsobem, jak daným projevům alespoň částečně předejít, je právě strukturalizace času a prostoru. Strukturalizace

### c) Vizualizace

Při vizualizaci vycházíme z analýzy schopností a dovedností daného člověka s autismem. Na jejím základě volíme takový způsob vizualizace, který danému člověku s autismem nejvíce vyhovuje a kterému rozumí. U osob, které umějí číst, využíváme nadpisy či návody. Pro ty osoby, které číst Vizualizace

neumějí, volíme obrázky, fotografie či piktogramy. A u osob s nejnižší vývojovou úrovní použijeme skutečné předměty.

Při zvládání nových úloh pomáhají **pracovní (procesuální) schémata**, v nichž je daný úkol rozpracován na elementární kroky. Při zautomatizování činností je možné schéma zjednodušit (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007).

Strukturované učení V České republice je metodika daného programu využívána a známa pod pojmem **strukturované učení**. Jeho podstatou je vnesení jasných pravidel do procesu učení, zprůhlednění posloupnosti činností a jednoznačné uspořádání prostoru, ve kterém se osoby s PAS pohybují. Správně aplikované metody strukturovaného učení jsou přínosem nejen pro osoby s PAS, ale pro všechny, kteří mají potíže se sebeorganizací (Thorová, 2006).

Níže uvádíme přehled nejpoužívanějších intervenčních postupů a metod, které můžeme využít při práci s osobami s autismem. Jedná se především o následující techniky:

- alternativní a augmentativní komunikace (AAK),
- behaviorální terapie,
- animoterapie,
- arteterapie,
- ergoterapie,
- muzikoterapie,
- tanečně-pohybová terapie,
- fyzioterapie,
- herní a interakční terapie,
- rodinná psychoterapie,
- farmakoterapie,
- Son-Rise program,
- dietetická opatření,
- homeopatie,
- HANDLE terapie,
- eklektický a celostní přístup.

Při používání jednotlivých metod je nutné mít vždy na zřeteli osobnost člověka, u kterého danou metodu použijeme. Využití uvedených metod může být u některých osob velice efektivní, u jiných nikoli.

## Shrnutí

Člověk s mentálním postižením a jeho socializace jsou hlavním předmětem pedagogiky osob s mentálním postižením. Mezi základní termíny patří mentální retardace (vrozená a získaná), mentální postižení a hraniční pásmo mentální retardace. Na vznik mentálního postižení působí mnoho faktorů, jednak v prenatálním, perinatálním a postnatálním období, ale i v průběhu všech etap lidského života. Z obecného hlediska můžeme příčiny mentálního postižení členit na endogenní a exogenní. Etiologické hledisko je jedním z klasifikačních systémů, podle kterých můžeme klasifikovat mentální postižení. Mezi další užívané klasifikační systémy patří symptomatologická (symptomatická), vývojová klasifikace, klasifikace podle závažnosti (hloubky, stupně) mentálního postižení a také klasifikace podle míry podpory, kterou jedinec s MP potřebuje k tomu, aby mohl žít co nejběžnějším způsobem života.

V edukačním systému zabezpečují dětem s mentálním postižením předškolní vzdělávání mateřské školy a mateřské školy speciální. Dosažení základního vzdělání je zajišťováno základními školami, základními školami praktickými a základními školami speciálními. Jejich absolventi se mohou dále



vzdělávat ve středním proudu vzdělávání, a to na středních školách, středních odborných učilištích, odborných učilištích či praktických školách.

Autismus představuje pervazivní (všepronikající) vývojovou poruchu, která se projevuje „triádou“ symptomů: kvalitativním narušením komunikace, problémy v sociálním chování a v představitosti. Mimo to se u osob s autismem mohou objevit i nespecifické projevy, charakterizované přecitlivělostí na smyslové podněty. Jednoznačná příčina autismu není doposud známa, na jeho vzniku se podílí velké množství působících faktorů.

### Kontrolní otázky a úkoly

1. Co je hlavním předmětem zájmu oboru psychopedie?
2. Jaký je rozdíl mezi termíny mentální retardace a mentální postižení?
3. Kterou skupinu osob bychom mohli zařadit do hraničního pásma mentální retardace?
4. Vyjmenujte příčiny mentálního postižení.
5. Které klasifikační systémy používáme při klasifikaci mentálního postižení?
6. Charakterizujte symptomatologické faktory mentálního postižení.
7. Vymezte základní specifika percepce osob s mentálním postižením.
8. Přibližte specifika myšlení a paměti osob s mentálním postižením.
9. Vyjmenujte faktory, které u člověka s mentálním postižením ovlivňují schopnost udržet pozornost.
10. Popište specifika komunikace a řeči u osob se střední mentální retardací.
11. Která specifika vykazuje u osob s mentálním postižením oblast sexuality?
12. Ve kterých zařízeních se mohou vzdělávat děti s mentálním postižením v předškolním věku?
13. Jmenujte školy pro základní vzdělávání žáků s mentálním postižením.
14. Čím je ukončeno vzdělávání na odborném učilišti nebo středním odborném učilišti?
15. Existují nějaké možnosti celoživotního vzdělávání osob s mentálním postižením? Jestli ano, o které možnosti se jedná?
16. Jaký je rozdíl mezi chráněnou pracovní dílnou a podporovaným zaměstnáním?

### Pojmy k zapamatování

psychopedie  
mentální retardace  
demence  
deteriorace  
mentální postižení  
lehká mentální retardace  
střední mentální retardace  
těžká mentální retardace  
hluboká mentální retardace  
jiná mentální retardace  
neurčená mentální retardace  
chráněná pracovní dílna  
podporované zaměstnávání

### Literatura

Seznam použité literatury:

1. PASTIERIKOVÁ, L. 2012. *Poruchy autistického spektra*. Olomouc: Univerzita Palackého. V tisku.
2. PASTIERIKOVÁ, L.; REGEC, V. 2010. Komunikace a lidé s mentálním postižením. In: JURKOVICHOVÁ, P. (ed.) *Komunikace a lidé s mentálním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 978-80-244-2648-8.
3. ATTWOOD, T. 2005. *Aspergerův syndrom*. Praha: Portál. 208 s. ISBN 80-7178-979-8.

4. BAJO, I.; VAŠEK, Š. 1994. *Pedagogika mentálne postihnutých (Psychopédia)*. 1. vyd. Bratislava: Sapiientia. 251 s. ISBN 80-967180-1-0.
5. BARTOŇOVÁ, M.; BAZALOVÁ, B.; PIPEKOVÁ, J. 2007. *Psychopedie*. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-161-4.
6. DOHERTY-SNEDDON, G. 2005. *Neverbální komunikace dětí*. Praha: Portál. 208 s. ISBN 80-7367-043-7.
7. GILLBERG, CH.; PEETERS, T. 2008. *Autismus – zdravotní a výchovné aspekty*. Praha: Portál. 124 s. ISBN 978-80-7367-498-4.
8. JELÍNKOVÁ, M. 2010. *Autismus – pervazivní vývojové poruchy*. Praha: Autistik.
9. KOZÁKOVÁ, Z. 2012. Etiologie, symptomatologie a klasifikace mentálního postižení. In: KREJČÍŘOVÁ, O.; KOZÁKOVÁ, Z.; MÜLLER, O. *Základy psychopedie*. Olomouc: Univerzita Palackého. V tisku.
10. KREJČÍŘOVÁ, D. 2001. Pervazivní vývojové poruchy a dětské psychózy. In: SVOBODA, M. (ed.); KREJČÍŘOVÁ, D.; VÁGNEROVÁ, M. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál. 792 s. ISBN 80-7178-545-8.
11. KREJČÍŘOVÁ, O. 2007. *Manuál základních postupů jednání při kontaktu s osobami s mentálním postižením*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 35 s. ISBN 978-80-244-1635-9.
12. KREJČÍŘOVÁ, O. 2012. *Základy psychopedie*. Olomouc: Univerzita Palackého. V tisku.
13. *Mezinárodní klasifikace nemocí: 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 1992. ISBN 80-85121-37-9.
14. MÜLLER, O. 2012. Základní psychopedická terminologie. In: KREJČÍŘOVÁ, O.; KOZÁKOVÁ, Z.; MÜLLER, O. *Základy psychopedie*. Olomouc: Univerzita Palackého. V tisku.
15. *Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání*.
16. *Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání s přílohou upravující vzdělávání žáků s lehkým stupněm mentálního postižení*.
17. *Rámcový vzdělávací program pro základní školu speciální*.
18. SLOWÍK, J. 2008. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1733-3.
19. SOVÁK, M. a kol. 2000. *Defektologický slovník*. Jinočany: H + H. ISBN 80-86022-76-5.
20. SVOBODA, M. a kol. 2001. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. 1. vyd. Praha: Portál. 792 s. ISBN 978-80-7367-566-0.
21. ŠVARCOVÁ, I. 2000. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. 1. vyd. Praha: Portál, (2003, 2006). 178 s. ISBN 80-7178-506-7.
22. THOROVÁ, K. 2006. *Poruchy autistického spektra*. Praha: Portál. 456 s. ISBN 80-7367-091-7.
23. VÁGNEROVÁ, M. 2008. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál. 871 s. ISBN 978-80-7367-414-4.
24. VALENTA, M.; KREJČÍŘOVÁ, O. 1997. *Psychopedie. Kapitoly z didaktiky mentálně retardovaných*. 1. vyd. Olomouc: Netopejr. ISBN 80-902057-9-8.
25. VALENTA, M.; KOZÁKOVÁ, Z. 2006. *Psychopedie 1 pro výchovné pracovníky*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého. 61 s. ISBN 80-244-1187-3.
26. VALENTA, M.; MÜLLER, O. 2009. *Psychopedie*. 4., aktualizované a rozšířené vyd. Praha: Parta. 386 s. ISBN 976-80-7320-137-1.
27. VOCILKA, M. 1995. *Autismus a možnosti výchovné praxe*. Praha: Septima. 84 s. ISBN 80-85801-58-2.
28. VOCILKA, M. 1996. *Autismus*. Praha: TECH-MARKET. ISBN 80-902134-3-X.
29. Vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních.
30. Vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných.
31. Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti.
32. Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon).