

MASARYKOVA UNIVERZITA

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra speciální pedagogiky

**Speciálně pedagogické metody užívané
u osob s mentálním postižením**

Diplomová práce

Brno 2007

Vedoucí diplomové práce:

prof. PhDr. Marie Vítková, CSc.

Vypracovala:

Bc. Kristýna Balátová

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci zpracovala samostatně a použila prameny uvedené v seznamu literatury.

Souhlasím, aby práce byla uložena na Masarykově univerzitě v knihovně Pedagogické fakulty a zpřístupněna ke studijním účelům.

V Brně dne 8.srpna 2007

.....

Na tomto místě bych ráda poděkovala paní **prof. PhDr. Marii Vítkové, CSc.** za poskytnutou odbornou pomoc a podnětné rady, které pro mě byly inspirací při zpracování diplomové práce.

Obsah

ÚVOD	6
1. OSOBA S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	8
1.1 VYMEZENÍ MENTÁLNÍHO POSTIŽENÍ	8
1.2 KLASIFIKACE MENTÁLNÍHO POSTIŽENÍ.....	9
1.3 PSYCHICKÉ ZVLÁŠTNOSTI OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	13
1.4 ODCHYLKY VE VÝVOJI OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	16
2. CHARAKTERISTIKA VYBRANÝCH SYNDROMŮ	19
2.1 OLIGOFRENIE, PSEUDOOLIGOFRENIE, DEMENCE	19
2.2 DOWNŮV SYNDROM	20
2.3 AUTISMUS	20
2.4 TĚŽKÉ POSTIŽENÍ A KOMBINOVANÉ VADY.....	21
3. PÉČE O JEDINCE S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	24
3.1 HISTORIE PÉČE	24
3.2 SPECIÁLNĚ PEDAGOGICKÁ CENTRA	34
3.3 EDUKACE OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	35
3.4 ÚSTAVY SOCIÁLNÍ PÉČE	40
4. VYBRANÉ METODY SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKY (TERAPIE)	42
4.1 METODY RELAXACE.....	42
4.2 DRAMATERAPIE, DRAMATICKÁ VÝCHOVA A TEATROTERAPIE	49
4.3 METODY BAZÁLNÍ STIMULACE.....	60
4.4 TEACCH PROGRAM	64
ZÁVĚR	67
RESUMÉ	68
SUMMARY	69
LITERATURA	70
SEZNAM PŘÍLOH	77
PŘÍLOHA Č.1: SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	78
PŘÍLOHA Č.2: NĚMECKO- ČESKÝ TERMINOLOGICKÝ SLOVNÍK	79

***„ Dítě je také svébytnou osobností- byť tomu tak je specifickým,
dětsky zvláštním způsobem.“***

Zdeněk Helus

Úvod

Mentální postižení a speciálně pedagogické metody užívané u osob s mentální retardací se řadí do obsahu předmětu vědního oboru psychopedie, který je součástí speciální pedagogiky. I když je v moderní době problematika integrace resp. inkluze jedinců s mentálním postižením aktuální, projevuje se v české společnosti stále ještě tendence k segregaci a etiketizaci těchto lidí. Mentální retardace tedy patří k jedněm z nejvíce stigmatizujících poruch, a to převážně z hlediska rodiny a blízkých osob, kteří se o jedince s mentální poruchou starají.

Téma své diplomové práce jsem si zvolila na základě dobrovolné praxe ve večerní škole, kam jsem docházela jako asistentka pedagoga. Zde jsem měla možnost se podrobněji seznámit s osobami s mentálním handicapem, se způsoby péče o ně a také s aplikací speciálně pedagogických metod, přičemž tato zkušenost na mě měla při rozhodování značný vliv.

V současné době vykonávám práci dobrovolníka v diagnostickém ústavu pro mládež. Zjistila jsem, že teoretické znalosti a praktické dovednosti z oblasti mentálních poruch jsou v tomto zařízení velice důležité a potřebné při intervenci u dětí s mentálním postižením, které jsou zde umístěny.

Diplomová práce má charakter teoretického výzkumu. Jejím cílem je na základě obsahové analýzy naší a zahraniční (německé) literatury poskytnout komplexnější informace o oblasti užívání speciálně pedagogických metod vhodných pro osoby s různými typy a stupni mentálního defektu, které by mohly v budoucnu sloužit jako podklad pro výzkum či jako aplikace v pedagogických institucích. Co se metodologické stránky týče, byla použita monografická procedura. Jedná se zde o kvalitativní výzkumnou strategii.

Práce je členěna na čtyři kapitoly, z nichž každá obsahuje stejný počet podkapitol.

V kapitole první je definována osoba s mentálním postižením, její psychické zvláštnosti a odchylky ve vývoji. Dále je zde vymezen pojem a klasifikace mentální retardace.

Kapitola druhá se zabývá popisem oligofrenie, pseudooligofrenie, demence a vybraných syndromů, souvisejících s mentální poruchou (Downův syndrom, autismus, těžké postižení a kombinované vady).

Předposlední kapitulu tvoří oblast historie péče o jedince s mentálním handicapem (MH), současné trendy v edukaci osob s MR v České republice a problematika speciálně pedagogických center (SPC) a ústavů sociální péče (ÚSP).

V poslední čtvrté kapitole jsou rozebírány vybrané metody speciální pedagogiky (terapie), kam jsou zařazeny relaxace, bazální stimulace, dramaterapie, teatroterapie, dramatická výchova a TEACCH přístup, které jsou čtenáři stručně představeny a charakterizovány.

Součástí práce je také německo - český terminologický slovník a seznam použitých zkratk, obsažené v přílohách.

1. Osoba s mentálním postižením

1.1 Vymezení mentálního postižení

Problém vymezení **mentálního postižení** tkví v tom, že mezi odborníky panuje značná nejednotnost v terminologické stránce věci.

Bajo (1994) se například zmiňuje o tom, že se v českém prostředí vyskytovala během historie řada pojmů, které označovaly **mentální retardaci** jako duševní postižení, úchylný, abnormální, opožděný, defektní, rozumově postižený, se sníženou rozumovou schopností, rozumově zaostalý, intelektově úchylný, slabomyslný, oligofrenní, mentálně defektní, retardovaný, atd. stav... (srov. in Pipeková, 2004, 2006b).

Sovák (1983) pojmenovává mentální retardaci jako **slabomyslnost – oligofrenii**. Dle něj je to omezení vývoje všech psychických funkcí, hlavně pak rozumových, jež mají různé příčiny vzniku. Uvádí se, že kolem 50% postižení vzniká v období prenatalním, dále se však může vyskytnout i v období perinatálním či postnatálním (srov. in Pipeková, 2004, 2006b).

Rubinštejnová (1986) definuje mentální handicap jako trvalé **porušení kognitivních funkcí**, jež vzniká následkem organického postižení mozku. (srov. in Pipeková, 2004, 2006b).

V roce 1959 se v Miláně konala konference WHO, kde se shodli zúčastnění na termínu **mentální retardace** (in Pipeková, 2004, 2006b).

Toto postižení trvale zasahuje do všech oblastí jedincova života, a to medicínské, psychologické, pedagogické, právnícké, sociální a technické oblasti.

Dolejší (1973) definuje mentální postižení jako **vývojovou poruchu integrace psychických funkcí**, jež s různou měrou variability zasahuje do celkové inteligence. Retardace závisí na těchto činitelích: genetická patologie, narušená struktura, funkce a vývoj mozku, deprivace potřeb, individuální předpoklady a zvláštnosti jedince. (srov. in Pipeková, 2004, 2006b).

Dle Vágnerové (1999) je **mentální postižení** neschopnost dosáhnout odpovídajícího stupně mentálního vývoje, i když byl jedinec optimálním způsobem stimulován. Nízká úroveň inteligence je spojena se snížením či změnou schopností a odlišnostmi ve struktuře osobnosti. Mezi hlavní znaky retardace patří:

- ❖ **vrozenost** postižení,
- ❖ **trvalost** postižení; i když je možné jisté zlepšení, je vždy ohraničeno maximem schopností jedince (možnostmi),
- ❖ **nižší úroveň** mentálních schopností. (srov. in Pipeková, 2004, 2006b).

Definice MR dle Pedagogického slovníku: „Mentální postižení charakterizované jako trvalé **snížení** rozumových schopností, jehož příčinou je organické poškození mozku. U jedinců mentálně retardovaných dochází k **zaostávání** vývoje rozumových schopností, k **odlišnému vývoji** některých psychických vlastností a k poruchám v adaptačním chování. Pro děti a mládež s mentální retardací jsou vytvořena speciální zařízení (Průcha, Walterová, Mareš, 2003, s. 120).“

Definice mentální retardace (postižení, handicap)- (**MR, MP**): „stav charakterizovaný snížením intelektuálních schopností, přičemž organický původ je zjišťován u stále rostoucího počtu jedinců, nikoli však u většiny – **zpomalení, zpoždění** duševního vývoje jedince, někdy sociální zanedbání, někdy v důsledku somatického onemocnění - MR se projevuje v průběhu vývoje jedince a obvykle je provázána **nižší schopností** orientovat se v životním, zvláště sociálním prostředí, jedinec zaostává za vrstevníky v učení, sociálních a pracovních dovednostech i v citovém životě – k vnitřním příčinám MR patří genetické vady, metabolické poruchy, nemoci matky během těhotenství, porodní traumata- k zevním příčinám patří v první řadě málo podnětná výchova- MR často provázána somatickými vadami, poruchami motoriky, citů, vůle apod.- stav lze zlepšit intenzivní výchovou, individuální nebo v rámci běžné nebo zvláštní školy- v MKN – 10 je MR pojednána co nejjednodušeji a nejméně, protože tato oblast může být klasifikačně zpracována všestranným, nejlépe víceosým systémem, a ten musí vzniknout samostatně- (F70-F79) (Hartl, Hartlová, 2000, s.507-508).“

1.2 Klasifikace mentálního postižení

Dle příčiny vzniku (**etiologie**) určujeme příčiny **endogenní** (genetické, dědičné), kam řadíme ty, jež jsou způsobené mutací v embryu. Do příčin **exogenních**, které

vznikly vlivem prostředí, patří poškození v raném či pozdním těhotenství, intranatální či postnatální vlivy (Černá, 1995).

Zvolský (2001) uvádí jako příčiny vzniku mentálního postižení tyto faktory: dědičnost, sociální faktory, environmentální faktory, specifické genetické příčiny, nespecificky podmíněné poruchy.

Z časového hlediska se dělí příčiny vzniku mentálního handicapu na:

- ❖ **prenatální** (před narozením dítěte) – většinou infekce matky během těhotenství, špatná výživa, rentgenové záření, toxické látky, úrazy matky, genetické mutace a aberace,
- ❖ **perinatální** (období kolem porodu a krátce po něm) hypoxie, protražovaný porod aj.,
- ❖ **postnatální** (do dvou let života) – infekce dítěte, záněty mozku, úrazy, špatná výživa (srov. Bazalová, 2006, Pipeková, 1998, 2004, 2006b).

Dále se v odborné literatuře můžeme setkat s dělením na:

- ❖ mentální retardaci **vrozenou**, jejíž počátek se vyskytne v období do dvou let života dítěte,
- ❖ mentální retardaci **získanou** (někdy zvanou jako demenci). Příčinou bývá porucha, nemoc, úraz mozku, intoxikace, degenerace buněk a poruchy metabolismu. Vede k úbytku intelektových schopností. Je to proces zastavení či rozpadu mentálního vývoje,
- ❖ mentální retardaci **sociálně podmíněnou** (pseudooligofrenii nebo také sociální debilitu). Vzniká na základě nedostatečné stimulace dítěte prostředím. Vlivem vhodného působení může dojít ke zlepšení stavu (srov. Bazalová, 2006, Pipeková, 1998, 2004, 2006b).

Dle typu chování členíme mentálně handicapované jedince na:

- ❖ **eretické** (dráždivé),
- ❖ **torpidní** (apatické),
- ❖ **smíšené** (nevyhraněné) (srov. Bazalová, 2006, Pipeková, 1998, 2004, 2006b).

V současné době se používá v psychiatrii členění dle 10.revize WHO (1992), jenž platí od 1.1.1993. Hlavním kritériem je zde stanovení **inteligentního kvocientu** (IQ), který se určuje na základě standardizovaných psychologických testů inteligence. Stupně mentální retardace:

- ❖ **Lehká mentální retardace** (debilita) – F70 – IQ v rozsahu 69-50 bodů, jenž odpovídá věku dítěte v období 9-12 let. Může být způsobena genetickou poruchou, sociokulturní deprivací, stimulační deprivací (psychickou), ekonomickým či fyzickým strádáním. Psychomotorický vývoj zaostává již od kojeneckého věku (Zvolský, 2001). Celkový vývoj bývá opožděn asi o jeden až dva roky oproti normě. Potíže nastávají v období povinné školní docházky. Jemná a hrubá motorika je lehce opožděna, objevují se potíže v koordinaci. V učení se projevuje snížená úroveň rozumových schopností. Nácvik dovedností a vytvoření návyků trvá delší dobu. Pozornost je krátkodobá, nestálá či ulpívavá. Myšlení je konkrétní, rigidní, jednoduché, stereotypní, nepřesné a nesamostatné. Paměť je mechanická a její kapacita je značně individuální. Řeč může být postižena, jak v oblasti porozumění, tak ve slovní zásobě, gramatické stavbě či výslovnosti. Její vývoj je opožděn. Abstraktní pojmy se nevyskytují. Vznikají agramatismy. Jedinec neobratně artikuluje, objevuje se u něj často dyslalie, nebo řečové stereotypy. V pro ně neznámých situacích tyto jedinci často selhávají (Klenková, 1996). Tyto osoby jsou vzdělávány ve speciálních školských zařízeních: v základní škole speciální nebo základní škole praktické. V oblasti emoční se vyskytuje citová nezralost, neadekvátnost citů, nízká sebekontrola a vysoká sugestibilita (Vágnerová, 1991). Objevuje se také citová labilita, impulzivita a úzkostnost. Projevy značně souvisí s typem temperamentu. Pro tyto jedince má velký význam socializace, resp. rodinné a školní prostředí a působení. Nedokáží samostatně řešit problémy plynoucí z následného nezávislého života, jako je výchova dětí, získání a udržení si práce apod. (Švarcová, 2001). Tato skupina tvoří 80% osob v rámci populace jedinců s mentální retardací (srov. Bazalová, 2006, Pipeková, 1998, 2004, 2006b).
- ❖ **Středně těžká mentální retardace** (imbecilita) – F71 – IQ v rozsahu 49-35 bodů, odpovídá mentálnímu věku 6i až 9iletého dítěte. Psychomotorický vývoj bývá dosti opožděn, většinou mezi 3 až 4 lety. Vývoj jemné a hrubé motoriky je zpomalen, celková neobratnost, nekoordinovanost a neschopnost jemných pohybů zůstává. Potíže nastávají v oblasti sebeobsluhy a hygieny. Bývá zapotřebí dohledu a pomoci. Psychické procesy bývají často omezeny potížemi rázu tělesného, neurologického atd. Myšlení je opožděné, stereotypní, ulpívavé, rigidní, nepřesné, paměť mechanická, řeč agramatická,

opožděná, jednoduchá nebo nonverbální s porozuměním jednoduchým instrukcím. Značný je výskyt dyslalie. V emoční složce jsou tyto osoby nevyrovnané, labilní, dráždivé, výbušné, negativistické a infantilní. Speciální vzdělávací programy jako jsou např. Rehabilitační vzdělávací program, přípravný stupeň či základní škola speciální jim mohou pomoci adekvátně rozvíjet omezené schopnosti. Jen někteří jedinci si osvojí základy trivia, proto je hlavní důraz kladen na zlepšování sebeobsluhy a praktických činností. Práci mohou vykonávat jenom pod pohledem. Většina bývá umístována v ústavech sociální péče (srov. Pipeková, 1998, 2004, 2006b, Bazalová, 2006).

- ❖ **Těžká mentální retardace** (idiocie prostá) – F72 – IQ v rozsahu 34-20 bodů, odpovídá mentálnímu věku 3 až 6 let. Často se vyskytují značné poruchy motoriky, potíže s hygienickými návyky a sebeobsluhou. Většinou nejsou tyto osoby schopny udržet tělesnou čistotu ani v dospělosti. Vyskytuje se nápadnost v koncentraci pozornosti. Výrazný je minimální rozvoj v komunikaci. Řeč je omezená na jednotlivá slova či zvuky. Významná je porucha afektů. Typická je nestálost nálad a impulzivita. Pokud je jim věnována optimální výchovná péče, bývají schopni vykonávat jednoduché činnosti. Jsou závislí na jiných osobách. Možnost výchovy a vzdělávání je omezená (srov. Bazalová, 2006, Pipeková, 1998, 2004, 2006b).
- ❖ **Hluboká mentální retardace** (idiocie hluboká) – F73 – IQ v rozsahu 19 a méně bodů, jenž odpovídá mentálnímu věku pod 3 roky. Objevuje se nesamostatnost a potřeba pomoci při pohybu, komunikaci a hygienické péči. Často se vyskytuje autismus či jiné přidružené poruchy. Osoba není schopna porozumět požadavkům. Většina postižených jedinců bývá buď výrazně omezena v pohybu nebo nemobilní. Bývají zde značné potíže v udržení osobní hygieny. Jedinci nejsou schopni sebeobsluhy či verbální komunikace, komunikují pouze velice jednoduchou neverbální formou (Švarcová, 2001). V péči o ně se využívá metod, jež je přiblíží nitroděložnímu vývoji a navrátí je tak k předchozímu vývojovému stádiu, přičemž jim umožní lépe zpracovávat vnímané podněty (srov. Zvolský, 2001, in Bazalová, 2006, Pipeková, 1998, 2004, 2006b).

- ❖ **Jiná mentální retardace** – F78 – stupeň mentálního postižení nelze určit kvůli přidruženým postižením jako jsou: poruchy smyslové, tělesné, chování a autismus (srov. in Bazalová, 2006, Pipeková, 1998, 2004, 2006b).
- ❖ **Nespecifikovaná mentální retardace** – F79 – stupeň nelze určit pro nedostatek znaků (srov. in Bazalová, 2006, Pipeková, 1998, 2004, 2006b, Zvolský, 2001, Horáček, Švestka, 2002).

1.3 Psychické zvláštnosti osob s mentálním postižením

U osob s mentálním handicapem často pozorujeme odchylky v oblasti psychiky ve srovnání s intaktní populací, například Švarcová (2001) uvádí tyto **psychické zvláštnosti**:

- ❖ jednoduchost a konkrétnost myšlení, pomalá chápavost,
- ❖ nízká schopnost srovnávání a vyvozování logických závěrů,
- ❖ snížená úroveň paměti, zejména logické,
- ❖ špatná koncentrace pozornosti,
- ❖ malá slovní zásoba, neobratnost ve vyjadřování,
- ❖ poruchy koordinace,
- ❖ impulsivnost, citová vzrušivost, hyperaktivita či celková zpomalenost,
- ❖ zvýšená sugestibilita, rigidita,
- ❖ nedostatky v oblasti sebepojetí, sebehodnocení,
- ❖ opožděný psychosexuální a psychosociální vývoj,
- ❖ nerovnováha výkonu a aspirací,
- ❖ zvýšená potřeba uspokojení a bezpečí,
- ❖ poruchy v meziosobních, sociálních vztazích, interakci a komunikaci,
- ❖ snížená úroveň přizpůsobení se sociálnímu prostředí a jeho požadavkům (srov.in Pipeková, 2004, 2006b).

Vnímání

Opožděná a **omezená** schopnost vnímání je určující pro další průběh psychického vývoje. Vnímání osob s MH je **zpomalené**. Dochází ke značnému **zúžení**

rozsahu vnímání, což stěžuje orientaci v nové či neobvyklé situaci. Jedinci špatně postihují vztahy mezi předměty. Vjemy jsou výrazně **nediferencované**. Nedokáží oddělit při vnímání nějakého obrazu či předmětu podstatné věci od nepodstatných. Nesnaží se vyznat ve všech vlastnostech objektu, prohlednout si všechny jeho detaily. Spokojí se povrchním poznáním. Neumí se odpoutat od výrazných stránek vnímaného objektu. Důležité je věnovat se nejen rozvoji vnímání zrakového ale i sluchového, jenž ovlivňuje vývoj řeči a má vztah ke vnímání prostoru a času. Nezbytné je procvičovat i vjemy hmatové a kinestetické, které slouží ke vnímání polohy vlastního těla v prostoru (in Rubinštejnová, 1986).

Řeč a komunikace

Vývoj řeči má vliv na rozvoj myšlení. Jedinci s mentální retardací mívají **potíže** při sluchové diferenciaci. K vyslovování slov a vět u nich dochází později než u osob intaktních. Mívají potíže v oblasti sluchového analyzátoru, tyto **nedostatky** mají vliv na zpomalený vývoj artikulace. **Slovní zásoba** je mnohem menší než u jejich zdravých vrstevníků (normy). Objevuje se značný **rozdíl** mezi aktivní a pasivní slovní zásobou. **Aktivní slovní zásoba** je chudá, obsahuje málo jmen přídavných, spojek a sloves, zato je hodně používáno zájmen, jež zastupují ve větách osoby. Stavba řeči je nedokonalá, vyskytují se **agramatismy** (Pipeková, 2004, 2006b).

Myšlení

Myšlení mentálně handicapovaných se výrazně liší od normální populace **konkrétností** a **nízkou schopností** abstrakce a zobecnění, je **chudé** a neproduktivní. Tito jedinci si špatně osvojují pravidla a obecné pojmy. Další charakteristické zvláštnosti v myšlení jsou: výkyvy v pozornosti, kolísající psychická aktivita, neschopnost využít osvojených myšlenkových operací, neschopnost srovnání myšlenek a činů s požadavky reality (Pipeková, 2004, 2006b).

Paměť

Procesy paměti probíhají ve třech fázích, přičemž osoba s mentálním postižením vykazuje potíže ve všech.

1. Zapamatování, **vštípení** – preference mechanické paměti nad porozuměním, nedostatek představ ovlivňuje negativně logickou složku paměti.

2. **Podržení**, retence – zapomínání je intenzivnější, množství zapamatované látky je menší než jsou obvyklé standardy.

3. **Vybavování**, reprodukce, znovupoznávání – probíhá dlouho, většinou chybně, spíše pasivně. Špatná selektivní schopnost způsobuje hromadění představ bez výběru, důležitosti, utříděnosti a potřeby.

Vše nové se osvojuje velmi pomalu, je třeba mnoha opakování, naučená látka je rychleji zapomínána. Jedinec nedokáže adekvátně využít získaných vědomostí a dovedností. Příčinou těchto potíží jsou nedostatky ve funkci mozkových hemisfér (Rubinšteinová, 1986).

Vůle

Mezi zvláštnosti ve volních vlastnostech, jež pozorujeme u osob s mentálním postižením patří tzv. **hypobulie** až **abulie**, jenž se neprojevuje vždy a za všech okolností stejně. Toto se týká především obsahu vůle, motivů a cílů, které jsou určující. Často se objevuje nedostatek iniciativy a neschopnost jednat v souladu se vzdálenějšími cíli. Tito jedinci nejsou schopni oddálit své aktuální potřeby či se jich úplně vzdát. Osobnost mentálně postiženého jedince ovlivňuje značná sugestibilita, podřízenost, nedostatek samostatnosti, neovladatelnost, tvrdohlavost (Pipeková, 2004, 2006b).

Emoční stránka

Emoce jedince s mentálním handicapem:

- ❖ Jsou nedostatečně diferenciovány,
- ❖ prožitky jsou primitivnější a protikladné,
- ❖ jemné odstíny prožívání téměř neexistují,
- ❖ dynamika vůči podnětům objektivní reality je neadekvátní,
- ❖ opožděně a obtížně se utvářejí vyšší city,
- ❖ častěji se vyskytují patologické emoční projevy (Dolejší, 1973).

Sebehodnocení

U osob s mentální retardací často dochází k tzv. pseudokompenzačnímu **nadhodnocování** vlastní osobnosti, jenž vzniká na podkladě pocitu méněcennosti (Rubinšteinová, 1986). Tento jev souvisí s celkovým nedostatečným rozvojem intelektu a je projevem celkové nezralosti (in Pipeková, 2004, 2006). Kromě vysoké aspirační

úrovně se u těchto jedinců vyskytuje také tendence k **podhodnocování**, která je důsledkem snahy vyhnout se úkolům a obavami z nezdaru a selhání (Dolejší, 1973).

1.4 Odchytky ve vývoji osob s mentálním postižením

Prenatální období

V prenatálním období mohou vzniknout vývojové vady, které jsou příčinou pozdějšího mentálního handicapu. K poruše může docházet v důsledku genetické mutace, aberace či translokace z nejrůznějších důvodů. Některá postižení tedy bývají podmíněna i **dědičně**. Mentální retardace však nemusí být jen dědičného původu. K jejímu vzniku mohou přispět **exogenní** faktory rázu fyzikálního, chemického nebo biologického (srov.in Pipeková, 2006a, 2006b).

Novorozenecké období (1. měsíc)

Vývojové odchytky, které se u novorozence vyskytují, bývají pokračováním **patologického vývoje** v období prenatálním či období porodu. Při protražovaném porodu může dojít k asfyxii a následné anoxii, což ve svém důsledku vede k poškození mozku a mentálnímu handicapu. Avšak již u tak malého dítěte lze zjistit poruchy, které povedou k patologickému vývoji (Pipeková, 2006a, 2006b).

Kojenecké období (1. měsíc – 1. rok)

Postižení se projeví **výrazným opožděním** v oblasti psychického a tělesného vývoje. Zde platí, čím je postižení těžší, tím dříve se projeví. V tomto věku dítěte lze diagnostikovat těžké a hluboké MP. Lehký MH se projeví nižší celkovou aktivitou (Pipeková, 2006a, 2006b).

Batolecí období (1. rok – 3. roky)

U lehčího stupně MH dochází k celkovému **opoždění o 1 až 1,5 roku**. U těžších stupňů MP dochází ke zpoždění **výraznějším**. Děťátko vypadá jako by se nerozvíjelo vůbec (Pipeková, 2006a, 2006b).

Předškolní období (3 až 6 let)

U dětí s těžším mentálním postižením nastupuje **s prodlevou 4 až 5 let**, proto s nimi potřebujeme začít pracovat co nejdříve. Dítě by mělo být v péči odborníků. To je důležité pro pozdější pozitivnější prognózu (Pipeková, 2006a, 2006b).

Období školního věku (6 až 15 let)

Ústřední roli v tomto období hraje **škola**, povinná školní docházka a záležitosti s ní spojené. Zákon ustanovuje devítileté plnění povinné školní docházky, avšak u jedinců s těžším MH je možné dobu prodloužit na deset let. U takto postižených žáků je důležitější **zvládnutí dovedností** v oblasti sociální, hygieny, sebeobsluhy než osvojení si základu čtení, psaní a počtů. Na rozdíl od normy nedochází k emancipaci od rodiny. Dítě je stále závislé na druhých. Fyzický vývoj je v rozporu s psychickým a sociálním vývojem. Dle stupně postižení se jedinci mohou dále vzdělávat, je nutné brát v potaz pozdější pracovní uplatnění a lepší zvládnutí sociálních situací (Pipeková, 2006a, 2006b).

Období adolescence (15 až 21 let)

U osob s lehkým MH je možné vzdělávání na OU, kde mohou získat výuční list a najít posléze i zaměstnání. Složitější je zařazení do pracovního poměru jedince s těžkým postižením. V současné době lze využít formy podporovaného zaměstnávání s asistenční pomocí a chráněné dílny při nestátních neziskových organizacích. Velmi **problematickou** se zdá být oblast **trávení volného času a uspokojování sexuálních potřeb** těchto lidí. Proto školské instituce zařazují sexuální výchovu do svých vzdělávacích programů. Vysoké nároky okolí mohou také u těchto jedinců způsobovat či zvětšovat poruchy chování (srov. Vágnerová, 1991, Pipeková, 2006a, 2006b).

Období dospělosti

Osoby s mentálním handicapem je v tomto období třeba podporovat, aby co nejlépe zvládli **sociální role**, jež jsou dané pro dospělou intaktní populaci v určitém sociokulturním prostředí. Tohle se týká zaměstnání, partnerského a rodinného života, trávení volného času, možnosti dalšího vzdělávání, samostatného bydlení, atd. Důležité je tedy v co největší možné míře zlepšit kvalitu života těchto jedinců (Pipeková, 2006a, 2006b).

Období stáří

Při srovnání s normou se vyskytuje **pokles** fyzických i psychických schopností u jedinců s postižením o 5 až 10 let dříve. Negativní trend ovlivňují narůstající kombinace vad, vznik duševních poruch apod. Postupně může dojít ke změně povahy postižení z hlediska dominance, podoby, průběhu a vývoje. Sociální **izolace** nastává dříve a bývá častější ve srovnání s vrstevníky intaktní populace. I v současné době převládá v ČR segregáční postoj k této skupině osob, neboť jim společnost nevytváří podmínky pro jejich uplatnění (Pipeková, 2006a, 2006b).

Mentální retardace je celoživotním postižením jedince. Projevuje se omezením, zpomalením či zastavením vývoje psychických funkcí. Zasahuje do všech složek osobnosti (vnímání, pozornosti, paměti, představivosti, fantazie, myšlení, řeči, emocí, motivace, vůle, sebepojetí, sebehodnocení atd.), na které má negativní vliv. Objevit se může v jakémkoliv věku (dětství, dospělosti, stáří), či období (prenatálním, perinatálním nebo postnatálním). Může se jednat o postižení vrozené, získané nebo sociálně podmíněné. Podle stupně- hodnoty IQ- členíme mentální retardaci na lehkou, střední, těžkou, hlubokou, jinou, nespecifickou. Příčinami vzniku mentálního handicapu mohou být genetické vady způsobené mutací, translokací či aberací chromozomů, dále anoxie v důsledku protražovaného porodu, prodělané nemoci, poruchy metabolismu, otravy nebo úrazy postižené osoby, popř. její matky v době těhotenství ad.

2. Charakteristika vybraných syndromů

2.1 Oligofrenie, pseudooligofrenie, demence

Mentální retardace, oligofrenie, slabomyslnost (MR)

Je vývojová porucha **integrace** psychických funkcí ve všech složkách osobnosti (psychické, fyzické a sociální), charakterizována **snížením** intelektových schopností. Jedná se o stav **vrozený** či **časně získaný** (dvou let života) (srov. in Bazalová, 2006, Pipeková, 1998, 2004, 2006b).

Demence, získaná mentální retardace

Jedná se o proces **zastavení** či **rozpadu** (regrese) normálního mentálního vývoje po druhém roce života. Její příčinou bývá porucha, nemoc, či úraz mozku, konkrétně: zánět mozku, zánět mozkových blan, nádory na mozku, duševní poruchy, poruchy metabolismu, intoxikace aj. V porovnání s mentální retardací vrozenou nepostihuje všechny složky psychiky a osobnosti naráz. Existují dva základní druhy demencí: **dětská a stařecká**. Demence dále dělíme na:

- ❖ **atroficko-degenerativní,**
- ❖ **ischemicko-maskulární,**
- ❖ **symptomatické** (srov. Bazalová, 2006, Pipeková, 1998, 2004, 2006b).

Pseudooligofrenie, zdánlivá mentální retardace

Ve skutečnosti se o pravou mentální retardaci nejedná. Vzniká v důsledku **výchovné zanedbanosti, psychické deprivace**, apod. Skutečná hodnota IQ může být **snížena** o deset až dvacet bodů. Často se pro tento podprůměr užívá termínu hraniční pásmo mentální retardace či mentální subnorma. Nejčastěji se projevuje jako opožděný vývoj řeči a myšlení, poruchy sociální adaptace, infantilismus, negativismus, apatie, atd. Motorika nebývá porušena. Tento stav lze napravit optimálním výchovným působením a změnou nepodnětného prostředí (srov. Bazalová, 2006, Pipeková, 1998, 2004, 2006b).

2.2 Downův syndrom

Je nejrozšířenější formou mentální retardace, jenž byla poprvé popsána v roce 1866 lékařem J. Downem. Jedná se o **genetické** onemocnění, chromozomální aberaci tzv. **trisomii 21. chromozomu**. Takto postižení jedinci mají určité **fyziognomické odlišnosti**:

- ❖ hlava je ve srovnání s jinými lidmi menší, zadní část je plošší,
- ❖ ploché rysy obličeje,
- ❖ úzká a šikmá oční víčka, ve vnitřním koutku oka výrazná kolmá kožní řasa,
- ❖ uši menší,
- ❖ ústa malá, pootevřená, relativně velký jazyk, často chybné postavení a opožděný růst zubů,
- ❖ krk mohutnější,
- ❖ často snížený svalový tonus,
- ❖ ploché nohy,
- ❖ malý vzrůst,
- ❖ větší výskyt obezity,
- ❖ smyslové vady,
- ❖ srdeční vady,
- ❖ středně těžká mentální retardace (srov. Bazalová, 2006, Švarcová, 2001, 2006).

Jejich **socializace** bývá obvykle dobrá. Ke **vzdělávání** nejčastěji dochází v základní škole speciální. Jako rizikový faktor pro vznik Downova syndromu se uvádí věk matky nad 35 let věku a otce nad 50 let. Existují **tři typy** Downova syndromu:

- ❖ nondisjunkce (trisomie prostá) – většina případů,
- ❖ mozaika,
- ❖ translokace – dědičná forma (srov. Selikowitz, 2005 in Bazalová, 2006, Švarcová, 2001, 2006).

2.3 Autismus

Je **pervazivní vývojová porucha**, kdy dochází k těžkému postižení v oblasti **komunikace, sociálního chování, vnímání**, jejíž součástí je tzv. **triáda** symptomů:

1. **neschopnost interakce,**
2. **neschopnost komunikace,**
3. **omezené a stereotypně se opakující činnosti a zájmy** (srov. Vítková, 2004, Opatřilová, 2004, 2006, Mühlpachr, 2004, Jelínková, 1999).

Současně se vyskytují **abnormální smyslové a emoční reakce, porucha představitivosti a vnímání, zvláštnosti v motorických a v praktických dovednostech.** Jedná se o **celoživotní** onemocnění. **Příčiny** vzniku nejsou jasné, ale je pravděpodobné, že se na nich podílí **mnoho faktorů endogenních či exogenních**, v různých obdobích života (**prenatálním, perinatálním, postnatálním**) (srov. Vítková, 2004a, Opatřilová, 2004, 2006, Mühlpachr, 2004, Jelínková, 1999, 2000a, 2000b, 2001).

Typy autistických poruch:

- ❖ Kannerův dětský autismus,
- ❖ Dezintegrační porucha,
- ❖ Rettův syndrom,
- ❖ Klinefelterův syndrom,
- ❖ Landau-Kleffnerův syndrom,
- ❖ Atypický autismus,
- ❖ Aspergerův syndrom (srov. Mühlpachr, 2004, Opatřilová, 2004, 2006, Valenta, Müller, 2003)

Užívané typy **intervencí** u osob s autismem:

- ❖ Psychoanalytická terapie,
- ❖ Farmakoterapie,
- ❖ Normalizace a deinstitucionalizace,
- ❖ Řízené chování, dělí se na averzivní a na intenzivní behaviorální terapii,
- ❖ Facilitovaná komunikace,
- ❖ Program **TEACCH-** klade důraz na **tři** principy: **individuální přístup** v edukaci a hodnocení, **strukturované prostředí, vizuální podpora** (Mühlpachr, 2004, Opatřilová, 2004, 2006).

2.4 Těžké postižení a kombinované vady

Patří sem okruh osob s **těžkým postižením**, kdy těžké postižení je vymezeno jako **komplex** omezení člověka ve všech jeho prožitkových sférách a výrazových

možnostech. Omezeny či změněny jsou schopnosti emocionální, poznávací, tělesné, sociální a komunikační (interakční). Jedná se o postižení **celistvosti** člověka, jenž se dotýká jeho výkonu tak, že ten se ve většině oblastí potýká se značnými omezeními a tak zdaleka nedosahuje obecně uznávané normy. Vzniká jako výsledek seskupení škodlivých vlivů, nejedná se tedy o monokauzální příčinu. Do podmínek jeho vzniku můžeme zařadit celou škálu genetických, chromozomálních, metabolických, neurologických či traumatických faktorů. Toto může nastat v období pre-, peri- nebo postnatálním. Do této kategorie lze zařadit jedince s nízkou porodní hmotností, dříve narozené, nedonošené, po těžkých úrazech, po traumatech lebky a mozku, po tonutí či po prodělání infekčních chorob s těžkým průběhem. Společné je jim poškození centrálních funkcí, kdy dochází k podstatnému narušení či ztrátě koordinujících centrálních systémů, jež umožňují a řídí percepci, motoriku a jejich následné zpracování (Vítková, 2004a, 2004b, 2006a, 2006b).

Těžké postižení lze dělit na **těžké kombinované postižení** a **těžké mentální postižení**. **Těžké kombinované postižení** je tedy **spojení dvou či více postižení druhu**:

- ❖ zrakového,
- ❖ sluchového,
- ❖ mentálního,
- ❖ poruch chování,
- ❖ tělesného nebo chronického onemocnění. (Vítková, 2004a, 2004b, 2006a, 2006b).

Je to **komplexní syndrom**, při kterém se mentální postižení spojuje s postiženími výše jmenovanými, jako je slepota, hluchota, psychické onemocnění, atd. (Vítková, 2004a, 2004b, 2006a, 2006b).

Těžké mentální postižení je vývojový stav psychiky, kdy se jedinec nachází na pudové úrovni bez účelného zacházení s objekty, bez pochopení řeči a sociálního chování. Často se vyskytuje odlišný tělesný vývoj a zdravotní omezení. U těchto osob je třeba užít individuální výchovy, neboť mají vysoké nároky na péči a dohled (Vítková, 2004a, 2004b, 2006a, 2006b).

Těžké postižení může svoji podstatou ohrožovat **životně důležité funkce**.
Řadíme sem:

- ❖ onemocnění dýchacích cest,
- ❖ progresivní tělesnou změnu,
- ❖ záchvatová onemocnění,

- ❖ nejistotu, vzrušení a bolest, spojené s lékařskými zásahy (Vítková, 2004a, 2004b, 2006a, 2006b).

Pro takto handicapované jedince není jednoduché dosáhnout uspokojení jejich **základních potřeb**, kam patří:

- ❖ potřeba pití, jídla a zamezení bolesti,
- ❖ potřeba podnětů, změny a pohybu,
- ❖ potřeba bezpečí, jistoty a stability vztahu a možnosti spolehnout se na druhé,
- ❖ potřeba lásky, akceptace, něhy, sebeúcty,
- ❖ potřeba svobody, nezávislosti, samostatnosti (Vítková, 2004a, 2004b, 2006a, 2006b).

Porucha často zabraňuje přiměřené saturaci potřeb, přičemž tyto osoby mají specifický způsob jejich vyjádření. Pro získání zkušeností potřebují tělesnou blízkost, zvláštní způsob interakce s jinými lidmi. Proto je zapotřebí speciálního pedagoga či terapeuta, který pomůže odpovídajícím způsobem prostředí přiblížit, umožnit pohyb, změnu polohy, adekvátní vnímání vlastního těla a proporcí a zprostředkuje komunikaci s okolím (Vítková, 2004a, 2004b, 2006a, 2006b).

V této kapitole jsme se zabývali popisem a stručnou charakteristikou vybraných syndromů či onemocnění, souvisejících s mentálním postižením. Zařadili jsme sem tedy oligofrenii (mentální retardaci vrozenou), pseudooligofrenii (nepravou mentální retardaci sociálně podmíněnou), demenci (mentální retardaci získanou), Downův syndrom (dříve označovaný jako mongolismus, jehož příčinou je trisomie 21. chromozomu čili genetická porucha), autismus (pervazivní vývojovou poruchu), těžké postižení (mentální) a kombinované vady (kombinace mentální retardace s dalším typem postižení nebo poruchou).

3. Péče o jedince s mentálním postižením

3.1 Historie péče

Péče o osoby s mentálním postižením souvisela se **společenským vývojem, politickou a ekonomickou situací a kulturní úrovní** v dané době. U **prastarých kultur** převažovalo magické myšlení. Lidé měli **strach z nadpřirozených sil**. Péče o mentálně handicapované spočívala např. ve **vyhánění zlých duchů**, nebo v **aplikování** jiných „**čarodějných**“ **rituálů**, což bylo chápáno jako způsob léčby (srov. Pipeková, 1998, 2006b, Monatová, 1998, Valenta, Müller, 2003).

Za dob **prvních civilizací** se staly **chrámy** či jiné náboženské stavby první institucí léčebnou i trestní. Odchytky však byly brány jako součást společnosti. Ve starověku začíná vlivem změny ve sociální stratifikaci převládat péče **rodinná**. Další možností byla **úplná segregace** od společnosti, která vedla ke smrti nemocného (srov. Pipeková, 1998, 2006b, Monatová, 1998, Valenta, Müller, 2003).

Ve **starověkém Řecku** byly zakládány **asklepiony** (léčebné ústavy), péči zajišťovali lékaři a kněží. Starořecký myslitel M. F. **Quintilianus** tvrdil, že tupost a neschopnost jsou poměrně vzácné, stejně jako každá nenormálnost, jelikož je jedinci od přírody dána rozumová činnost a chápavost (srov. Pipeková, 1998, 2006b, Monatová, 1998, Valenta, Müller, 2003).

Ve **středověku** vlivem křesťanství vznikaly **hospitály** (nemocniční zařízení při kláštorech). Příčiny vzniku duševních nemocí byly vykládány jako trest boží, což přetrvávalo v evropské kultuře až do 19. století (srov. Pipeková, 1998, 2006b, Monatová, 1998, Valenta, Müller, 2003).

V **renesanci a humanismu** docházelo k bojům proti pověrám a čarodějnictví, přesto byli osoby s mentální retardací vyčleňovány ze společnosti, kupř. do tzv. **lodí bláznů**, jež měly za úkol duševně nemocné **izolovat a segregovat**. V období **osvícenství** fungovala řada velkých internačních budov (**špitálů**), které nepatřily k lékařským institucím, nýbrž byly zařízeními polosoudními. S postiženými se jednalo jako s vězni (srov. Pipeková, 1998, 2006b, Monatová, 1998, Valenta, Müller, 2003).

J. A. **Komenský** si uvědomil **individuální rozdíly** mezi dětmi. Rozlišuje mezi nimi **šest skupin** duševních schopností. Za nejvhodnější pro edukaci považoval **první typ**, děti bystré, chtivé vědění a povolné, jež ohodnotil jako nejschopnější. **Druhým**

typem jsou děti vtipné, hravé, ale poslušné. Je dobré je podněcovat, motivovat. Zvláštní pozornost je třeba věnovat **třetímu typu**, neboť to jsou vtipné a učenlivé, avšak zatvrzelé a vzpurné děti. Každá z těchto skupin vyžaduje odlišný metodický postup a formu podpory. Ke **čtvrtému typu** patří děti povolné, chtivé učení, avšak zdlouhavé a těžkopádné. Je třeba se jim přizpůsobovat a pomáhat jim. K **předposlednímu pátému typu** se řadí tupé, vlažné a liknavé děti, které vyžadují vedení s velkým uměním a trpělivostí. **Posledním šestým typem** jsou děti tupé, hloupé a vzpurné. Zde je nutné postupně vykořenit jejich odbojnost. Komenský chtěl, aby se věnovala pozornost všem dětem dle jejich individuálních zvláštností a využívaly se vhodné postupy při jejich edukaci. J. **Locke** považoval za chybné, pokud požaduje učitel, aby se žáci učili či konali činnosti v rozporu s jejich nadáním a povahou. Také lékaři se zabývali odchylkami ve vývoji. Řešili tyto otázky z hlediska působení různých faktorů na jednotlivce. Medicína tak přispěla k řešení výchovných problémů na podkladech z biologie a psychologie (srov. Pipeková, 1998, 2006b, Monatová, 1998, Valenta, Müller, 2003).

Změna v pohledu na mentálně retardované nastala s příchodem P. **Pinela**. Ten se snažil o **humanizaci péče** ve velkých špitálech. Na počátku 19. století postupně docházelo ke specializaci ústavních zařízení a začaly vznikat nové instituce, např. nemocnice, trestnice, polepšovny aj. (srov. Pipeková, 1998, 2006b, Monatová, 1998, Valenta, Müller, 2003).

Švýcarský lékař J. **Guggenbühl** založil v roce 1841 Léčebnu s výchovným ústavem v Abendbergu u Interlackenu, jelikož věřil, že kretenismus je oproti idiocii léčitelný při dodržení systematické tělesné výchovy, lepších životních podmínek a kultivovaného prostředí. Do výchovného programu patřilo mimo jiné i léčení podáváním léků, výuka založená na názornosti, rozvíjení otupených smyslových orgánů, tělesná a duševní hygiena, pobyt na čerstvém vzduchu a bezmasá strava. Vzdělání bylo realizováno ve francouzském a německém oddělení a vykazovalo za krátký časový úsek velmi dobré výsledky. Guggenbühlova hlavní zásluha tkví především ve zvýšeném zájmu v účinnější péči o kretény především ve Švýcarsku, Francii, Velké Británii a Holandsku. Jeho žák E. **Seguin** vytvořil novou metodu výchovy a léčení slabomyslných, kterou publikoval v díle Morální, hygienická, výchovná péče o idioty a jiné zaostalé děti z roku 1846 (srov. Pipeková, 1998, 2006b, Monatová, 1998, Valenta, Müller, 2003)

M. **Montessoriová** navázala na J. Itarda a E. Seguina. Dospěla k názoru, že psychicky opožděné a zaostalé děti potřebují pro vývoj pohybovou a manuální aktivitu. Vedla v období 1889 – 1901 v Římě Ortofrenickou školu, kde dosahovala velmi dobrých výsledků. Pokoušela se zdokonalit rozvoj smyslových orgánů dětí s MH tím, že užívala řadu didaktických pomůcek. Inspirací pro jejich vytvoření jí byly tzv. **Fröbelovy dárky**. Dospěla k závěru, že materiál, zařazený do výzkumu a výchovy postižených dětí, může plně rozvíjet pseudooligofrenní jedince. Dále pracovala v Útulku San Lorenzo v Římě, kde se starala o odložené předškolní děti. Díky této zkušenosti založila v roce 1907 Dům dětí, kam docházely děti z chudých rodin (i mentálně retardované). Zde užívala svých autodidaktických pomůcek k procvičení smyslů i k uvedení do základů čtení, psaní a počtů. Poté pracovala i s normálními předškolními dětmi, pro něž zřizovala Dětské domy, kde uplatňovala materiál původně určený pro mentálně handicapované. V r.1909 vše popsala v práci Metoda vědecky pedagogická, užitá v dětské výchově v dětských domech, která byla brzy přeložena do řady jazyků, vč. češtiny a získala si celosvětovou proslulost. Montessoriová byla kritizována za upřednostňování senzomotorické složky a nedocení jazykové, estetické a morální výchovy (srov. Pipeková, 1998, 2006b, Monatová, 1998, Valenta, Müller, 2003).

O. **Decroly** založil s manželkou v roce 1901 v Bruselu soukromý Ústav speciálního vyučování pro duševně opožděné a nenormální jedince, kde používal výchovné hry jako terapeutický a didaktický prostředek. Soustavně děti pozoroval, aby jim mohl lépe porozumět. Dosažené úspěchy jej přivedli v roce 1907 k otevření zařízení pro normálně vyvinuté děti. Tady aplikoval zkušenosti, které získal při výchově mentálně postižených. Sám sestavil řadu her, které vyvolávaly velký zájem a radost u dětí intaktních i s MH a dávaly jim četné příležitosti k samostatnému pozorování, srovnávání a přemýšlení. Decroly společně s **Monchampovou** vytvořili spis Uvedení do výchovných her, kde podávají přehled o hrách rozvíjejících smysly, pozornost, paměť, analýzu, syntézu, abstrakci, kombinační schopnosti, představivost, vývoj pojmu množství, matematiku, metodu čtení, gramatiku, porozumění jazyku, orientaci v prostoru a čase a grafický projev. Didaktické hračky považoval Decroly za významné pro stimulaci dítěte, avšak na rozdíl od Fröbela a Montessoriové upřednostňoval seznamování se skutečnými objekty a prostředím. Vycházel z J. **Deweye**. V edukaci zdůrazňoval subjektivní zájmy jedinců, které uplatňoval při působení na děti s postižením. Výsledky této činnosti uveřejňoval ve studiích. Tradiční škola dle něj neodpovídá potřebám dětské psychiky, proto zvláště pro handicapované jedince je nutné

zřídit zvláštní třídy, kde práce bude řízena zkušeným pedagogem, dostatečně se orientujícím v dané problematice. V českém prostředí byly uplatňovány myšlenky Decrolyho ve 30. letech 20. století zvláště v didaktice čtení, psaní a počtů na elementárních a zvláštních školách (srov. Pipeková, 1998, 2006b, Monatová, 1998, Valenta, Müller, 2003).

U nás se zabýval mentální retardací pedagog, filozof a lékař K. S. **Amerling**. Ten založil a stal se ředitelem prvního ústavu pro abnormální děti na Hradčanech (**Ernestina**), kde vychovával, vzdělával a zkoumal postižené a jejich dědičné zatížení i prostředí. (Posuzoval tělesné zvláštnosti, chrup, nehty, vlasy.) Učil je řemeslným pracím a dalším manuálními činnostem. I když správně dbal na zásadu názornosti, osvojování obratnosti rukou a zvýšenou péči o zdraví, přesto jeho výukové metody nebyly přiměřené mentálně retardovaným dětem. Měl o mentálně postižené mimořádný zájem a poskytoval jim společně se svou ženou velké množství času. S. **Amerlingová** se po smrti muže ujala s úspěchem i pedagogického vedení ústavu (srov. Pipeková, 1998, 2006b, Monatová, 1998, Valenta, Müller, 2003).

Na vědecko-výzkumnou činnost Amerlinga navázal K. **Herfort**, který se orientoval na pedopatologii. Zastával od roku 1900 funkci ředitele Ernestina v Praze. V ústavu uskutečnil celou řadu praktických výzkumů. Poukazoval na vztah mezi inteligencí a tělesnými znaky, zdůrazňoval degenerační vlivy a význam rodokmenů. Při vyučování žáků s MH kladl důraz na ruční práce a na nápravnou tělesnou výchovu. Propagoval školy pro MH, podílel se na odborné přípravě velkého počtu učitelů. Stal se autorem prvního odborného časopisu ze speciální pedagogiky s názvem Úvod do studia dítěte slabomyslného (1909) (srov. Pipeková, 1998, 2006b, Monatová, 1998, Valenta, Müller, 2003).

Pedopatologií se obíral rovněž F. **Čáda**, významný český psycholog, pedagog a filozof, jenž se věnoval výzkumu a výchovné péči o úchylné děti a mládež. Také se zasloužil v roce 1910 o založení Sdružení pro výzkum dítěte, které vytvořilo základ pro zřízení Pedologického ústavu v Praze (1912), přejmenovaného na Ústav pro výzkum dítěte. Čádovy aktivity byly v oblasti péče o handicapovanou mládež rozsáhlé, souvisely také s charitativní prací. Jako první se u nás zaměřil na systematické zkoumání dítěte, přičemž se snažil o aplikaci modernějších metod při výchově. Na jeho popud se začaly pořádat sjezdy pro výzkum a výchovu mentálně handicapované mládeže. Od roku 1903 redigoval časopis Pedagogické rozhledy, kde se výsledky jeho

výzkumů publikovaly (srov. Pipeková, 1998, 2006b, Monatová, 1998, Valenta, Müller, 2003).

J. **Zeman**, který byl orientován stejným směrem jako Čáda a Amerling, založil a redigoval časopis Úchýlná mládež (od r.1924 – 1936), byl také spoluautorem prvních učebních osnov pro handicapované (1928). Podílel se na prvním zákonu o pomocných školách v ČSR (1929), které byly později rozděleny na školy zvláštní a pomocné (srov. Pipeková, 1998, 2006b, Monatová, 1998, Valenta, Müller, 2003).

V roce 1904 byl Francouzský psycholog A. **Binet** jmenován členem komise pro organizaci vyučování handicapovaných dětí. Měl za úkol odlišit normální děti od dětí defektních, kdy na základě svých experimentálních postupů zjišťoval úroveň inteligence jedinců, aby ti byli následně zařazeni do správného typu školy. Pro hodnocení zaostalých dětí použil inteligenční testy a dospěl při jejich administraci k tomu, že jedinci, kteří se opoždují svojí rozumovou úrovní o dva roky, patří mezi slabomyslné. V roce 1905 vytvořil společně s T. **Simonem** stupnici pro měření inteligence, jejíž podstata spočívala ve zjišťování rozdílu mezi věkem chronologickým a mentálním. Dále stanovil diferenciální diagnózu intelektového stupně dětí od 3 do 15 let a pokusil se tímto způsobem určit případný defekt v intelektu. Pro každý rok bylo vybráno několik úkolů, přičemž za opožděné či psychicky postižené dítě bylo považováno takové, jenž nesplnilo dvě nebo více ze šesti činností pro daný chronologický věk. V testech vymezil znaky inteligence jako chápavost, vynalézavost, kritičnost atp. Ve skutečnosti ale závisela možnost splnění úkolů na zkušenostech, znalostech, vědomostech a dovednostech, které dítě získalo ve škole, což Binet podcenil. Na podnět jeho a jeho kolegy Simona byly v r.1909 vytvořeny speciální třídy pro děti, které nestačily ostatním vrstevníkům v běžné výuce (srov. Pipeková, 1998, 2006b, Monatová, 1998, Valenta, Müller, 2003).

Učitelka D.L.**Dixová**, pocházející z Nové Anglie v USA, podnikala tažení za lidské zacházení se slabomyslnými, choromyslnými a vězni. Její vytrvalá snaha vedla ke zlepšení situace v institucích pro MH na celém světě (srov. Pipeková, 1998, 2006b, Monatová, 1998, Valenta, Müller, 2003).

Rozvoj péče o handicapované souvisí těsně s šířením pedocentrismu J. **Deweye**, kde je dítě bráno jako střed všeho snažení a působení, kolem něhož se točí prostředky výchovných metod školy potažmo celé společnosti. U MH považoval za potřebné formovat zájmy a dostupné činnosti, jimiž se mohou rozvíjet případně i další oblasti. Na tomto základu lze integrovat handicapované do společnosti. V integrovaných školách

lze podporovat tento trend v závislosti na stupni postižení. V jeho tezí o výchově byla z hlediska speciální pedagogiky v popředí funkcionální výchova, která měla podporovat tělesné a duševní schopnosti žáků. Skupiny žáků chtěl organizovat jako společnost v malém, což je velice důležité pro úspěšnou socializaci jedinců a jejich přípravu na budoucí fungování ve společnosti (srov. Pipeková, 1998, 2006b, Monatová, 1998, Valenta, Müller, 2003).

Výzkumy psychické méněcennosti se zabýval americký psycholog H. H. **Goddard** na přelomu 19. a 20. stol. Léta pracoval jako ředitel psychologického bádání na cvičné vinelandské škole pro slabomyslné v New Jersey, později pak na univerzitě ve státě Ohio. Pro nejnižší stupeň MH prosazoval pojem debil (moron). Své výzkumy rodokmenu Kallikaků (z řečtiny dobrý – zlý) uveřejnil ve spisu Kallikakova rodina v roce 1913, v němž prokazoval dědičnou slabomyslnost. Podcenil význam vlivu prostředí (srov. Pipeková, 1998, 2006b, Monatová, 1998, Valenta, Müller, 2003).

A. F. **Tredgold** byl vynikajícím britským představitelem, zabývajícím se problematikou MP. Také L. S. **Penrose** (britský lékař a psycholog) se v první čtvrtině 20. století zabýval výzkumem psychické méněcennosti. Oba popsali čtyři odlišné typy výrazného MP, které jsou doprovázeny tělesnými vadami (kretén, mongoloid, mikrocefal, hydrocefal), a odchylky v jejich tělesné stavbě (srov. Pipeková, 1998, 2006b, Monatová, 1998, Valenta, Müller, 2003).

Nové poznatky o edukaci MH se rozšiřovaly dále do různých zemí. Počet zařízení, které o takto postižené osoby pečovaly, stále narůstalo. Zejména ve 20. stol. byly otevírány školy, někde i s domovy ve všech vyspělých státech. První ústav pro zanedbané děti vznikl roku 1763 v **Moskvě**. Od počátku 19. stol. se změnou pohledů společnosti na handicapované jedince se začaly budovat instituce pro MP. O tento trend se zasloužila řada vědců a odborníků, kteří se zabývali touto problematikou z hlediska medicínského, pedagogického, psychologického či filozofického (srov. Pipeková, 1998, 2006b, Monatová, 1998, Valenta, Müller, 2003).

V Evropě byl vývoj podobný. Lze tedy konstatovat, že první ústav pro MP byl založen **ve Francii** blízko Paříže v roce 1824, **v Rakousku** v roce 1828, **ve Velké Británii** v roce 1847, **v Praze** r. 1871, **na Slovensku** (Blumův ústav) roku 1898. Od roku 1894 můžeme datovat zakládání ústavů pro těžce MP **v Petrohradě**. Rokem 1914 bylo **ve Velké Británii** uzákoněno školský zákonem povinné vzdělávání MR (srov. Pipeková, 1998, 2006b, Monatová, 1998, Valenta, Müller, 2003).

V českých zemích, později **Československu**, narůstal zájem o teoreticky i prakticky zaměřené publikace týkající se problematiky MH, byla to kupř. práce J. **Mauera** zveřejněná v roce 1917 pod názvem Jak poznati duševně úchylné děti a kterak je učiti v pomocné škole, s předmluvou F. **Čády**. Dále by do této kategorie mohl být zařazen spis Výzkum duševních projevů u dětí méně schopných (1925) od O. **Chlupa**. Co se týče **Slovenska**, byla to práce Právny základ pomocných škol a súpis detí debilních na Slovensku z roku 1934 od autora V. **Predmerského** (srov. Pipeková, 1998, 2006b, Monatová, 1998, Valenta, Müller, 2003).

Po druhé světové válce byla vytvořena řada odborných publikací např. sborník psychologických statí: Zvláštnosti poznávací činnosti žáků zvláštní školy (1956), od S. J. **Rubinštejnové** Psychologie mentálně zaostalého žáka (1973), či od M. **Dolejšího** K otázkám psychologie mentální retardace (1973, srov. In Pipeková, 1998, 2006b, Monatová, 1998, Valenta, Müller, 2003).

Ve druhé polovině 20.stol. se začaly objevovat snahy po odhalení příčin **fenyلكetonurie** neboli Fölingovy choroby, jenž je závažnou vrozenou metabolickou poruchou látkové přeměny. Dle amerických zkušeností je to zatížení dědičné. Jde o nedostatek jaterního enzymu. Nedochozí proto k rozložení aminokyseliny fenylalaninu. Ten je nezbytný pro optimální duševní rozvoj dítěte. U novorozence postiženého touto chorobou dochází k chybě při zpracování této látky, jenž se hromadí v mozkomíšním moku a zasahuje mozek, čímž dochází k jeho poškození a následnému vzniku MP. Pokud je správná diagnóza včasně rozpoznána, je možno předejít klinickým příznakům. Dítě sice vypadá po narození zcela normálně, avšak rychlým zahájením léčby lze předejít oligofrenii, která jakmile jednou vznikne, je nevratná. Proto se hledal způsob spolehlivé a levné screeningové metody (srov. Pipeková, 1998, 2006b, Monatová, 1998, Valenta, Müller, 2003).

Tento problém vyřešil J.**Guthrie**, který vyvinul nosnou metodu, dle níž se u nás od roku 1975 pod záštitou vyhlášky ministerstva zdravotnictví vyhledávají novorozenci s uvedenou poruchou brzy po narození. Hromadné zjišťování fenyلكetorie se provádí ve všech zemích se zdravotnictvím na vysoké úrovni (srov. Pipeková, 1998, 2006b, Monatová, 1998, Valenta, Müller, 2003).

V současnosti se poukazuje na význam rozvíjení a podporování takových činností, které osoby s MH zaujmou, jež si oblíbí nebo z nich mají radost. Kupř.v **Japonsku** vystihuje tuto myšlenku dokument Děti a bílé volavky, v němž zcela pasivní děti mladšího školního věku získávaly postupně zájem o volavky. Sledovaly je, začaly

krmit a prožívaly z těchto aktivit radost. Nebo v **Dánsku** se pubescenti s MH věnují malování, opakovanému poslechu hudby atp. (srov. Pipeková, 1998, 2006b, Monatová, 1998, Valenta, Müller, 2003).

V 70. letech 20. stol. v **Itálii** začalo docházet k masivní integraci MP jedinců mezi ostatní děti v běžných MŠ i ZŠ. Itálie se tak stala inspirací pro celou řadu zemí v Evropě. (V 19. stol. byl přítom trend opačný. Děti s MH byly segregovány do speciálních škol, které pro ně byly zřizovány.) Také v **ČR** se tento způsob edukace stává čím dál tím více oblíbenějším. Počet žáků ve třídě bývá podstatně snížen, aby se jim pedagogové a asistenti mohli věnovat individuálně a současně je zapojovat mezi ostatní. V **USA** v Kalifornii navštěvují střední školu studenti s lehkým MH mezi intaktními spolužáky a jen na některé vyučovací předměty odcházejí do specializovaných tříd. Společnými aktivitami se mezi nimi vytvářejí přátelské vztahy, snaha po vzájemné pomoci a pochopení, což je pro obě skupiny dobré (srov. Pipeková, 1998, 2006b, Monatová, 1998, Valenta, Müller, 2003).

Také světové kongresy se začaly zabývat otázkami MR od roku 1961. **Deklarace OSN** o právech osob s MH byla přijata v roce 1971 resolucí s výzvou pro celý svět. Osm bodů charakterizuje právo na přiměřenou lékařskou a vzdělávací péči, rehabilitaci, podporu pro rozvoj schopností a celé osobnosti, ekonomické zabezpečení a náležitý životní standard. Handicapovaným je třeba zajistit produktivní práci nebo adekvátní smysluplné zaměstnání. Optimálním řešením je život v rodině, popř. odborné instituci. Nutné je chránit je před možným vykořisťováním, nevhodným zacházením, zneužíváním atd. Z deklarace tedy jasně plyne, že se týká všech věkových skupin osob s MH (srov. Pipeková, 1998, 2006b, Monatová, 1998, Valenta, Müller, 2003).

Ke vzniku mentálního handicapu může vlivem onemocnění dojít v průběhu celého života. Úbytek mentálních funkcí se projevuje snižováním intelektových i dalších psychických funkcí. Tento fakt byl znám lidem již v dávné historii, avšak větší pozornost začala být věnována těmto projevům zejména od 19. stol. Kupř. **Parkinsonova nemoc** byla popsána v roce 1817 britským lékařem J. Parkinsonem. První symptomy se objevují asi kolem 50. roku života. Je pro ně charakteristická řada změn způsobených narušením mozku (srov. Pipeková, 1998, 2006b, Monatová, 1998, Valenta, Müller, 2003).

Mezi vzácnější formy demence podmíněné atrofickým postižením mozku patří **Alzheimerova choroba**, kterou popsal A. Alzheimer a J. Creutzfeld v r. 1906. Příznaky

nastupují zpravidla kolem 55i let, vzácněji i dříve (srov. Pipeková, 1998, 2006b, Monatová, 1998, Valenta, Müller, 2003).

Stále nové poznatky přispívají ke zvyšování naděje pacientů postižených Parkinsonovou a Alzheimerovou nemocí. Objevením příčiny Alzheimerovy choroby se zvyšují naděje pacientů na zpomalení až zastavení jejího průběhu. Další možností léčby by byla implantace mozkových buněk vypěstovaných uměle např. z embryonálních (nedonošených zárodků) či dřevných kmenových buněk v laboratořích (srov. Pipeková, 1998, 2006b, Monatová, 1998, Valenta, Müller, 2003).

Specifickou skupinu odchylného (především psychického) vývoje tvoří děti, které po delší dobu žily v mimořádných či nepříznivých podmínkách. Jsou to kupř. „**děti džungle**“, „**vlčí děti**“, „**divé děti**“. Informace o jejich objevení bývají sice vzácné, zato dosti zajímavé (srov. Pipeková, 1998, 2006b, Monatová, 1998, Valenta, Müller, 2003).

J. **Itard** vychovával asi 12iletého chlapce, tzv. „divého hochy z Aveyronu“. Několik lovců jej objevilo v aveyronských lesích v jižní **Francii** v r.1799, jak se divý potuloval, živil se lesními plody a kořínky a žil jako zvíře. Jakmile byl zajat a dopraven do Paříže, ujal se jej v r. 1801 Itard, jenž byl lékařem v ústavu pro hluchoněmé a zabýval se i dětmi s psychickými poruchami. Ten si získal trpělivou péčí o hochy značnou popularitu. Chlapec, kterého pojmenovali **Viktor**, vypadal jako by byl duševně zaostalý. Vydával jen nesouvislé zvuky, neměl žádný smysl pro sociální chování a nedokázal se soustředit. Na základě systematické péče se u něj postupně začaly projevovat určité pokroky. Naučil se reagovat na jméno, seřadit písmena některých slov ve správném pořadí, pochopil význam slova mléko. Avšak i přes značné pokroky nikdy nedospěl k normálnímu vývoji. Itard se mu věnoval do r.1807, poté přenechal další péči o Viktora uklízečce v ústavu. Z této situace bohužel nemůžeme usuzovat na to, zda byl dědičně zatížen, či u něho převládly vlivy prostředí. Pravděpodobně však byl po psychické stránce v pořádku, když dokázal ve volné přírodě přežít (srov. Pipeková, 1998, 2006b, Monatová, 1998, Valenta, Müller, 2003).

V **Německu** se také objevil podobný případ. V roce 1828 byl nalezen v Norimberku **Kašpar Hauser**, který do 16i let vyrůstal bez lidského kontaktu (srov. Pipeková, 1998, 2006b, Monatová, 1998, Valenta, Müller, 2003).

V **Indii** v bengálské provincii byly v roce 1920 nalezeny dvě malé dívky nazvané **Amala a Kamala**, jejichž příběh později publikoval R.M.**Zingg**. S velkou pravděpodobností to byly sestry. Mladší byla ohodnocena na dva, starší na devět let.

Byly dány do místního sirotčince a svěřeny do péče reverenda J.A.**Singha** a jeho manželky. Zpočátku se dívky chovaly jako zvířata (údajně žily s vlky, chodily po čtyřech, spaly na zemi stočené do klubíčka, jedly ze země atd). Amala brzy zemřela, Kamala žila ještě devět let. Děvče mělo nejprve zvířecí návyky při jídle (vrčela), pak se naučilo chodit po dvou, ale utíkalo po všech čtyřech končetinách. Po dvou letech byla socializována natolik, že začala nosit šaty, jíst z talíře. Postupně tak opouštěla zvířecí způsoby a začala se zapojovat do činností mezi dětmi v sirotčinci, pečovala o malé děti, používala asi sto slov. Zvládla tedy fungovat v lidské společnosti (srov. Pipeková, 1998, 2006b, Monatová, 1998, Valenta, Müller, 2003).

V **Salvadoru** byl nalezen chlapec ve věku 6i let, který obratně lezl a skákal po stromech. Žil se zvířaty v džungli, kde byl ztracen či odložen v období, kdy již zvládal artikulovanou řeč. Byl pojmenován **Tamaša** (protože toto slovo často používal) a byl dán do výchovy psychologu J.R.**Chulovi**. Zpočátku používal zvířecí způsoby, avšak docela rychle začal ovládat lidské způsoby chování. Osvojil si značnou zásobu slov a barvitě vyličil svůj život mezi zvířaty v džungli (srov. Pipeková, 1998, 2006b, Monatová, 1998, Valenta, Müller, 2003).

Odlisný byl případ pětiletého chlapce z roku 1944 ve **Francii**, který byl objeven ve sklepě prarodičů. Zde žil v malé vsi společně s hluchoněmou matkou, kde je ukrývali její rodiče, aby se nezjistilo, že chlapec je nemanželské dítě. Hoch byl velice podvyživený, nesnášel denní světlo, neovládal artikulovanou řeč (srov. Pipeková, 1998, 2006b, Monatová, 1998, Valenta, Müller, 2003).

V roce 1992 byl nalezen na **Pobřeží Slonoviny** mezi stády asi 15iletý chlapec, jehož poznal strýc dle zranění z popálení, které utrpěl jako dvouletý, než se ztratil. Mluvit se nikdy nenaučil (srov. Pipeková, 1998, 2006b, Monatová, 1998, Valenta, Müller, 2003).

Péče a speciálně pedagogické metody užívané u osob s MP prošly v rámci dějin značným vývojem. Současný trend odráží vliv integrace a inkluze těchto lidí, přičemž důraz je kladen vždy na jejich individualitu.

V České republice se v současné době do systému péče o jedince s MR řadí speciálně pedagogická centra, patřící do systému poradenských zařízení, dále různé typy škol a školských zařízení, které jsou pro osoby s MH určené a nakonec i ústavy sociální péče.

3.2 Speciálně pedagogická centra

Bývají zpravidla součástí mateřských škol speciálních, základních škol praktických či speciálních nebo mohou existovat samostatně. Činnost centra se uskutečňuje ambulantně nebo návštěvami pracovníků ve školách, školských zařízeních, v rodinách a zařízeních pečujících o žáky s mentálním postižením. Pod jeho pravomoce spadají děti od tří let popřípadě i dříve, jelikož v ČR neexistuje raná podpora těchto dětí, až do ukončení vzdělávání. Mezi další úkoly centra patří zajištění připravenosti na školní docházku a speciálních vzdělávacích potřeb žáků, zpracovávání odborných podkladů pro integraci (IVP) a zařazení či přeřazení do škol, školských zařízení, popř. další vzdělávací opatření. SPC se zabývá speciálně pedagogickou péčí a vzděláváním žáků s MP, jež jsou integrováni či mají určený jiný způsob plnění školní docházky. Vykonává speciálně pedagogickou a psychologickou diagnostiku, poskytuje poradenské služby při řešení potíží se vzděláváním a psychickým a sociálním vývojem dětí. Zajišťuje individuální předpoklady a vytváří podmínky pro uplatnění a začlenění jedinců s MH do společnosti. Poskytuje pedagogickým pracovníkům a zákonným zástupcům poradenství v oblasti vzdělávání žáků se zdravotním postižením a zabývá se metodickou podporou pro poradenské pracovníky škol (srov. Bazalová, 2006, Švarcová, 2001, 2006, Pipeková, 1998, 2004a, 2004b, 2006b, Valenta, Müller, 2003, Bartoňová, Vítková, 2007).

Mezi **činnosti SPC** patří:

- ❖ depistáž,
- ❖ komplexní diagnostika,
- ❖ plán péče o žáka,
- ❖ přímá práce s žákem,
- ❖ včasná a krizová intervence,
- ❖ konzultace pro zákonné zástupce, školy a školská zařízení,
- ❖ sociálně právní poradenství,
- ❖ metodická činnost pro zákonné zástupce a pedagogy (IVP),
- ❖ kariérové poradenství,
- ❖ půjčování odborné literatury, rehabilitačních a kompenzačních pomůcek,
- ❖ komprehensivní rehabilitace,
- ❖ pomoc při integraci žáků,
- ❖ podpora optimálního vývoje,

- ❖ vedení dokumentace,
- ❖ koordinace činností s poradenskými pracovníky škol, s SVP a PPP,
- ❖ návrhy k zařazení do speciálního vzdělávání,
- ❖ návrhy individuálních vzdělávacích plánů (IVP),
- ❖ vedení a archivace dokumentů v souladu s ochranou osobních údajů,
- ❖ tvorba, návrhy a nabídka speciálních pomůcek,
- ❖ metodika cvičení pro děti raného věku, vývojový screening (Strassmeier, 1996),
- ❖ smyslová výchova dětí v předškolním věku s MP,
- ❖ rozvoj hrubé a jemné motoriky, nácvik sebeobsluhy, sociálních dovedností,
- ❖ rozvoj estetického vnímání,
- ❖ hudební, výtvarné a pohybové činnosti,
- ❖ příprava na zařazení do edukačního procesu,
- ❖ rozvoj grafomotoriky, slovní zásoby, dílčích výukových funkcí; logopedická péče se zaměřením na alternativní a augmentativní komunikaci,
- ❖ netradiční formy výuky,
- ❖ nácvik prvního čtení, čtení a psaní hůlkového písma,
- ❖ alternativní formy čtení,
- ❖ užití arteterapie a muzikoterapie (Vyhláška č. 72/2005 Sb.).

3.3 Edukace osob s mentálním postižením

Předškolní péče

Děti s mentálním postižením mohou navštěvovat:

- ❖ **mateřskou školu,**
- ❖ **mateřskou školu speciální,**
- ❖ **speciální třídu při MŠ** (srov. Bazalová, 2006, Švarcová, 2001, 2006, Pipeková, 1998, 2004a, 2004b, 2006b, Valenta, Müller, 2003).

Zde se vzdělávají dle Rámcového vzdělávacího programu pro předškolní vzdělávání, kde jsou vymezeny cíle, klíčové kompetence, vzdělávací obsah, podmínky, zásahy, přičemž v souladu s ním si MŠ zpracovávají své vlastní školní vzdělávací programy (RVP PV, 2004). Vzdělávání dětí se speciálními vzdělávacími potřebami se

děje na základě ŠVP, jenž je v souladu se speciálními potřebami dětí. **Vzdělávání plní funkci:**

- ❖ diagnostickou,
- ❖ reedukační,
- ❖ rehabilitační,
- ❖ léčebně výchovnou,
- ❖ respitní.

Aby podmínky pro vzdělávání dětí se zdravotním znevýhodněním a postižením byly vyhovující, je třeba zajistit u dětí mentálně handicapovaných:

- ❖ **osvojení dovedností spojených se sebeobsluhou,**
osvojení základních **hygienických návyků** dle úrovně věku a stupně postižení,
užití vhodných **kompensačních pomůcek,**
- ❖ **asistenta pedagoga,**

snížení počtu dětí ve třídě (srov. Bazalová, 2006, Švarcová, 2001, 2006, Pipeková, 2004a, 2004b, 2006b, Valenta, Müller, 2003).

Navíc u dětí s **autismem** musí být zajištěno:

- ❖ klidné a podnětné edukační prostředí,
- ❖ zajištění odpovídajících podmínek dle druhu a stupně postižení (Bazalová, 2006, Mühlpachr, 2004).

Povinná školní docházka

Žáci s mentálním postižením mohou v období povinné školní docházky navštěvovat:

- ❖ **základní školu,**
- ❖ **základní školu praktickou,**
- ❖ **základní školu speciální,**
- ❖ **třídu pro žáky se zdravotním postižením při ZŠ** (srov. Bazalová, 2006, Švarcová, 2001, 2006, Pipeková, 2004a, 2004b, 2006b, Valenta, Müller, 2003, Školský zákon č. 561/2004 Sb., Vyhláška č. 48/2005 Sb., Vyhláška č. 73/2005 Sb.).

V případě romských žáků nebo žáků ze sociálně znevýhodněného prostředí se hovoří o tzv. **přípravných třídách ZŠ** (srov. Školský zákon č. 561/2004 Sb., Vyhláška č. 48/2005 Sb., Vyhláška č. 73/2005 Sb.).

Základní škola praktická

Vzdělávají se zde žáci v pásmu **lehké mentální retardace**. Úkolem tohoto typu školy je umožnit žákům pomocí výchovných a vzdělávacích prostředků a metod dosáhnout co nejvyšší úrovně znalostí, dovedností, vědomostí a osobnostních kvalit při současném respektování jejich individuálních zvláštností. Cílem je příprava žáků na zapojení, případně plnou integraci do běžného života (Švarcová, 2006). Trvání povinné školní docházky v této instituci je 9 let. Žáci se vyučují dle Vzdělávacího programu základní školy praktické (vzdělávací program zvláštní školy, 1.9.1997). Do učebního plánu patří kromě předmětů obvyklých na ZŠ, jako je český jazyk, prvouka atd., také řečová výchova, doplňovací hodiny (sloužící k posílení jakéhokoliv předmětu) a disponibilní dotace v 7. a 8. ročníku. Hodnocení probíhá formou širšího slovního hodnocení, klasifikací známkami nebo kombinací obojího (Školský zákon č. 561/2004 Sb.). **Základní vzdělání** získá žák, jenž úspěšně ukončil základní vzdělávání v ZŠ nebo ZŠ praktické či kurz pro získání základního vzdělání. Dosud platné vzdělávací programy budou postupně nahrazovány (od školního roku 2007/2008) Rámcově vzdělávacím programem pro základní vzdělávání upraveným pro žáky s lehkým mentálním postižením (srov. RVP ZV, 2005, in Bazalová, 2006, Švarcová, 2001, 2006, Pipeková, 2004a, 2004b, 2006b, Valenta, Müller, 2003, Školský zákon č. 561/2004 Sb., Vyhláška č. 73/2005 Sb.).

Základní škola speciální

Zde jsou vzdělávání žáci v pásmu **středně těžké, těžké a hluboké mentální retardace** (Rehabilitační vzdělávací program základní školy speciální). Přičemž povinná docházka trvá 10 let. Žáci jsou vzdělávání dle Vzdělávacího programu základní školy speciální a přípravného stupně základní školy speciální (Vzdělávací program pomocné školy a přípravného stupně pomocné školy, 1.1.1997). Do osnov patří výuka čtení, psaní, počítání, sebeobsluhy, osobní hygieny a osvojení pracovních dovedností. Učební plán tvoří čtení, psaní, počty, věcné učení, smyslová, tělesná, hudební, řečová, pracovní a výtvarná výchova, nepovinný předmět a disponibilní dotace v sedmém a osmém ročníku. Hodnocení je prováděno formou širšího slovního hodnocení. Ukončením tohoto vzdělávacího programu jedinec získá **základy vzdělání**. Tento vzdělávací program bude postupně nahrazen (od roku 2011) Rámcovým vzdělávacím programem pro základní školu speciální a příslušným školním vzdělávacím programem. ZŠ speciální se člení na: první stupeň (1. až 6. třída), druhý stupeň (7. až 10. třída). Tyto

současně obsahují jak typ pro žáky se středně těžkým MP tak i pro žáky s těžkým a hlubokým MP, autismem a více vadami (srov. Bazalová, 2006, Švarcová, 2001, 2006, Pipeková, 2004a, 2004b, 2006b, Valenta, Müller, 2003, Školský zákon č. 561/2004 Sb., Vyhláška č. 73/2005 Sb.).

Součástí ZŠ speciální může být také tzv. **přípravný stupeň**. Ten slouží k edukaci žáků, kteří z důvodu těžkého stupně MR, případně z důvodů zdravotních (kombinované vady, autismus, těžké MP) nebo sociálních se nejsou schopni vzdělávat na nižším stupni ZŠ speciální (Švarcová, 1997). Délka přípravného stupně může být až tříletá, žák může kdykoliv přejít (na konci roku nebo v pololetí) do nižšího stupně ZŠ speciální či do jiné formy edukace. Na přípravném stupni působí vždy dva pedagogové. Počet žáků se pohybuje v rozmezí 4 až 6. Žáci jsou hodnoceni širším slovním hodnocením (srov. Bazalová, 2006, Švarcová, 2001, 2006, Pipeková, 2004a, 2004b, 2006b, Valenta, Müller, 2003, Školský zákon č. 561/2004 Sb., Vyhláška č. 73/2005 Sb.).

Rehabilitační vzdělávací program ZŠ speciální je druhým alternativním programem, jenž je určen pro jedince s těžkým, hlubokým MP, autismem a více vadami. Zde se vzdělávají žáci, u nichž je předpoklad, že nebudou schopni vzhledem ke svému handicapu zvládat edukační program ZŠ speciální. V případě zlepšení schopností žáka je umožněn přestup do odpovídajícího stupně ZŠ speciální. Délka programu je 10 let, ten je členěn na **dva stupně**:

- ❖ první (5 let),
- ❖ druhý (5 let).

Učební plán je tvořen výchovou rozumovou, smyslovou, pracovní a výtvarnou, hudební a pohybovou, rehabilitační, tělesnou a disponibilní dotací v 7. a 8. ročníku. Edukací zajišťují dva pedagogové, z nichž jeden je orientován na rehabilitaci. Prostory by měly být vybaveny rehabilitačními pomůckami. Měla by zde být místnost pro individuální práci se žáky, určená ke cvičení a relaxaci. Počet žáků ve třídách je 4 až 6. Hojně se využívají alternativní formy komunikace, hlavně nonverbálního typu (např. Makaton, sociální čtení, globální metoda, atd.). Žáci jsou hodnoceni širším slovním hodnocením. V učebnách pro žáky s těžkým zdravotním postižením pracují souběžně tři pedagogové, z nichž jeden je asistent pedagoga (srov. Bazalová, 2006, Švarcová, 2001, 2006, Pipeková, 2004a, 2004b, 2006b, Valenta, Müller, 2003, Školský zákon č. 561/2004 Sb., Vyhláška č. 73/2005 Sb.).

Profesní příprava a další vzdělávání

Do profesní přípravy řadíme:

- ❖ **střední odborné učiliště** (podmínkou přijetí je složení přijímacích zkoušek a zdravotní způsobilost osoby),
- ❖ **odborné učiliště** (dvou nebo tříleté), jež navazuje a prohlubuje výuku ze ZŠ praktické, je určeno absolventům ZŠ praktické. Studenti získají po zdárném ukončení výuční list. Funguje zde také jednoletý program, který připravuje žáky na výkon jednoduchých činností s dohledem. Ten je zakončen vysvědčením (srov. Bazalová, 2006, Švarcová, 2001, 2006, Pipeková, 2004a, 2004b, 2006b, Valenta, Müller, 2003, Školský zákon č. 561/2004 Sb., Vyhláška č. 73/2005 Sb.).
- ❖ **praktickou školu** - dvouletá forma je určena pro žáky, kteří ukončili ZŠ praktickou nebo speciální v nižším než 9. ročníku (výjimky tvoří ve zdůvodněných případech děti, jež ukončili ZŠ v deváté třídě). Cílem edukace je doplnění a rozšíření vědomostí získaných v průběhu povinné školní docházky a získání odborného vzdělání a praktických manuálních dovedností (srov. Bazalová, 2006, Švarcová, 2001, 2006, Pipeková, 2004a, 2004b, 2006b, Valenta, Müller, 2003, Školský zákon č. 561/2004 Sb., Vyhláška č. 73/2005 Sb.).

Praktická škola jednoletá je určena jedincům s těžkým zdravotním postižením, zejm. s těžkým MP, s více vadami, s autismem, jež získali základní vzdělání na ZŠ speciální nebo praktické a ze zdravotních či jiných důvodů se nemohou vzdělávat jinde. K odborným předmětům patří rodinná výchova, ruční práce a praktická cvičení (12 hod. za týden), dále se zde prohlubují znalosti ze ZŠ speciální (srov. Bazalová, 2006, Švarcová, 2001, 2006, Pipeková, 2004a, 2004b, 2006b, Valenta, Müller, 2003, Školský zákon č. 561/2004 Sb., Vyhláška č. 73/2005 Sb.).

K dalšímu vzdělávání řadíme:

- ❖ **večerní školy** – se řadí do celoživotního vzdělávání dospělých mentálně handicapovaných osob. Zřizovatelem bývají občanská sdružení, která vznikají na podnět rodičů nebo pracovníků ústavu sociální péče. Vyučuje se ve školách, popř. v ústavech 2 až 3 hod. odpoledne 2krát týdně. Procvičuje se komunikace, praktické dovednosti, orientace v prostředí a opakuje se učivo.

Její hlavní přínos je v tom, že umožňuje těmto lidem pravidelné setkávání se ve skupinách, přičemž přispívá k rozvoji sociálních dovedností, a také adekvátní trávení volného času,

- ❖ **kurzy k doplnění vzdělání**, jsou určeny těm, jež neměli v minulosti možnost získat vzdělání, které by odpovídalo jejich schopnostem, přičemž někteří neměli možnost získat vzdělání žádné. Zřizovatelem je ZŠ speciální nebo praktická (srov. Bazalová, 2006, Pipeková, 1998, 2004a, 2006a, 2006b, Švarcová, 2006).

3.4 Ústavy sociální péče

Spadají pod správu Ministerstva práce a sociálních věcí ČR. Řazeni sem jsou klienti se středně těžkým, těžkým a hlubokým MP, autismem a kombinovanými vadami, kteří nemohou bydlet doma nebo využívat alternativní formu bydlení. Mohou zde být zřízeny třídy ZŠ speciální. Tato zařízení jsou rozdělena **podle věku** klientů na dvě kategorie: ve věku od 3 do 26 let – děti a mládež a dospělí od 26 let a více. Ústavní péče probíhá ve **třech režimech**:

- ❖ **denním**, (denním stacionáři) – často v kompetenci soukromých zřizovatelů, církve či občanských sdruženích. Poskytují komplexní denní péči (edukační, rehabilitační, kulturní, zájmová oblast),
- ❖ **týdenním** – péče probíhá během pracovních dnů. O víkendech pobývá klient v rodině.
- ❖ **celoročním** – péče je zajištěna trvale po celý rok (srov. Bazalová, 2006, Pipeková, 1998, 2006a, 2006b, Švarcová, 2001, 2006).

Z hlediska **pohlaví** můžeme dělit tato zařízení na:

- ❖ ÚSP pro dívky a ženy,
- ❖ ÚSP pro chlapce a muže,
- ❖ ÚSP koedukované.

Klasifikace z **hlediska velikosti**:

- ❖ malé neboli rodinné,
- ❖ velké.

Dle **zřizovatele**:

- ❖ státní,

- ❖ nestátní (srov. Bazalová, 2006, Pipeková, 1998, 2006a, 2006b, Švarcová, 2001, 2006).

Během dějin se pohled na osoby s mentálním postižením a jejich péči velice měnil. V současnosti je moderní světový trend od segregace směrem k inkluzi.

V českém prostředí přebírají oblast péče o jedince s mentální retardací speciálně pedagogická centra (poradenská zařízení), školy, školská zařízení a ústavy sociální péče.

Ve třetí kapitole se proto zabýváme problematikou speciálně pedagogických center, ústavů sociální péče, škol a školských zařízení, které pečují o jedince s mentálním postižením, jejich funkcemi, cíli, způsoby práce a přístupy v edukaci.

Především v těchto typech institucí se využívá speciálně pedagogických metod (terapií).

4. Vybrané metody speciální pedagogiky (terapie)

Metodami speciální pedagogiky míníme z obecného hlediska ty, které se zaměřují na příčiny poruchy nebo ty, jež se snaží odstranit důsledky. Do první zmiňované skupiny se řadí metody reedukace a kompenzace. Do druhé patří metoda rehabilitace.

Metoda reedukace - je zaměřená na postiženou funkci a zlepšování její činnosti. Je zde rozvíjena ta funkce, jež byla omezena nebo snížena. Můžeme rozlišit přístup monosenzoriální, kde pracujeme na rozvoji postižené funkce bez využití funkcí jiných či multisenzoriální, kde se využívá pomocných činitelů i funkcí zdravých (srov. Pipeková, 1998, Sovák, 1983).

Metoda kompenzace - patří sem ty speciální pedagogické postupy, jimiž se snažíme zlepšit a zdokonalit jiné než postižené funkce (srov. Pipeková, 1998, Sovák, 1983).

Metoda rehabilitace - snažíme se upravit sociální a pracovní vztahy handicapovaného jedince. Navazuje na reedukaci a kompenzaci (srov. Pipeková, 1998, Sovák, 1983).

Z hlediska specifického známe různé typy přístupů a teorií, které užívají rozličných metod, kam řadíme například **relaxace, dramaterapii, teatroterapii, dramatickou výchovu, bazální stimulaci, TEACCH přístup** a další. Tyto techniky jsou užívány také při práci s osobami s MH, přitom se aplikují ty, které jsou pro jedince nejvíce vhodné nejen z hlediska jeho typu a stupně postižení, ale také dle jeho individuálních potřeb a požadavků.

4.1 Metody relaxace

Během života se lidé potýkají s různými těžkostmi, které je vyčerpávají a negativně ovlivňují, jako je např. spěch, obtížné životní situace. (Podrobněji viz. následující tabulka.) Tyto záležitosti se týkají problémů ve škole, ve stylu práce, v denním režimu, ve vztazích atd. Výsledkem neblahého vlivu je stres.

Stres popisuje Hans Selye (1950) jako stav organismu, který není schopen zvládnout zátěž. **Stresorem** se míní příčina, jež stres vyvolává. (srov. in Švancara, 1984, 2003, Míček, 1984)

PŘÍZNAKY, jimiž se může projevovat stres			
Tělesné (fyziologické) reakce	Emoce	Myšlenky	Vnější chování (projevy)
zvýšené napětí svalů	pocity napětí	zabývání se sama sebou ve zvýšené míře	nepozornost, nesoustředěnost
bolesti hlavy, zad a kloubů	pocity nervozity	myšlenky týkající se vlastní neschopnosti čelit aktuálním životním situacím, či se na nich aktivně podílet nebo je měnit	častější zavádění relaxačních cvičení do denního režimu
bolesti v oblasti celé trávicí soustavy a poruchy trávení	přecitlivělost na podněty	autoagresivní myšlenky	špatná schopnost učit se
celková nevolnost, zvýšená teplota, zvýšené pocení	snížená frustrační tolerance	negativní smýšlení o jiných lidech (ve smyslu zamýšleného negativního jednání ze strany druhých vůči jedinci)	špatná výbavnost předem naplánovaných úkolů, snadná zapomnětlivost
celková slabost, vyčerpání	pocity smutku až deprese	negativní pohled na různé situace (jedinec vidí vše	výskyt větší míry chybovosti při různých

		hůře, než jak tomu ve skutečnosti je)	úkonech
únava	zvýšená plačtivost	neschopnost či nedostatečná schopnost náhledu na sebe a okolí (realitu)	vyhledávání aktivních činností- procházky, (z důvodu „vyčištění hlavy“)
nespavost	pocity neschopnosti, nedostačivosti	neustálé, vtíravé myšlenky toho, co se v životě nedaří	aktivní vyhledávání samoty
celkový neklid, svalový třes	snadná vydrážditelnost	obavy ze zhroucení	vyhýbání se lidem a komunikaci s nimi
srdeční tachykardie, arytmie	zvýšená míra agrese	myšlenky nad negativními a nepříjemnými fyziologickými projevy	skřípění zubů v důsledku zvýšení svalového tonusu
nástup alergických příznaků, svědivá vyrážka, potíže s dýcháním (astma)	negativní emoce doprovázející nepříjemné fyziologické reakce	obavy ze ztráty pozitivních vazeb se subjektivně důležitými osobami	stereotypní a častokrát po sobě se opakující objektivně nedůležité činnosti

Stresory negativně působí také na jedince s MH a ti se proto stávají napjatými, nesoustředěnými, precitlivělými apod. Důsledky stresů se v nich hromadí, a pokud nejsou přijatelným způsobem, např. odpočinkem pasivním či aktivním (sportovními

činnostmi) či relaxací znegovány, mohou způsobit řadu nepříjemností, jako jsou kupř. nesoustředěnost, poruchy učení, chování atd.

Dobrym prostředkem, pro uvolnění celého fyzického těla i duše jsou vhodná **relaxační cvičení**. Toto konání vede k nastolení duševní rovnováhy, což člověk pozná po pravidelném cvičení. Avšak již napoprvé je cítit výrazné uvolnění a úleva.

Autogenní trénink J.H. Schultze

Schultzův autogenní trénink je jedním z nejčastěji používaných a nejúspěšnějších relaxačních cvičení, praktikovaných v současné době prakticky po celém světě.

J.H.Schultz byl německým lékařem neurologem, který působil dlouhé roky v Berlíně. Jeho technika je ovlivněna jak jógou, tak i některými buddhistickými praktikami (např. sledování dechu), navíc bere v úvahu i poznatky vědy (psychologie) (např. o hypnóze a autohypnóze). Využívá uklidňujícího účinku svalové relaxace, autosugestivní cestou navozených představ klidu (imaginací), koncentrace na citově kladné podněty, pravidelného dýchání, tepu srdce ap. Výhody pravidelného cvičení jsou: **schopnost krátkodobého osvěžení, zlepšení koncentrace, zlepšení výkonnosti, zvýšení sebezpoznaní a sebekontroly, kladné ovlivnění poruch spánku, trémy, podrážděnosti, poruch chování a řady dalších neuróz a psychických poruch** (Míček, 1971a, 1971b, 1976, 1980, 1982, 1984).

Existují **dva** stupně AT: nižší a vyšší (, ten není svojí náplní vhodný pro osoby s MH).

Nižší stupeň AT : se skládá z **šesti** částí.

1. pocity tíže,
2. navození pocitu tepla,
3. sledování dechu,
4. pravidelný rytmus srdce,
5. regulace břišních orgánů
6. zaměření na oblast hlavy (Míček, 1971a, 1971b, 1976, 1980, 1982, 1984).

Doba provádění: Na počátku se provádí 2-3 krát denně asi půl minuty až minutu se zavřenýma očima s možností cvičení v jedné z těchto **třech poloh**:

1. vleže na zádech,
2. vsedě s opěrou zad a hlavy,
3. poloha drožkáře.

Doba trvání cvičení se může prodloužit postupně až na 30 min. (Míček, 1971a, 1971b, 1976, 1980, 1982, 1984).

Vysoce významné a důležité je zakončení každého cvičení, navrácením do původního stavu: sevřít ruce v pěst, protáhnout celé tělo a otevřít oči (Míček, 1971a, 1971b, 1976, 1980, 1982, 1984).

Relaxace dle Dateye a Bhagata

Datey a Bhagat byli indičtí lékaři, kteří pátrali v historii jógy. Chtěli vytvořit metodu, která by byla více užitečná. Nakonec se jim podařilo stvořit novou techniku relaxace spojením výtahu z vybraných částí jógy a dalších indických nauk. Zjistili, že cvičení výborně **uklidňuje, zlepšuje spánek a odstraňuje řadu neurotických příznaků, problémů v chování** apod. (Míček, 1976, 1980, 1982, 1984).

S touto metodou vystoupili poprvé v roce 1975 na Mezinárodním kongresu v indickém hlavním městě Dillí. Metoda si téměř ihned získala velký úspěch (Míček, 1976, 1980, 1982, 1984).

Relaxace se skládá ze **tří částí**:

1. uvolnění pomocí autosugescí,
2. duševní práce s aktivními oblastmi organismu,
3. uvolnění s využitím obrazu energií (Míček, 1976, 1980, 1982, 1984).

Průběh :

- ❖ **1. část** - uvolnění pomocí autosugescí,

Postup je podobný jako u autogenního tréninku, ale je dokonalejší. Existují určité **trojice** (tzv. TRIÁDY) :

- ❖ vnímání určité části těla,
- ❖ uvolňování určité části těla,
- ❖ konstatování, že je určitá část těla uvolněna (Míček, 1976, 1980, 1982, 1984).

Na rozdíl Schultzovy metody indičtí autoři doporučují, aby byla cvičení prováděna vleže a začínalo se od nohou. Začíná se a končí formulkami klidu (jsem klidný /á, uklidňuji se). Delší trvání jak 45 min. se nedoporučuje (Míček, 1976, 1980, 1982, 1984).

Tato **první část** bývá obvykle nejdelší asi 35-40 min. (U pokročilejších cvičenců bývá kratší) (Míček, 1976, 1980, 1982, 1984).

- ❖ **2. část** - duševní práce s aktivními oblastmi organismu,

Je zaměřena na **sedmnáct nejdůležitějších aktivních oblastí**. Pokud se na ně koncentruje pozornost, uvolní se určité skupiny svalstva, jak příčně pruhovaného, tak hladkého (Míček, 1976, 1980, 1982, 1984).

Jak pracovat s těmito oblastmi: je nutno obrátit pozornost na danou aktivní oblast formulkou - stává se měkčí, taje, rozpouští se (Míček, 1976, 1980, 1982, 1984).

Existuje **sedmnáct aktivních zón** :

1. oba palce u nohou,
2. kotníky nohou,
3. kolena,
4. oblast pohlavních orgánů (horní část pánevního dna),
5. oblast anusu (dolní část pánevního dna),
6. ruce (od zápěstí ke koncům prstů),
7. oblast pupku,
8. lokty,
9. oblast žaludku,
10. oblast srdce,
11. oblast ramenou,

12. oblast hrdla,
13. rty,
14. konec nosu,
15. bod mezi obočím (tzv. Šívovo oko),
16. střed velké fontanely (bod na vrcholu hlavy - tzv. velký lupének - je dán srůstem dvou částí kostí temenních),
17. vrchol lebky (několik milimetrů nad lupínkem) (Míček, 1976, 1980, 1982, 1984).

❖ **3. část** - uvolnění s využitím obrazu energií.

Energetické uvolnění, tzv. pránické uvolnění, zvyšuje potenciál těla. Pránu je z části možné přivést do organismu a posílit ji. Cvičení se provádí tak, že si jedinec představuje hromadění energie u nohou a její postupné proudění organizmem. Lze cítit, jak celým tělem prochází energie a vychází bodem mezi obočím ven (nebo popř. vrcholkem hlavy) (Míček, 1976, 1980, 1982, 1984).

Průběh a pocity při **cvičení** jsou takovéto:

Nejprve je třeba dle instrukcí zavřít oči a navodit si pocity naprostého klidu a bezpečí. Je nutné si představit, že je vedoucí (většinou pravá) ruka těžká, pak že je těžká i druhá ruka. To samé se provádí s dolními končetinami. Většinou lidé cítí opravdovou tíhu. Poté je podobným principem třeba vsugerovat pocit tepla. Následně mají osoby na základě svých imaginací regulovat dech pomocí formulky (dech je zcela klidný), která má být klidným monotónním hlasem odříkávána. Avšak někdy mohou mít někteří jedinci nepříjemné pocity v oblasti horních i dolních dýchacích cest (může být způsobeno např. astmatem), takže pokud je tento pocit opravdu značně nepříjemný a nepřestává, je třeba tuto aktivitu přerušit a soustředit se na pravidelnou srdeční činnost a krevní oběh (skrže formulku- srdce je zcela klidné). Poté je většinou cvičení ukončeno, střídavým dávkou rukou v pěst a uvolněním. Následuje protažení těla a otevření očí. Člověk by se pak měly cítit příjemně odpočaté a uvolněné (Míček, 1971a, 1971b, 1976, 1980, 1982, 1984).

Podobně se lze uvolnit i v 1.části cvičení Dateye a Bhagata. První část je však mnohem delší, postupuje se tady od nohou až k hlavě (podle sedmnácti zón). Na rozdíl od Schultzovy metody se uvolnění a práce s tělem děje v prvních dvou částech a to po značně dlouhou dobu. Ve 3.části dochází k představě proudění energie opět od palců až k hlavě. Cvičenci pociťují příjemné teplo a mravenčení, které postupuje tělem a vychází ven v oblasti obočí (pocit příjemného tlaku). Po skončení se cítí opět uvolněně a odpočatě (Míček, 1976, 1980, 1982, 1984).

Tyto metody jsou vhodné pro osoby s lehčí formou MP, popř. kombinovanou s poruchami chování. Zde je však třeba se řídit subjektivními pocity a možnostmi každého jednotlivce. Při cvičení dochází ke zklidnění a uvolnění, což má velice pozitivní vliv na všechny stránky osobnosti.

4.2 Dramaterapie, dramatická výchova a teatroterapie

Dramaterapie je léčebně-výchovná disciplína, kde se využívá skupinové aktivity, dynamiky, divadelních a dramatických prostředků k dosažení úlevy, zmírnění důsledků poruch psychického rázu, sociálních problémů a dosažení osobnostně sociálního růstu a rozvoje jedince. Ve světě existují dva **přístupy** k dramaterapii:

- ❖ jako ke svébytnému psychoterapeutickému přístupu (Drama as Therapy),
- ❖ jako k využití dramaterapeutických postupů v rámci jiných psychoterapií (Drama in Therapy) (srov. Valenta, 2001, 2005, Coburn-Staeger, 1977).

Dramaterapii lze vymezit:

- ❖ dle příslušnosti k vědeckým oborům: součástí psychoterapie, součástí speciální pedagogiky nebo **jako samostatný obor**,
- ❖ **jako jednu z disciplín arteterapie v širším slova smyslu**,
- ❖ **jako výrazovou činnostní terapii**,
- ❖ **jako neverbální terapii**,
- ❖ **jako léčebně výchovnou disciplínu (ve vztahu k pedagogice)**,
- ❖ **jako součást paradivadelních systémů** vedle psychodramatu, sociodramatu, satydrámatu, teatroterapie, psychogymnastiky a paradivadelních systémů **edukativní** povahy (dramatická výchova, dramatika, atd.) (srov. Valenta, 2001, 2005, Coburn-Staeger, 1977).

Dramaterapie vychází z **hodnot**:

- ❖ **estetických** (teatroterapie),
- ❖ **informativních** (dramatická výchova, sociálně psychologický výcvik, osobnostní a sociální výchova),
- ❖ **formativních** (výchovná dramatika – dramika, sociálně psychologický výcvik, osobnostní a sociální výchova),
- ❖ **terapeutických** (dramaterapie, teatroterapie, psychodrama, sociodrama, psychogymnastika, sociálně psychologický výcvik, osobnostní a sociální výchova) (srov. Valenta, 2001, 2003, 2005, Coburn-Staeger, 1977).

Ve vztahu k **edukativním oborům** má nejbližší k výchovné dramice (dramice, dramatické výchově) a z paradržadelných **terapeutických oborů** je jí nejbližší psychodramatu, z něhož se vydělila. Rozdíly mezi dramatem a psychodramatem jsou tyto:

- ❖ **dramaterapie upouští od původního Morenova psychiatrického paradigmatu,**
- ❖ **dosažení katarze není nutné,**
- ❖ **v dramaterapii jsou častěji užívaná volná témata,**
- ❖ **aktivity jsou směřovány více ke skupině než k jedinci,**
- ❖ **terapeut často vchází do role,**
- ❖ **dramaterapie umožňuje klientům širší výběr rolí,**
- ❖ **prostředky které využívá jsou více divadelní a narativní** (srov. Valenta, 2001, 2005, Coburn-Staeger, 1977).

Dramaterapie se dá přepracovat do **dramaterapeutického projektu**, kde se využívá: motivace jedinců, kooperativního učení, řešení komplexních problémů, získávání zkušeností praxí, umocnění vnitřního prožitku, koncentrace na problém, rozvoje kreativity, imaginace a intuice, rozvoje vnitřní kázně, odpovědnosti, tolerance, formování osobnosti, rozvoje empatie, asertivního jednání a emocionální a sociální inteligence (srov. Valenta, 2001, 2005, Coburn-Staeger, 1977).

Dramaterapeutický projekt se od dramatického liší tímto:

- ❖ **účastní se ho lidé se specifickými potřebami a problémy**, kteří zde saturují své potřeby,
- ❖ **cíle mají léčebně výchovný charakter** – účastníci jsou vedeni ke schopnosti sebereflexe, vytvoření zpětné vazby, reálné aspiraci, přehodnocení svých

životních postojů a rolí, budování morálního vědomí, citů, vlastností a postojů (srov. Valenta, 2001, 2005, Coburn-Staeger, 1977).

Dramaterapie přizpůsobená určitému typu postižení je tedy díky svému působení vhodná pro osoby s lehkým až středně těžkým stupněm MH, zvláště u osob s Downovým syndromem, nebo u osob s pseudooligofrenií.

Dramatická výchova

Dramatická výchova, tvořivá dramatika, dramika, výchovná dramatika, výchovné drama, to jsou termíny, které označují pedagogickou disciplínu, jenž v procesu učení klade důraz na jednání a aktivitu, užívá přímého prožitku a vlastní zkušenosti v jednání. Souvisí s dramatickým uměním, neboť využívá jeho prostředků a postupů k **plnění cílů**, tj. vychovat člověka **tvořivého, vnímavého, citlivého, empatického, schopného kontaktu a interakce** (verbální i nonverbální komunikace), člověka, jenž se umí **orientovat v běžných, očekávaných nebo neočekávaných životních situacích a v mezilidských vztazích** a jenž se umí **svobodně a odpovědně rozhodovat a jednat** (srov. Pavlovská, 2002, Valenta, 2001, 2003, 2005, Coburn-Staeger, 1977).

V českém prostředí je známá asi od 60. let 20. století, ve světě od poloviny 20. let téhož století. Vznikla v USA v roce 1924 v souvislosti s hnutím tvořivé dramatiky a reformní pedagogiky. Zakladatelkou je **W. Wardová**, která začala experimentovat s dramatem a s improvizací (Pavlovská, 2002).

Přestože si prošla ve své historii řadou změn, stále se pojí s hlavními myšlenkami reformního hnutí:

- ❖ **učení aktivní, učení praxí a zkušeností,**
- ❖ **rozvoj osobnostní a sociální,**
- ❖ **spontaneita a individualita jedince,**
- ❖ **příprava pro život** (Pavlovská, 2002).

V **České republice** došlo ke **třem** různým obdobím ve vývoji dramatické výchovy:

- ❖ **první období 60. až 70. léta** – dramatická výchova je využívána jen u zájmové umělecké činnosti, převážně v lidových školách umění a ve formě souborové práce. Zjistilo se, že dětské divadlo nemůže být nikdy nápodobou divadla dospělých. Začala vznikat metodika oboru a důraz byl kladen na vzdělávání učitelů a na vedoucí divadelních souborů,

- ❖ **druhé období (léta 80.)** – prohlubování poznatků v oblasti metodiky, vzrůst počtu lidí zabývajících se touto problematikou. Dramatická výchova se dostává do učebních plánů středních pedagogických škol a MŠ i přes nedostatek učitelů. Učitelé si doplňovali vzdělání v kurzech pořádaných DDM;
- ❖ **třetí období (po roce 1989)** – dramatická výchova je postupně zařazována do studijních plánů pedagogických fakult. Na JAMU a DAMU docházelo postupně ke vzniku kateder tvořivé dramatiky. Vzniklo Sdružení pro tvořivou dramaturgii. Dramatická výchova se stává samostatným nebo volitelným předmětem a využívá se jako metoda práce ve školách. Pomalu začíná stoupat počet učitelů, kteří se jí zabývají. Problémem se zdá být vytvoření jednotné terminologie (Pavlovská, 2002).

Cíle dramatické výchovy vycházejí z obecných výchovných cílů pedagogiky. Pro různé typy škol a organizací jsou vymezeny rámcově osnovami. Konkrétní cíle a jejich hierarchizace závisí na pedagogovi a jeho práci. V dramatické výchově rozlišujeme tyto **cíle**:

- ❖ orientace v sobě sama,
- ❖ vnímání a porozumění reality,
- ❖ tvořivé řešení problémů,
- ❖ aktivní a odpovědné užívání získaných poznatků a dovedností,
- ❖ respektování názorů druhých,
- ❖ prezentace a formulace myšlenek jasně, zřetelně a beze strachu,
- ❖ soucítění s druhými,
- ❖ spolupráce na společném díle, odpovědnost za dokončení práce a jeho kvalitu.

K výchovným cílům se dostaneme pomocí **dramatických prostředků**:

- ❖ hra v roli,
- ❖ fiktivní situace,
- ❖ dramatické jednání v simulované situaci,
- ❖ improvizace, aj. (srov. Pavlovská, 2002, Valenta, 2001, 2003, 2005, Coburn-Staeger, 1977).

Hlavní metodou dramatické výchovy je **dramatická hra**. Mimo ni lze použít i **metody** další jako např.: vypravování, rozhovor, diskuze, panelová diskuze, brainstorming, řešení problémů, práce s materiálem, poslech hudby, práce s rytmickými

nástroji, tvůrčí psaní, dramatizace, atp. Podstatou dramatické hry je **hra v roli**, již členíme na:

- ❖ **simulaci neboli hru v situaci** – hraní v navozené situaci či v roli někoho jiného. Užívají se situace z běžného života a modelově se pak řeší,
- ❖ **alteraci** – nejtypičtější chování dané postavy v určité sociální roli. Důležitá je výměna rolí, lze si vyzkoušet roli spoluhráče, což vede k lepšímu pochopení reakcí,
- ❖ **charakterizaci** – vyžaduje určitou životní zkušenost a stupeň vyzrálosti. Dochází k přebírání cizí sociální role s určitými charakterovými rysy, názory, problémy. Důležité je porozumění a vcítění se do postavy (srov. Pavlovská, 2002, Valenta, 2001, 2003, 2005, Coburn-Staeger, 1977).

Formy dramatické výchovy dělíme na:

- ❖ **školní**, která se rozčleňuje na:
 - **samostatný předmět výuky**, řazen mezi ostatní výchovy s přesně vymezeným časem rozvrhu a danými osnovami. Děti se zde učí řešit na základě zkušeností modelové situace, sami hledat, zkoumat, objevovat, sdělovat, komunikovat a spolupracovat,
 - **metodu práce** použitelnou v jakémkoliv předmětu – zaměření na aktivitu, rozvíjení tvořivosti, fantazii, vnímavosti, sociability. Staví se na přímém prožívání, vlastní zkušenosti a jednání,
 - **pedagogický princip** – styl práce, prostupuje veškerou výukou,
- ❖ **zájmová** (mimoškolní) je tvořena:
 - literárně dramatickým oborem ZUŠ,
 - divadelními, loutkářskými, recitačními soubory,
 - dramatickými kroužky ve školách, Centrech volného času, klubech mládeže, institucích pro děti a mladé lidi s handicapem (Pavlovská, 2002).

Správný **učitel dramatické výchovy** by měl kromě znalostí své profese splňovat i následující předpoklady:

- ❖ umění komunikace s lidmi,
- ❖ pozitivní vztah k lidem,
- ❖ vytváření přátelské atmosféry,
- ❖ všeobecný přehled,
- ❖ odbornost a morální způsobilost,

- ❖ znalost a využívání efektivních metod vyučování,
- ❖ empatie při hodnocení žáků a celkově rozvinutá schopnost empatie,
- ❖ tvořivost, imaginace, hravost,
- ❖ ochota přijímat a poznávat nové,
- ❖ neautoritativní přístup k dětem,
- ❖ schopnost naslouchat,
- ❖ jasně a srozumitelně komunikovat,
- ❖ mít cit pro tempo, rytmus, prostor a dramatičnost (dramatický talent),
- ❖ schopnost pracovat koncepčně,
- ❖ zvládat základní postatu režijní práce,
- ❖ schopnost improvizace v průběhu hodiny,
- ❖ umět reagovat na vzniklé situace,
- ❖ dokázat se odpoutat od vlastního scénáře hodiny,
- ❖ jemným a nenápadným vedením urovnat průběh hodiny zpět vzhledem k původnímu vytyčenému cíli (Pavlovská, 2002).

Modifikovanou formu dramatické výchovy lze vzhledem k jejím cílům a principům užít u osob s lehčím stupněm MR, dále u jedinců s pseudooligofrenií, Downovým syndromem nebo u těch, kde je lehčí mentální postižení kombinované s výchovnými potížemi.

Teatroterapie

Je formou **expresivní terapie, léčebné metody**, která využívá jako prostředku uměleckých postupů. Nejdůležitější je zde proces léčebný (terapeutický). Terapie se uskutečňuje prostřednictvím procesu přípravy a prezentace divadelního představení. Jako vědecká disciplína se začala formovat v 80. letech 20. st. Jedná se o divadlo, které připravují a v němž hrají převážně herci s handicapem (mentálně postižení, psychicky nemocní, aj.) pod vedením odborníka (speciálního pedagoga, terapeuta, atd.) (Polínek, 2005).

Do **teatroterapie** se dá zahrnout celý proces přípravy a interpretace divadelního představení, proto sem kromě samotných herců a režiséra řadíme i hudebníky, skladatele, dramaturgy, scénáristy, maskéry, zvukaře, malíře, švadleny atp. Z toho plyne obrovský rozsah terapeutické intervence, v rámci činností a sociálních vztahů. Účastníci se během tvorby dostávají do sociálních situací, musí řešit aktuální úkoly, zapojovat fantazii a kreativitu. To vše se děje pod dozorem a vedením odborníků (Polínek, 2005).

Dějiny teatroterapie – její existence trvá od přelomu 70. a 80. let 20. st., kdy vzniká divadlo hrané různě postiženými herci. Inspirací se stal **australský dokumentární film**, kde se přípravou na vystoupení divadelní hry **Madame Butterfly** zabývali jedinci s mentálním handicapem. Toto představení se hrálo v budově státní opery v Sydney. Současně si získalo nebývale kladné ohlasy týkající se integračních snah v přístupu k těmto lidem. Poté se začalo v nejrůznějších speciálních zařízeních pečujících o mentálně handicapované po celém světě věnovat divadlu, dramice, dramaterapii a teatropii, přičemž byly sledovány léčebné účinky a vlivy na osoby s mentálním postižením. V současnosti je tato terapie stále častěji využívána, avšak **v ČR** zatím neexistuje obor, který by připravoval odborníky věnující se této oblasti profesionálně. Jako vědecký obor je uskutečňována především v praktické práci za účasti oborů psychologie, speciální pedagogiky, psychiatrie, psychoterapie, umění, atp. V polovině 80. let již existovala řada souborů (z Velké Británie, Francie, Španělska, Belgie a Holandska), které tvořily herci se specifickými potřebami. Některé soubory byly přímo součástí speciálních zařízení, jiné byly zcela autonomní. V této době se začíná objevovat fenomén, kdy je umělecký efekt důležitější než terapeutický. Tak vzniká nový druh umění, kdy je umělecká činnost handicapovaných osob brána jako specifický druh umění. Tomu také odpovídá profesionální příprava a vzdělávání těchto jedinců s postižením. Toto se netýká jen dramatické tvorby, ale i dalších druhů umění. V České republice se začíná postupně od 90. let teatroterapie prosazovat. V různých zařízeních nabývá rozličných forem a variant, většinou se ale jedná o ojedinělé projekty. Výjimky tvoří zařízení mající teatroterapeutickou péči včleněnou do svých služeb. Avšak teatroterapie jako vědecký obor u nás zatím známa moc není. Často bývá zaměňována s jinými přístupy jako je dramaterapie, sociodrama, dramika, psychodrama, dramatická výchova (Polínek, 2005).

Cíle teatroterapie můžeme rozdělit podle **dvou hledisek** na:

- ❖ **hledisko terapeutické** – (důležitější); hlavním cílem je léčebný efekt, na který nahlížíme dle těchto **kritérií**:
 - **univerzálnost** –terapii lze aplikovat na různé **skupiny postižení** či omezení, nejčastěji skupinami bývají:
 - **osoby s MH,**
 - neslyšící,
 - nevidomí,
 - jedinci s psychickými poruchami,

- osoby s poruchami chování,
- bezdomovci, trpící odcizením a ztrátou identity
- lidé s jinými specifickými potřebami,
- **nespecifičnost** – cíle jsou definované obecně, ve většině případů se nelze zaměřit na určitý problém či vadu, avšak je možné dle ní sledovat charakteristické efekty,
- **všestrannost** – důraz je kladen na rozvíjení všech složek osobnosti, přičemž činnosti mohou být velmi různorodé. Působí se na stránku:
 - **kognitivní,**
 - **afektivní,**
 - **psychomotorickou,**
- **integrativní charakter** – integrace minoritní a majoritní společnosti (Polínek, 2005).

Cílový efekt teatroterapie z hlediska terapeutického bývá velmi rozličný a závisí na mnoha okolnostech: osobnosti terapeuta, cílové skupině, potřebách klientů, atp., ale i přesto lze sledovat určitá **specifika**:

- rozvoj verbální a nonverbální komunikace,
- zmírnění sociálních fobií,
- zmenšení sociální izolace,
- zlepšení sebereflexe a sebekritiky,
- zdokonalení sebekázně a smyslu pro povinnost,
- rozvoj kreativity, imaginace, fantazie a představivosti,
- zvýšení přizpůsobivosti, a sebevědomí,
- zvládnutí svých emocí,
- zlepšení míry spontaneity,
- rozšíření repertoárů rolí pro život (Polínek, 2005).

❖ **hledisko umělecké** – toto hledisko není pro terapeutickou práci nejdůležitější, avšak zůstává stále podstatné. Zde nejvíce záleží na přístupu samostatného teatroterapeuta, který určuje významnost uměleckých záměrů. Umělecká kvalita bývá často přímo úměrná terapeutickému efektu. Velmi pozitivně působí na herce amatéry intenzivní potlesk z hlediště. Touha po umělecké kvalitě ztvárněného díla často silně motivuje i samotné klienty. Současně také existují i profesionální skupiny s mentálně postiženými herci či přímo profesionální soubory osob s mentálním handicapem, kde je

umělecká kvalita díla primárně určujícím faktorem. Nelze však přehlednout faktory socializační a integrační, jež léčebně (terapeuticky) působí. Např. v **České republice** existuje **Bohnická divadelní společnost** či **festival Mezi ploty**, které se snaží o přiblížení psychiatrie veřejnosti (Polínek, 2005).

Metody práce v teatroterapii jsou dramatické, vycházejí z výchovné dramatiky, dramaturgie, dramatizace, režie, herecké průpravy (pohybové, hlasové, teoretické) a scénografie. Dále se užívají metody vycházející z dramaterapie, psychologie, psychiatrie, speciální pedagogiky, sociologie, obecné pedagogiky, didaktiky, atd. Jejich výběr a užití souvisí s konkrétní situací, možnostmi, druhem postižení, věkem klientů a zaměřením terapeuta. Rozlišujeme **dva typy** režijního vedení:

- ❖ **direktivní typ** – pevné režijní vedení, důraz na disciplínu, poslušnost, menší možnost improvizace a vyjádření. Terapeut vybírá a upravuje divadelní hru většinou sám, využívá přitom více prostředků dramatu a klade velký důraz na celkový umělecký výsledek,
- ❖ **liberální typ** – umožňuje aktérům větší prostor pro improvizaci, spontaneitu, kreativitu. Při výběru a úpravě hry participují i ostatní. Důležitější je proces přípravy než konečný výsledek (Polínek, 2005).

Mezi tyto dva bychom mohli zařadit ještě typ **demokratický**, kde se oba předchozí typy navzájem kombinují a mísí. Je nutno dodat, že každý přístup je vhodný pro jinou skupinu klientů (Polínek, 2005).

Struktura práce je také značně variabilní s ohledem na aktuální fázi díla. Jedná se o formu projektové metody, kdy je teatroterapie rozdělena na jednotlivé menší projekty a práce tak do jednotlivých divadelních útvarů. Projekty bývají **strukturovány** dle **několika fází**:

1. výběr a úprava hry, popř. vlastní dramatizace předlohy,
2. rozbor a studie textu (čtené zkoušky),
3. předvádění hry na jevišti,
4. produkce pro veřejnost (Polínek, 2005).

Ty mohou být individuálně dlouhé. Někdy se některé z nich vynechávají nebo jsou realizovány přímo terapeutem, avšak přítomnost **druhé a třetí fáze** je nutná vždy. Každá fáze se dělí na jednotlivé **lekce**, které mají svá určitá **specifika**:

- ❖ optimální délka lekce trvá přibližně 1,5 hod. Je nutné ji přizpůsobit potřebám klientů. Pokud je příliš krátká zmenšuje prostor pro rozvoj kreativity a tvůrčí

práce. Je-li dlouhá přespříliš, dochází ke snížení pozornosti a motivace členů skupiny.

- ❖ variabilita počtu herců se odvíjí od hlavních cílů. Nejvíce je kladen důraz na cíl léčebný, proto se volí menší počet členů, který je obvyklý pro terapeutickou skupinu.
- ❖ četnost lekcí musí být úměrná dané fázi projektu. Musí zapadat do celkového terapeutického působení.
- ❖ každá lekce by měla obsahovat úvodní a závěrečný rituál, což má pozitivní vliv na vytvoření bezpečného prostoru pro hraní,
- ❖ na začátku každé lekce by měly být zařazeny tzv. rozehrívající techniky, které slouží ke koncentraci, zaktivizování, vytvoření kladného klimatu ve skupině a uvolnění jednotlivých členů,
- ❖ patří sem obecné pedagogické pravidlo, kdy se postupuje od obecnosti ke konkrétním věcem (Polínek, 2005).

Prostorové, časové, materiální nároky bývají větší než u jiných kreativních terapií, proto je vhodné, co nejvíce využít možností aktérů. Tzn. čím více se klienti účastní na souhrnné divadelní práci, tím je terapie efektivnější (Polínek, 2005).

V **České republice** se teatroterapií zabývají lidé různých profesí, jako například speciální pedagogové. Někteří však často nemají potřebné kompetence a působí tak na intuitivní úrovni. Zde záleží na vedení jednotlivých ústavů a iniciativě pracovníků, což v důsledku vede k nesystematičnosti teatroterapeutického působení, což může mít za následek kontraproduktivní činnost. Jelikož je teatroterapie velice kreativní, uplatňují se zde ve větší míře cíle umělecké, a tak jsou odborné nároky na terapeuta velmi vysoké. Kvalifikace každého terapeuta se odvíjí od instituce, v níž působí, od druhu klientů, s nimiž pracuje a cílů, které očekává (Polínek, 2005).

Od něj se odvíjí celkový styl práce, motivace a usměrňování všech aktérů. Také se podílí na režii, dramtizaci, dramaturgii a směřování k cílům terapie. Právě výsledný efekt bývá jak z uměleckého tak i z terapeutického hlediska vázán na osobnost terapeuta. **Profesní předpoklady** teatroterapeuta bychom tedy mohli rozdělit na:

- ❖ **umělecké:**
 - **dramika** (výchovná dramatika) – metody umělecké práce s amatéry, které musí umět terapeut motivovat a podněcovat ke kreativitě, rozvíjet jejich vyjadřovací schopnosti a divadelní dovednosti,

- **režie** – patří k základním momentům terapeutické práce a k přípravě představení. Na režii by se měli podílet i sami aktéři,
- **dramaturgie** (výběr a úprava divadelní hry) – terapeutova znalost dramaturgie a specifik klientů umožní nejlepší možný výběr umělecké hry pro jejich vyjádření,
- **dramatizace** – bývá nutné tvořit vlastní divadelní hru, případně motivovat klienty k napsání scénáře, a to z terapeutických i uměleckých důvodů,
- **herecká průprava-** terapeut ovlivňuje správné divadelní vedení klientů a celkový umělecký efekt díla,
- **scénografie** – práce na přípravě návrhu přispívá jak k rozvoji klientů tak i k realizaci scény jako takové. Divadelní technika (znalost divadelního osvětlení a ozvučení) - v ideálním případě by měli klienti zvládnout jak obsluhu divadelní techniky tak také vytváření vlastního nasvícení a ozvučení hry,

❖ **terapeutické:**

- **pedagogické** – nejdůležitější je znalost výchovných zásad a stylů, které terapeutovi umožní efektivnější práci s klienty,
- **speciálně pedagogické** – zde je třeba znát specifické potřeby klientů vzhledem k jejím postižení a využít to při efektivní umělecké práci,
- **psychologické** – je nutné orientovat se v moderních psychologických poznacích, aby bylo možné lépe se vyznat v potřebách klientů pro účely terapie,
- **psychoterapeutické** – teatroterapie vychází z jiných kreativních a verbálních terapií. Uplatňuje principy muzikoterapie, poetoterapie, pohybové terapie, psychosomatiky, hlubinné analýzy, imaginace, rodinné terapie, KBT, atd.
- **psychiatrické** - je nutné znát kontraindikace pro jednotlivé typy onemocnění z důvodu práce s různými skupinami klientů s postižením (Polínek, 2005).

Důležité jsou také jeho **osobnostní předpoklady** (Grecmanová, 2002):

- ❖ temperamentové- optimismus, extroverze, trpělivost, sebeovládání,
- ❖ charakterové- vytrvalost, cílevědomost, rozhodnost, zásadovost, samostatnost, upřímnost,

- ❖ sociální- empatie, vlídnost, srdečnost, ohleduplnost, laskavost, takt (in Polínek, 2005).

Tato terapeutická technika je vhodná pro osoby s lehkou až středně těžkou formou MR (př. Downův syndrom) jako způsob trávení volného času, kdy dochází k udržování sociálních kontaktů a to následně vede k omezení jejich izolace.

4.3 Metody bazální stimulace

Jsou psychologickou aktivitou, při níž nabízíme osobám s mentálním handicapem a kombinovanými vadami možnosti pro vývoj jejich osobnosti. Základní myšlenou je **požadavek celistvosti**, tzn. že je třeba brát člověka z globálního hlediska a ne jej rozdělovat na složku tělesnou a duševní, neboť nelze najít přesnou hranici mezi nimi (Fröhlich, 1990). Bazální neboli elementární znamená, že těmto lidem umožňujeme vnímat jednoduché podněty všude tam, kde je třeba, neboť postižený není schopen se sám postarat dostatečnou měrou o přísun nových stimulů. Základním principem je zajištění a zprostředkování zkušenosti a vjemů, jimiž skrze tělo můžeme jedince postupně seznamovat s okolním prostředím. Dalším důležitým principem je **tady a teď**, tj. aktuální přítomná zkušenost. Podpora tedy nemůže být zaměřena na budoucí cíle, ale na současnou aktivizaci a komunikaci. Rozhodující je zde individuální vývoj jedince a ne vývoj, který bychom předpokládali vzhledem k jeho chronologického věku. Snažíme se tedy na jeho původní vývoj navázat a vhodným způsobem jej podpořit a posunout dále. **Zprostředkování** se děje **přes tělo** těžce postižené osoby. Na základě pohybu a vnímání jsou vytvářeny tělesné zkušenosti, jež jsou důležité jak pro osobu samotnou tak i pro interakci s okolím (srov. Vítková, 2006a, 2006b, 2005, 2004a, 2004b, 2001, Švarcová, 2001, 2006, Theunissen, 2005).

Těžké postižení či kombinované vady negativně ovlivňují potenciál aktivity jedince, a tak je nutné pomocí bazálních podnětů tyto jedince stimulovat, vést je tak k aktivitě a omezit jejich individuální izolaci. K tomu využíváme **různých podnětů**:

- ❖ **somatické podněty** – pomocí nich lze docílit pozitivní zkušenosti s vlastním tělem, hranicemi a místy kontaktu s okolním světem. Základní zkušenost těla se vyvíjí dotykem, který vychází ze středu těla a postupuje přes končetiny dále k prstům na nohách či rukách. K tomu lze využít doteků různé intenzity či masáže a to i za pomoci mnoha pomůcek z různých materiálů. Skrze stimuly postupně vzniká tělesné schéma, které si jedinec dříve nedokázal

představit. Učí se využívat povrch svého těla jako orgán vnímání, motoricky reagovat na podněty, lokalizovat je, vytvářet předpoklady o vlastním těle a jeho zkušenostech.

- ❖ **vibrační podněty** – je zjištěno, že vibrace užitá po celém těle navodí intenzivní pocit v nosných částech těla a kloubech. Vibrace se také mohou stát přechodem ke vnímání směru chvění. Lze užít ke stimulaci sluchového orgánu, pocítění vibrací.
- ❖ **vestibulární podněty** – zprostředkovávají člověku informace o poloze a pohybu těla v prostoru. Jsou nezbytné pro stabilitu držení těla a udržení normálního svalového tonusu. Umožňují vnímat v různých směrech a orientovat se hlavou v prostoru (somatické a vestibulární stimuly patří k nejelementárnějším formám vnímání).
- ❖ **orální podněty (čichové a chuťové)** – u dětí s těžkým postižením mají tyto stimuly silnou odezvu a jsou sledovány se značným zájmem. Je třeba užívat čichových podnětů, jež se liší od běžných pachů, které jedinec zná. Je proto dobré stimulovat ústa různými objekty a činnostmi ruka-ústa, neboť mohou být podkladem pro pozdější orální komunikaci. Je nutné senzibilizovat ústa pro různé vjemy, používat ústa ke zkoumání vlastností předmětů, cvičit koordinaci ruka-ústa.
- ❖ **akustické podněty** – opakující se rytmické a s rytmem spojené zvuky jsou vhodné k přípravě na slyšené. Je nezbytné využít ticho jako kontrast. Nevhodná je trvalá zvuková kulisa. Dobré je propojit různé smyslové modalities, např. pohyb se sluchem, dotykem, apod. Osoba se učí reagovat na podněty, které nejsou bezprostředně vztažené k tělu. Zvyká si, že tóny, šумы, zvuky mají různou kvalitu a informační charakter, přicházejí z různých směrů, z různého zdroje a lze je vyrobit či samostatně produkovat.
- ❖ **taktilně-haptické podněty** – umožňují cítit rukama, něco pevně držet, uchopit věci, vědomě je pustit, zjistit, že věci jsou charakteristické na omak. Je důležité zřetelně vyznačit citlivé oblasti rukou.
- ❖ **vizuální podněty** – nejprve je třeba naučit jedince fixovat očima jednoduché stimuly, poté vědomě aktivovat postavení očí. Jedinec se učí pohybovat hlavou za podnětem a postupně chápe každodenní předměty a lidi jako objekty k prohlížení.

- ❖ **komunikativní a sociálně-emocionální podněty** – možnost vzájemné interakce zamezuje postižení dítěte. Proto je třeba poukázat na systém celistvosti, kdy se snažíme komunikovat všemi dostupnými prostředky, jako jsou doteky, pohyby, hlas, atd. Pomocí nich s dítětem komunikujeme a to tak získává nezbytnou sociální zkušenost. Komunikace však musí být strukturovaná, jasná, jednoduchá, zřetelná a vstřícná (Fröhlich, 1990, srov. Vítková, 2006a, 2006b, 2005, 2004a, 2004b, 2001, Švarcová, 2001, 2006).

Snoezelen

Tento výraz pochází ze dvou holandských slov: snuffelen – čichat a doezelen – dřímat. Je zvláštní **nabídkou využití času** pro osoby s **těžkými formami postižení**, které tráví většinu času v pokoji, kde žijí. Tato metoda jim umožňuje vybočit z navyklého způsobu života a dostat se ke zcela novým jiným zkušenostem, neboť jsou sami odkázáni při vnímání a poznávání světa kolem sebe na primární smyslové vjemy a doprovodné pocity a pohyby, které v běžném životě zažít nemohou nebo jsou v jejich zpracování a prožívání značně omezeni (srov. Švarcová, 2001, 2006, Theunissen, 2005).

Každý člověk je ve své podstatě individualitou. I když těžce postižené osoby nejsou schopny své zkušenosti verbálně sdělit, přesto mají své specifické potřeby. Jsou tedy vázány výlučně na své **tělo**, skrze ně poznávají svět a to konkrétně a tělesně. Patří sem všechny smyslové prožitky a vjemy, které můžeme zařadit do kategorie libé nebo nelibé (srov. Švarcová, 2001, 2006, Theunissen, 2005).

Snoezelen lze použít jako optimální způsob trávení volného času pro osoby s nejtěžšími formami postižení, kde se uklidní a mohou zažít nové věci. Jejich **smysly** nejsou zaměstnávány komplexně, nýbrž se lze soustředit jen na určitý smyslový podnět. Smyslových zážitků tedy není mnoho, ale jsou hluboké. Stimuly vybíráme selektivně a redukuje podněty rušivé, které jsou nadbytečné. Vše musí být uzpůsobeno tak, aby mentálně handicapovaná osoba prožívala současně příjemné pocity a zcela nové zvláštní zkušenosti, jež by v běžném životě nemohla poznat. Další důležitou zásadou je nechat **nemocnému** člověku **dost volnosti a času** na to, aby byl schopen si zvolit, čím se chce zabývat a na co se chce soustředit déle. Motivovat jedince k poznávání věcí a materiálů v místnosti nemají sami pečovatelé ale přitažlivé stimulující prostředí. Aby jedinec mohl prožívat své zkušenosti s bezprostředním okolím a mohl si je pasivně vychutnat, je třeba dosáhnout potřebného uvolnění a klidu. Nejen **radost z poznávání**, nýbrž samotné **uvolnění** je **cílem** (srov. Švarcová, 2001, 2006, Theunissen, 2005).

Snoezelen má fungovat jako místo **otevřeného prostoru**, kde se vytváří působivá atmosféra pomocí **klidné hudby a tlumeného světla**. Platí zde velmi důležitá zásada „**nic se nemusí, všechno je dovoleno**“. Každý jedinec má povoleno být sám sebou a dělat si co chce, přičemž pečovatelé nemají vnášet do činnosti těchto osob vlastní představy či normy, ale mají jim ponechat více volnosti. Mají tedy doprovázející funkci (srov. Švarcová, 2001, 2006, Theunissen, 2005).

Předměty a pomůcky, které jsou součástí Snoezelenu, nemusí být vždy použity jen pro tu činnost, pro níž byly původně vytvořeny. Možnost **vlastní experimentace** s objekty je zde vítána. Je možné nabízet zvuky, čichové vjemy pomocí různých voňavých předmětů. K rozvoji hmatu mohou být užity například koberce z různých materiálů či jiné látky a věci, jako stůl s vodou a pískem, umyvadlo s pěnou, lepenková skříň, aj. K rozvoji chuťového smyslu jsou zde misky s jídlem třech různých chutí: slané, sladké a kyselé. Mnohostrannou nabídku smyslových dojmů využívají většinou postižení spontánně rádi, avšak pokud se někomu ve Snoezelenu nelíbí, nemusí se těmto činnostem dále věnovat. **Snoezelen** lze tedy použít:

- ❖ **náplň prožívání času,**
- ❖ **prostředek uvolnění,**
- ❖ **možnost seberealizace,**
- ❖ **k respektování zájmů osob s těžkými formami postižení** (srov. Švarcová, 2001, 2006, Theunissen, 2005).

Psychorelaxační místnost - Bílý pokoj

Kromě Snoezelenu lze jako další variantu použít **psychorelaxační místnost**, jenž se v podmínkách ČR nazývá **Bílý pokoj (prenatální pokoj)**. Jedná se o místnost se zatemněnými okny, kde mohou být osoby s těžkým postižením přeneseny do světa zvuků, barev, světla, představ a fantazie. Je třeba zabezpečit, aby místnost byla izolována od rušivých vlivů okolí. Při činnostech se zde užívá **spektrum 4 základních barev**: červené, zelené, žluté, modré. A pomocí **třech druhů tlačítek** (plošná, výrazně tvarovaná – pro jedince s vadami zraku, páčky pro stimulaci úchopu), která jsou také tvořena těmito barvami, **lze ovládat** kupříkladu:

- ❖ **svítící koberec**, jenž vypadá jako nebe s hvězdami a má navodit pocit blízkosti vesmíru,
- ❖ **tekutý obraz na stěně**, který rozvíjí fantazii a dává pocity radosti a jistoty,
- ❖ **ultrafialové světlo**, zvýrazňující tlačítka, různé hadičky, tyčinky,

- ❖ **závěs měnící barvu**, oddělující vodní lůžko, kde může jedinec zažívat pocity bezpečí jako při nitroděložním vývoji uvnitř matky,
- ❖ **světelné flíčky na stěnách**, měnící barvu, které mají za úkol uzavřít prostor, jehož středem je jedinec samotný. Nebo se roztočí a vybízejí k pohybu (srov. Švarcová, 2001, 2006, Theunissen, 2005).

Dalšími pomůckami, jež se zde vyskytují, jsou:

- ❖ samostatně ovládaný **vodní válec**,
- ❖ **prostorový tunel** (srov. Švarcová, 2001, 2006, Theunissen, 2005).

Všechny užité pomůcky lze navzájem kombinovat, takže každá návštěva přinese nové vjemy a poznatky. Jedinec může různě libovolně manipulovat s tlačítky a tím ovládat svět kolem sebe.

Po návštěvě relaxačního pokoje se osoba s těžkým mentálním handicapem cítí uvolněná, lépe komunikuje, necítí se ohrožena neúspěchem, prožívá pozitivní psychické naladění. Jednou z nejdůležitějších zásad těchto bazálních metod je navázat a udržet sociální kontakt (srov. Švarcová, 2001, 2006, Theunissen, 2005).

4.4 TEACCH program

Znamená **terapii, výchovu a vzdělávání dětí s autismem a jiným komunikačním handicapem**. Je dalším modelem **speciálně pedagogické péče** o děti **s autismem a jinou pervazivní vývojovou poruchou**. Začal se používat od roku 1966, poprvé v Severní Karolíně v USA. Jeho autorem je prof. E. **Schopler**, který jej vytvořil jako reakci na psychoanalytické teorie, jež tvrdí, že se děti s autismem stáhly do sebe vlivem odmítání ze strany rodičů v ranném věku. Tento původně univerzitní projekt se dále rozšířil a stal se posléze společným produktem práce rodičů dětí s autismem a profesionálů, kteří se touto problematikou zabývali. Důvodem bylo tvrzení, že tyto děti jsou nevzdělatelné a jejich porucha má příčiny ve špatné výchově v rodině. Program se v současné době zabývá péčí o jedince postižené autismem všech věkových kategorií. Důležitá je včasná a správná diagnóza, následná speciálně pedagogická péče, speciální přístup v dospělosti a adaptace na prostředí vzhledem k specifiku poruchy. Při aplikaci **TEACCH** modelu je nutné dodržovat tyto **zásady**:

- ❖ individuální přístup,

- ❖ dostupnost školního a domácího prostředí v souvislosti s aktivním užíváním dovedností,
- ❖ spolupráce s rodinou,
- ❖ zapojení osob s autismem do společnosti,
- ❖ přímý vztah mezi hodnocením a intervencí,
- ❖ pozitivní přístup k dětem s problémy v chování a snaha o zlepšení nežádoucího chování (srov. Opatřilová, 2004, 2006, Mühlpachr, 2004).

Existují **tři principy**, jimiž se **TEACCH** program řídí:

1. **individuální přístup**,

- diagnostika úrovně schopností osoby s autismem (provádí psycholog a speciální pedagog),
- vhodný systém komunikace a vizualizace (piktogramy, rozvrh, fotogramy, atd.),
- vhodné pracovní místo a struktura prostředí,
- individuální edukační plán,
- zvolení strategie řešení problému v chování,
- přizpůsobení prostředí.

2. **strukturované prostředí** (strukturované vyučování) – umožní lépe snášet úkoly a situace, které jsou nepředvídatelné a tím dochází k budování pocitu bezpečí a jistoty. Proto je důležité udržovat:

- vnesení pevného řádu,
- přesnou posloupnost činností,
- jednoznačné uspořádání prostředí (logika a řád prostoru),
- strukturu edukačního prostředí popř. dalších místností v rámci školy,
- jasné vymezení hranic v prostoru,
- snížení rušivých vlivů.

3. **vizuální podpora** (vizualizace) – je důležitá jako podpora při zpracovávání informací, jelikož samostatnou informaci ze sluchového analyzátoru nejsou schopny tyto osoby správně dekodovat. Řídíme se však také interindividuálními rozdíly mezi jedinci s autismem:

- vizualizace a strukturalizace denního režimu (napomáhá orientaci v čase, informuje o pořadí po sobě následujících činností, umožňuje odlišení jednotlivých aktivit od sebe navzájem, vede k samostatnosti,

učí spojení mezi abstraktním symbolem a konkrétní věcí, činností či situací)

- procesuální vizualizace (vytváření schémat, které krok po kroku rozebírají pracovní činnost) (srov. Opatřilová, 2004, 2006, Mühlpachr, 2004).

Pro práci s autistickými jedinci potřebujeme:

- ❖ sebeuvědomění,
- ❖ nezávislost,
- ❖ sebevědomí,
- ❖ schopnost předvídat čas a prostor a schopnost organizace,
- ❖ tvoření speciálních programů, seznamů činností, režimů atd. (srov. Opatřilová, 2004, 2006, Mühlpachr, 2004).

Tato terapie je vhodná pro osoby s autismem a jinými pervazivními vývojovými poruchami. Během ní je nutné navodit pozitivní vazby, vhodný způsob komunikace a interakce mezi jedincem, rodiči a zúčastněnými osobami. Cílem práce je dohoda, která je potřebná pro akceptování zvláštností v myšlení a v projevech autistické osoby a je nutná pro přizpůsobení se individualitě daného jedince.

Tématem čtvrté kapitoly jsou metody speciální pedagogiky (terapie). Jejich účelem je poskytnout mentálně postiženému jedinci v co největší možné míře saturaci jeho individuálních potřeb, a to nejen potřeb biologických, ale i psychických a sociálních.

Z nich jsou čtenáři postupně představeny a charakterizovány metody relaxace, bazální stimulace, dramaterapie, teatroterapie, dále dramatická výchova a TEACCH program. Je zde také nastíněno jejich možné využití v praxi u osob s různými stupni mentálního postižení či u osob s diagnózami autismus, Downův syndrom, kombinované vady nebo těžké (mentální) postižení.

Závěr

Mentální retardace je celoživotní postižení jedince, které zasahuje do všech složek jeho osobnosti (vnímání, pozornosti, paměti, představivosti, fantazie, myšlení, řeči, emocí, motivace, vůle, sebepojetí, sebehodnocení atd.), které negativně ovlivňuje. Objevit se může v jakémkoliv věku (dětství, dospělosti, stáří) či období (prenatálním, perinatálním nebo postnatálním). Příčinami vzniku mentálního handicapu mohou být genetické vady způsobené mutací, translokací či aberací chromozomů, dále anoxie v důsledku protražovaného porodu, prodělané nemoci, poruchy metabolismu, otravy nebo úrazy postižené osoby, popř. její matky v době těhotenství ad.

Mentální postižení může být vrozené, získané nebo sociálně podmíněné. Může být dle stupně retardace (měřeno IQ) členěno na lehké, střední, těžké, hluboké, jiné, nespecifické. Nebo může být děleno na autismus, Downův syndrom, těžké postižení, kombinované vady atp.

Během historie se náhled na tyto jedince a jejich péči měnil. Moderní světový trend je od segregace směrem k inkluzi. V českém prostředí oblast péče o osoby s mentálním postižením přebírají speciálně pedagogická centra (poradenská zařízení), školy, školská zařízení a ústavy sociální péče. Především v těchto typech institucí se využívá speciálně pedagogických metod (terapií), kam např. patří relaxace, bazální stimulace, teatroterapie, dramaterapie, dramatická výchova, TEACCH aj.

Účelem speciálně pedagogických metod a jiných metod péče je poskytnout mentálně postiženému jedinci v co největší možné míře saturaci jeho individuálních potřeb, a to nejen potřeb biologických, ale i psychických a sociálních.

Resumé

Diplomová práce má charakter teoretického výzkumu. Jejím cílem bylo na základě obsahové analýzy české a cizojazyčné (německé) literatury poskytnout komplexnější informace o oblasti užívání speciálně pedagogických metod vhodných pro osoby s různými typy a stupni mentálního defektu, které by mohly v budoucnu sloužit jako podklad pro výzkum či jako aplikace v pedagogických institucích. Co se metodologické stránky týče, byla použita monografická procedura. Jednalo se zde o kvalitativní výzkumnou strategii.

Práce je členěna na čtyři kapitoly.

V kapitole první je definována osoba s mentálním postižením, její psychické zvláštnosti a odchylky ve vývoji. Dále je zde vymezen pojem a klasifikace mentální retardace.

Kapitola druhá se zabývá popisem oligofrenie, pseudooligofrenie, demence a vybraných syndromů, souvisejících s mentální poruchou (Downův syndrom, autismus, těžké postižení a kombinované vady).

Předposlední kapitolu tvoří oblast historie péče o osoby s mentálním postižením (MP), současné trendy v edukaci osob s mentálním handicapem v České republice a problematika speciálně pedagogických center (SPC) a ústavů sociální péče (ÚSP).

V poslední čtvrté kapitole jsou rozebírány vybrané metody speciální pedagogiky (terapie), kam jsou zařazeny metody relaxace, bazální stimulace, dramaterapie, teatroterapie, dramatické výchovy a TEACCH přístupu, které jsou čtenáři stručně představeny a charakterizovány.

Součástí práce je také německo - český terminologický slovník a seznam použitých zkratek, které jsou součástí příloh.

Summary

The dissertation has a characteristic of theoretical research. The topic of the diploma thesis (which is based on content analysis and foreign literature) was offered complex information about especially pedagogical methods. These methods are suitable for men with by various types & levels of mental defect and as a foundation used for a research or application used in training colleges in the future. As regards methodological page, it was used as a monographic procedure (qualitative exploratory strategy).

The diploma thesis is split into four chapters.

In first chapter is defined a person with mental disablement, its own mental specials and abnormalities under development. Furthermore is here circumscribed a conception and classification mental retardation.

Second chapter deals with a description of oligophrenia, pseudooligophrenia, aphrenia and choice syndromes, related to mental failure (Down syndrome, Autismus, hard disablement and combined defects).

Next to the last chapter creates care history for men with mental disablement, current trends of men education with mental handicap in the Czech Republic and Special Education Center (SPC) & Institution Service Work (ÚSP) problems.

At last chapter are described choice methods of special pedagogy (therapy), as are the methods of relaxation, basal stimulation, drama therapy, theatre therapy, dramatic education and TEACCH program. Those methods are introduced & characterized to readers.

Part of the work is Czech-German dictionary and index to abbreviations that are included in appendixes.

Literatura

BAJO, I., VAŠEK, Š. *Pedagogika mentálne postihnutých (Psychopédia)*. Bratislava: Sapiaientia, 1994. ISBN 80-967180-1-0.

BARTOŇOVÁ, M., VÍTKOVÁ, M. *Strategie ve vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a specifické poruchy učení*. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-140-9.

BAZALOVÁ, B. *Psychopedie*. In: PIPEKOVÁ, J. (ed.) *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 2006, s. 269- 287. ISBN 80-7315-120-0.

COBURN- STAEGE, U. *Lernen durch Rollenspiel. Theorie und Praxis für die Schule*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag, 1977. ISBN-3-596-26366-2.

ČERNÁ, M. *Kapitoly z psychopedie*. Praha: UK, 1995. ISBN 80-7066-899-7.

DOLEJŠÍ, M. *K otázkám psychologie mentální retardace*. Praha: Avicenum, 1973.

FRÖHLICH, A. *Basale Stimulation für Menschen mit Mehrfachbehinderung*. Düsseldorf: 1990.

HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X.

HAUPT, J., JUNGWIRTH, K., SIEBENSCHIN, H., SIEBENSCHINOVÁ, A., SOUČEK, J., ŠEDIVÝ, J. *Německo- český slovník A-L I*. Praha: SPN, 1988.

HAUPT, J., JUNGWIRTH, K., SIEBENSCHIN, H., SIEBENSCHINOVÁ, A., SOUČEK, J., ŠEDIVÝ, J. *Německo- český slovník M-Z II*. Praha: SPN, 1988.

HELUS, Z. *Dítě v osobnostním pojetí. Obrat k dítěti jako výzva a úkol pro učitele i rodiče*. Praha: Portál, 2004, s. 9. ISBN 80-7178-888-0.

HORÁČEK, J., ŠVESTKA, J. *Psychopatologie (obecná psychiatrie)*. In: HÖSCHL, C., LIBIGER, J., ŠVESTKA, J. *Psychiatrie*. Praha: Tigris, 2002, s. 305- 310. ISBN 80-900130-1-5.

JELÍNKOVÁ, M. *Autismus I. Problémy komunikace dětí s autismem*. Praha: Institut pedagogicko- psychologického poradenství, 1999.

JELÍNKOVÁ, M. *Autismus II. Problémy v sociálních vztazích dětí s autismem*. Praha: Institut pedagogicko- psychologického poradenství, 2000.

JELÍNKOVÁ, M. *Autismus III. Problémy s představitostí u dětí s autismem*. Praha: Institut pedagogicko- psychologického poradenství, 2001a.

JELÍNKOVÁ, M. *Autismus IV. Péče o dospělé klienty s autismem*. Praha: Institut pedagogicko- psychologického poradenství, 2001b.

KLENKOVÁ, J. *Kapitoly z logopedie I*. Brno: Paido, 1996. ISBN 80-85931-41-9.

KOLEKTIV AUTORŮ. *Německo- český česko- německý slovník*. Olomouc: FIN PUBLISHING, 2002. ISBN 80-86002-78-0.

KUMPRECHT, K., OSTMEYER, J. *Česko-německý a německo- český slovník*. Praha: Pražské nakladatelství Jiřího Poláčka, nakladatelství Papyrus Vimperk, 1997. ISBN 80-901544-0-9, ISBN 80-85776-70-7.

LIMBURSKÁ, O., MRÁZKOVÁ, E. a kol. *Velký kapesní německo- český česko- německý slovník*. Praha: KPS & FRAGMENT, 1992. ISBN 80-901133-1-1.

MÍČEK, L. *Autoregulační a sociální aspekty duševního zdraví*. Praha: SPN, 1980.

MÍČEK, L. *Duševní hygiena*. Praha: SPN, 1984.

MÍČEK, L. *Sebevýchova a duševní zdraví*. Praha: SPN, 1976.

MÍČEK, L. *Sebevýchova a duševní zdraví*. Praha: SPN, 1982.

MÍČEK, L. *Sebevýchova jako cesta k duševní rovnováze*. Praha: SPN, 1971a.

MÍČEK, L. *Základní pojmy duševní hygieny*. Praha: SPN, 1971b.

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

MŮHLPACHR, P. *Autismus*. In: VÍTKOVÁ, M. (ed.) *Integrativní speciální pedagogika. Integrace školní a sociální*. Brno: Paido, 2004, s. 343- 355. ISBN 80-7315-071-9.

OPATŘILOVÁ, D. *Edukace žáků s autismem*. In: VÍTKOVÁ, M. (ed.) *Integrativní školní (speciální) pedagogika. Základy, teorie, praxe*. Brno, MSD, spol.s.r.o., 2003, 2004, s. 175- 191. ISBN 80-86633-22-5.

OPATŘILOVÁ, D. *Výchova a vzdělávání dětí a žáků s autismem*. In: PIPEKOVÁ, J. (ed.) *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 2006, s. 309- 329. ISBN 80-7315-120-0.

PAVLOVSKÁ, M. *Dramatická výchova ve školní i mimoškolní činnosti*. In: STŘELEČ, S. (ed.) *Studie z teorie a metodiky výchovy*. Brno: Katedra pedagogiky Pedagogické fakulty MU v Brně & MSD, spol. s.r.o., 2002, s. 102- 114. ISBN 80-86633-00-4.

PIPEKOVÁ, J. a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 1998, s. 30, 170- 179. ISBN 80-85931-65-6.

PIPEKOVÁ, J. (ed.) *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 2006a, s. 287- 309. ISBN 80-7315-120-0.

PIPEKOVÁ, J. *Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů*. Brno: MSD spol.s.r.o., 2006b. ISBN 80-86633-40-3.

PIPEKOVÁ, J. *Edukace žáků s mentálním postižením*. In: VÍTKOVÁ, M. (ed.) *Integrativní školní (speciální) pedagogika. Základy, teorie, praxe*. Brno, MSD, spol.s.r.o., 2003, 2004b, s. 130- 152. ISBN 80-86633-22-5.

PIPEKOVÁ, J. *Humanizační trendy v edukaci jedinců s mentálním postižením*. In: VÍTKOVÁ, M. (ed.) *Integrativní speciální pedagogika. Integrace školní a sociální*. Brno: Paido, 2004a, s. 309- 325. ISBN 80-7315-071-9.

PIPEKOVÁ, J. *Pedagogika osob s mentálním postižením- psychopedie*. In: VÍTKOVÁ, M. (ed.) *Integrativní speciální pedagogika. Integrace školní a sociální*. Brno: Paido, 2004a, s. 292- 309. ISBN 80-7315-071-9.

POLÍNEK, M. D. *Teatroterapie*. In: MÜLLER, O. a kol. *Terapie ve speciální pedagogice*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005, s. 137- 151. ISBN 80-244-1075-3.

PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ, J. *Pedagogický slovník*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-772-8.

Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání. Praha: VÚP, 2004.

Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání. Praha: VÚP, 2004.

Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání s přílohou upravující vzdělávání žáků s lehkým mentálním postižením. Praha: ÚIV, 2005.

RUBINŠTEJNOVÁ, S. J. *Psychologie mentálně zaostalého žáka*. Praha: SPN, 1986.

SOVÁK, M. *Nárys speciální pedagogiky*. Praha: SPN, 1983, s. 126- 137.

ŠVANCARA, J. *Emoce, motivace, volní procesy. Studijní příručka k předmětu Obecná psychologie II (prožívání, jednání)*. Brno: Psychologický ústav FF MU v Brně, MSD s.r.o., 2003. ISBN 80-86633-11-X.

ŠVANCARA, J. *Psychologie emocí a motivace*. Praha: SPN, 1984.

ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-506-7.

ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-060-7.

THEUNISSEN, G. *Pedagogik bei geistiger Behinderung und Verhaltensauffälligkeiten. Ein Kompendium für die Praxis*. Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt, 2005. ISBN 3-7815-1355-6.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-496-6.

VÁGNEROVÁ, M., VALENTOVÁ, L. *Psychický vývoj dítěte a jeho variabilita*. Praha: UK, 1991. ISBN 80-7066-384-7.

VALENTA, J. *Učit se být. Témata a praktické metody pro osobnostní a sociální výchovu na ZŠ a SŠ*. Praha: Agentura STROM & AISIS, 2003.

VALENTA, M. *Dramaterapie*. In: PIPEKOVÁ, J., VÍTKOVÁ, M. (ed.) *Terapie ve speciálně pedagogické péči*. Brno: Paido, 2001, s. 84- 100. ISBN 80- 7315-010-7.

VALENTA, M. *Dramaterapie a hledání jejího místa v systému*. In: MÜLLER, O. a kol. *Terapie ve speciální pedagogice*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005, s. 101- 137. ISBN 80-244-1075-3.

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

VÍTKOVÁ, M. (ed.) *Integrativní speciální pedagogika. Integrace školní a sociální*. Brno: Paido, 2004a, s. 355- 368, 325- 333, . ISBN 80-7315-071-9.

VÍTKOVÁ, M. (ed.) *Integrativní školní (speciální) pedagogika. Základy, teorie, praxe.* Brno, MSD, spol.s.r.o., 2003, 2004b, s. 152- 175. ISBN 80-86633-22-5.

VÍTKOVÁ, M. *Somatopedické aspekty.* Brno: Paido, 2006b, s. 193- 225. ISBN 80-7315-134-0.

VÍTKOVÁ, M. *Metoda bazální stimulace a její využití při edukaci žáků s těžším postižením a s více vadami.* In: MÜLLER, O. a kol. *Terapie ve speciální pedagogice.* Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005, s. 223- 232. ISBN 80-244-1075-3.

VÍTKOVÁ, M. *Metoda bazální stimulace pro jedince s těžším mentálním postižením a s více vadami (podle A. Fröhlicha).* In: PIPEKOVÁ, J., VÍTKOVÁ, M. (ed.) *Terapie ve speciálně pedagogické péči.* Brno: Paido, 2001, s. 74- 81. ISBN 80- 7315-010-7.

VÍTKOVÁ, M. *Vzdělávání a terapie žáků s těžkým postižením a souběžným postižením více vadami.* In: PIPEKOVÁ, J. (ed.) *Kapitoly ze speciální pedagogiky.* Brno: Paido, 2006a, s. 329- 353. ISBN 80-7315-120-0.

Vyhláška MŠMT ČR č. 48/2005 Sb. *O základním vzdělávání a některých záležitostech plnění povinné školní docházky.*

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

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

Vzdělávací program pomocné školy a přípravného stupně pomocné školy. Praha: Septima, 1997. ISBN 80-7216-030-3.

Vzdělávací program zvláštní školy. Praha: Septima, 1997. ISBN 80-7216-025-7.

WIDIMSKÝ, F. *Německo- český a česko- německý slovník. Německo- česká část.* Praha: SPN, 1970.

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

ZVOLSKÝ, P. a kol. *Speciální psychiatrie.* Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-7184-203-6.

Seznam příloh

Příloha č. 1: Seznam použitých zkratk

Příloha č. 2: Německo- český terminologický slovník

Přílohy

Příloha č. 1: Seznam použitých zkratk

- AT - autogenní trénink
- ČR - Česká republika
- DAMU- Dvořákova akademie muzických umění (Praha)
- DDM - Dům dětí a mládeže
- IQ - inteligenční kvocient
- IVP - Individuální vzdělávací plán
- JAMU - Janáčkova akademie muzických umění (Brno)
- KBT - kognitivně behaviorální terapie
- MH - mentální handicap
- MKN-10 - Mezinárodní klasifikace nemocí- 10.revize
- MP - mentální postižení
- MR - mentální retardace
- MŠ - mateřská škola
- PPP - Pedagogicko psychologická poradna
- RVP PV - Rámcový vzdělávací program předškolního vzdělávání
- RVP ZV - Rámcový vzdělávací program základního vzdělávání
- TEACCH - Treatment and Education of Autistic and related Communicatio-handicapped Children – terapie, výchova a vzdělávání dětí s autismem i s jiným komunikačním handicapem
- SPC - Speciálně pedagogické centrum
- ŠVP - Školní vzdělávací program
- SVP - Středisko výchovné péče
- ÚSP - Ústav sociální péče
- WHO - World Health Organization – Světová zdravotnická organizace
- ZUŠ - Základní umělecká škola
- ZŠ - základní škola

Příloha č. 2: Německo- český terminologický slovník

A

der Abgänger- absolvent

abgrenzen- omezit

die Abhängigkeit- závislost

die Abstraktion- abstrakce

die Abstraktionsprozess- proces abstrakce

die Abweichung- odchylka

der Agramatismus- agramatismus

der Akt- proces, děj, akt

die Aktion- činnost, děj, akce

altersüblich- přiměřeně věku

die Anforderung- požadavek

angeboren- vrozený

der Anlass- podnět

anpassen- přizpůsobit

der Anpassungsvorgang- proces adaptace, přizpůsobení

die Anregung- podnět

der Ansatz- přístup

der Ansatzpunkt- východisko

die Anstalt- ústav

antizipieren- předjímat

der Antrieb- popud

aufbauen- vybudovat, vystavět

der Auffassung- vnímavost, chápání

die Aufmerksamkeit- pozornost

die Aufnahme- příjem

auftreten- vyskytovat se

die Ausbildung- vzdělání

der Ausbildungsberuf- učební obor

auslösen- způsobit, vyvolat

äußer- vnější

die Äußerung- vyjádření, projev

die Aussprache- výslovnost

sich aussprängen- vyznačovat se, projevovat se

die Ausübung- vykonávání

sich auswirken- projevit se

die Auswirkung- následek, důsledek

B

Basale Stimulation- bazální stimulace

Basale Kommunikation- bazální komunikace

die Bearbeitung- zpracování

der Bedarf- potřeba

die Bedingungsebene- úroveň předpokladů

das Bedürfnis- potřeba

beeinträchtigen- poškodit

die Beeinträchtigung- poškození, omezení

befriedigen- uspokojit

die Begrenzung- omezení, vymezení

der Begriff- pojem

der Begriffsaparát- pojmový aparát

die Begriffsbildung- tvoření, tvorba, vytváření pojmů

das Begriffsbildungsprozess- proces vytváření pojmů

die Behinderung- postižení

die Behinderungsart- druh postižení

die Belastung- zátěž

die Bemühung- úsilí, snaha

die Benachteiligung- poškození

das Benennen- pojmenování

die Beratungsstelle- poradna

der, das Bereich- obor, oblast, kompetence

die Bereitschaft- připravenost
der Beruf- povolání, zaměstnání
die Beschäftigung- činnost
bestehen- existovat
die Beteiligung- účast
das Betreiben- úsilí
die Betreuung- péče
die Beurteilung- posouzení, posudek, charakteristika
die Bewegung- pohyb
die Bewegungsempfindung- vnímání pohybu
die Bewusstheit- uvědomění
das Bewusstsein- vědomí
die Beziehung- vztah

D

das Dasein- přítomnost
der Defekt- defekt
das Deficit- deficit, deprivace
die Definition- definice
die Denkentwicklung- vývoj myšlení
die Deutung- interpretace

das Drama- drama

die Dramatherapie- dramaterapie

der Druck- tlak

der Drucksinn- vnímání tlaku

E

eingeschränk- omezený

die Einrichtung des Schulwesens- školské zařízení

der Eintritt in die Schule- začátek povinné školní docházky, vstup do školy

das Element- prvek

die Eltern- rodiče

die emotionale Stabilität- emocionální stabilita

entsprechend- odpovídající, vhodný, přiměřený

die Entwicklung- vývoj

die Entwicklungshemmung- opoždění vývoje

das Ereignis- událost, zážitek

die Erfahrung- zkušenost

der Erfahrungsmangel- málo zkušeností, nedostatek zkušeností

erfolgen- nastat

erforderlich- potřebný, žádoucí

die Erkenntnis- znalost, poznatek

die Erkundung- poznávání
das Erleben- prožitek
ermöglichen- umožnit
die Ermüdbarkeit- unavitelnost
die Erregung- rozrušení, vzrušení
das Erwachsenenalter- dospělost
die Erwerb- učení se, získávání, osvojování
erworben- získaný
die Erziehung- výchova
der Erziehungsbereiche- zákonný zástupce
der Erziehungsfehler- výchovná chyba
das Experiment- experiment, pokus

F

die Fähigkeit- schopnost
der Fach- obor, předmět
die Fachdienste- odborné služby
fachspezifisch- odborný
die Fehlbildung- chybné tvoření
die Fehlstellung- chybné postavení
die Festlegung- stanovení

die Feststellung- zjištění

die Flüchtigkeit- potíže v soustředění, pozornosti, roztěkanost

die Forderung- požadavek

fördern- podporovat

die Förderung- podpora, péče

die Frühförderung- raná podpora

die Fülle- množství

die Fürsorge- péče

G

das Gebrechen- vada

das Gedächtnis- paměť

die Gefährdung- ohrožení

das Gefüge- struktura

gehemmt- opožděný

das Gehirn- mozek

die Gehirnprellung- úraz hlavy, poškození mozku

die Gehirnhautentzündung- zánět mozkových blan

geistig- duševní

geistige Behinderung- duševní, mentální postižení

die Generalisierung- generalizace, zevšeobecnění, zobecňování

generell- celkový, všeobecný

die Geschichte- dějiny

der Gesichtspunkt- hledisko

die Gestaltung- tvoření, utváření

gestört- narušený

die Gewöhnung- zvyk, návyk

die Grundlage- podklad

der Grundsatz- princip, zásada

H

Handhaben- užívat, ovládat, zacházet

die Handlung- jednání

die Hemmung- opoždění

sich herausbilden- vzniknout

das Hilfsmittel- pomůcka

die Hirnentzündung- záněť mozku

die Hirnschädigung- poškození mozku

der Höreindruck- sluchový vjem

der Hörfehler- porucha sluchu

I

die Inklusion- inkluze

das Institut- ústav

die Integration- integrace

die Integration der Behinderten- integrace postižených do intaktní společnosti

integriert- integrovaný

die Intervention- intervence

K

kennzeichen- charakterizovat

das Kind- dítě

die Klassifikation- klasifikace

die Kodierung- kódování

die Kognition- kognice, poznávání

kognitiv- poznávací, kognitivní

die Kombibehinderung- kombinované postižení

kompensieren- kompenzovat

die Komponente- komponenta, složka, součást

die Kommunikation- komunikace

die Kommunikationsfähigkeit- komunikační schopnost

die Kommunikationsstörung- porucha komunikace

die Konsequenz- následek, důsledek

die Konzentration- koncentrace, pozornost

die Konzentrationsschwankung- kolísání pozornosti

das Konzept- koncept

die Koppelung- vazba, spojení

die Krankheit- choroba, onemocnění, nemoc

L

latent- skrytý, latentní

die Lautsprache- mluvená řeč

die Lebensqualität- kvalita života

die Leistung- činnost, výkon, funkce

die Leistungsmotivation- motivace k činnosti, aktivitě, výkonu

die Lernhilfe- učební pomůcka

die Lernmotivation- motivace k učení

der Lernprozess- proces učení

die Lernsituation- situace při učení, učební situace

die Lernvoraussetzung- předpoklad k učení

das Licht- světlo

M

der Mangel- nedostatek

die Maßnahme- opatření, prostředek

das Medium- prostředí

mental- mentální

die mentale Behinderung- mentální postižení

das mentale Handicap- mentální handicap

die Methode- metoda

die Missbildung- deformace, anomálie, odchylka od normy

die Misserfolgsorientiertheit- orientace na neúspěch

das Missverhältnis- nepoměr

das Mitteilungbedürfnis- potřeba sdělit

das Mittel- prostředek, pomůcka

die Möglichkeit- možnost

die Motivation- motivace

P

pädagogisches Handeln- pedagogické jednání

die Person- osoba

die Pflege- péče

die Persönlichkeit- osobnost

die Persönlichkeitsentwicklung- vývoj osobnosti

das Phänomen- jev, fenomén

der Pränatalraum- prenatální pokoj, Bílý pokoj, psychorelaxační místnost

psychisch- psychický

die Perspektiven in Bezug auf Verhaltensauffälligkeiten- perpektivy se zřetelem
k nápadnostem v chování

R

die Raumwert- oblast vnímání

die Reaktion- reakce

das Redetempo- tempo řeči

die Regelbildung- tvorba pravidel

regelmäßig- podle pravidla, pravidelně

die Regression- regrese, pokles, snížení

rechtzeitig- včasný

der Reiz- stimul, podnět, popud

die Relation- vztah

die Relaxation- relaxace

die Rolle des Pädagogen- role pedagoga

die Rückhalt- pomoc, opora

die Rückkopplung- zpětná vazba

S

der Sachverhalt- jev, skutečnost

der Säugling- kojenec

die Schädigung- poškození

die Schallempfindung- vnímání zvuku

das Scheitern- neúspěch

das Schreiben- psaní

das Schulalter- školní věk

der Schulbeginn- počátek, začátek školní docházky

das Schuljahr- školní rok

die Schulpflicht- povinná školní docházka

die Schule- škola

der Schüler. žák

die Schulzeit- období školní docházky

die Schulfähigkeit- školní zralost

die schwere Behinderung- těžké postižení

die Selbstbesorgung- sebeobsluha

das Selbstbild- sebeobraz

die Selbsteinschätzung- sebehodnocení

das Selbstkonzept- sebepojetí

selbstständig- soběstačný, samostatný

die Sensorik- smyslové vnímání

die Sicherung- zajištění

die Sicht- dohled, pohled, výhled

der Sinn- smysl, význam

Snoezelen- Snoezelen

der Soll-Zustand- ideální stav

die Sonderpädagogik- speciální pedagogika

sonderpädagogische Methoden- speciálně pedagogické metody

der Sonderschullehrer- speciální pedagog

die Sorge- péče

sozial- sociální

das Sozialverhalten- sociální chování

speziell- speciální, zvláštní

die Sprachentwicklung- vývoj řeči

die Spracherziehung- řečová výchova

die Sprachgestaltung- tvorba řeči

die Störung- porucha

die Stoffwechselstörung- metabolická porucha, porucha látkové výměny, metabolismu

die Stressbewältigung- zvládání stresu

die Stützfunktion- podpůrná funkce

T

der Tasten- hmat

die Tätigkeit- činnost

TEACCH- Konzept- TEACCH přístup, program

die Teatrotérapie- teatroterapie

der Teilbereich- část, dílčí oblast

die Teilleistung- dílčí výkon

der Teilprozess- dílčí proces

Theoretische Überlegungen- teoretické úvahy

der Therapeut- terapeut

therapeutisch- terapeutický, léčebný

die Therapie- terapie

U

die Umwelt- prostředí

die Unfähigkeit- neschopnost

die Unterbrechung- přerušení

die Unterbringung- umístění

der Unterricht- vyučování, výuka

die Unterstützung- pomoc, podpora

das Unvermögen- neschopnost

die Ursache- příčina

V

verbal- verbální, řečový

das Verbalismus- verbalismus

die Vererbung- dědičnost, genetika

der Verfasser- autor

die Verfassung- stav

die Verhältnis- vztah

verhindern- zabránit

die Verletzung- poranění, zranění, úraz

der Verlauf- průběh

die Vermögen- schopnost

die Verständlichkeit- srozumitelnost

das Verständnis- porozumění, pochopení

die Verweigerung- odmítání

die verzögerte Entwicklung- opožděný vývoj

visuell- zrakový

der Vollzug- výkon

die Voraussetzung- předpoklad

der Vorgang- průběh, proces, děj

die Vorgehensweise- způsob, postup jednání

W

die Wahrnehmung- vnímání

die Wechselwirkung- vzájemné působení, ovlivnění

das Weltbild- obraz vnějšího světa, reality, prostředí

das Weltwissen- znalosti, vědomosti (zkušenosti) o vnějším světě, okolí, prostředí, realitě

der Widerspruch- rozpor

wirken- působit

wissenschaftlich- vědecký

der Wissenstand- úroveň poznání

der Wortschatz- slovní zásoba

Z

das Zentrum- centrum

die Ziele- cíle

die Zielgruppe- cílová skupina

das Zielsetzungverhalten- vytýčení cílů

der Zusammenhang- souvislost

zurückgehen- vznikat

der Zwang- tlak

